



Fall-Nr.: IV 2019/78
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.11.2021
Entscheiddatum: 26.04.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 26.04.2021

Art. 28 ff. IVG, Art. 27bis IVV und Art. 61 ATSG; Die blosse Möglichkeit einer Aggravation oder Simulation führt nicht dazu, dass der medizinische Sachverhalt unbewiesen bleibt. Haben sich die Gutachter ausführlich mit der Möglichkeit einer Simulation auseinandergesetzt und kommen zum Ergebnis, dass das gezeigte Verhalten krankheitsbedingt ist und Krankheitswert hat, so ist auf das gut begründete, nachvollziehbare Gutachten abzustellen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2021, IV 2019/78 und IV 2019/120).

Entscheid vom 26. April 2021

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und Corinne Schambeck, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr.

IV 2019/78, IV 2019/120

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana,
Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 31. Januar 2007 wegen Kniebeschwerden seit einem am 2. Februar 2005 erlittenen Unfall bzw. einer Gonarthrose links zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an (vgl. IV-act. 1 f. und IV-act. 10; soweit nicht anders vermerkt, handelt es sich bei den Verweisungen um die Akten des Verfahrens IV 2019/78).

A.b. Mit Mitteilungen vom 7. und 8. August 2007 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 30 und IV-act. 32). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Ronald Pedergnana, am 17. September 2007 Einwand (IV-act. 33). Nach weiteren Abklärungen (IV-act. 35 ff.) und nachdem die Versicherte sich ab dem 22. August 2008 in fachärztliche Behandlung bei Dr. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begeben hatte (vgl. Suva-act. 7-15), stellte der RAD mit Stellungnahme vom 16. Dezember 2008 fest, dass zu den somatischen Befunden psychiatrische Diagnosen hinzugetreten seien. Er empfahl deshalb eine bidisziplinäre Begutachtung (IV-act. 45). Daraufhin veranlasste die IV-Stelle am 21. Januar 2009 eine Begutachtung (psychiatrisch und rheumatologisch) bei Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 47 ff.).

A.c. Dr. C.____ attestierte der Versicherten im Gutachten vom 16. Mai 2009 aus somatischer Sicht eine adaptierte Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 53-9). In der



zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit dem 29. November 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 53-11). Dr. D.____ diagnostizierte eine Symptomausweitung resp. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45.4) mit begleitender mittelgradiger depressiver Episode (ICD 10 F 32.1) bei Knieschmerzen seit ca. Frühling 2008 (IV-act. 52-6). Er hielt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von insgesamt 50 % seit Frühjahr 2008 für gegeben (IV-act. 52-9).

A.d. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-act. 63 ff.) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren gestützt auf die damalige bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit von Schmerzstörungen mit Verfügung vom 12. Januar 2010 ab (IV-act. 66). Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 2. Februar 2010 (IV-act. 68) hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 25. Mai 2012 unter Zusprache einer halben Rente und unter Offenlassen des Rentenbeginns teilweise gut (IV-act. 87). Mit Urteil vom 27. Februar 2013 hob das Bundesgericht diesen Entscheid auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung, namentlich zu einer erneuten psychiatrischen Begutachtung, an die IV-Stelle zurück (IV-act. 95).

A.e. Mit Mitteilung vom 17. April 2013 und Zwischenverfügung vom 8. Mai 2013 informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass sie eine bidisziplinäre Begutachtung (psychiatrisch / rheumatologisch) im MGSG in Auftrag geben werde (IV-act. 100 und IV-act. 107). Am 8. Oktober 2013 hiess das Versicherungsgericht die dagegen erhobene Beschwerde (IV-act. 108) gut und verpflichtete die IV-Stelle, eine Begutachtung durch die von der Versicherten vorgeschlagenen Fachärzte zu veranlassen (IV-act. 116). In der Folge leitete die IV-Stelle die Begutachtung in die Wege (IV-act. 120 ff.).

A.f. Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte in ihrem Gutachten vom 9. September 2014, aus psychiatrischer Sicht sei zuerst eine somatoforme Schmerzstörung aufgetreten, dann die depressive Erkrankung und schliesslich habe sich eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei Schmerzstörung etabliert (vgl. IV-act. 143-21 f.). Das Verhalten der Versicherten sei zum Teil dramatisch, appellativ und teilweise manipulativ wirkend, zeige jedoch keine Diskrepanz zur Psychopathologie der Störungen (IV-act. 143-23). Seit der ersten Hospitalisierung in der Klinik F.____ 2010 sei es nicht mehr zu einer Remission der schwergradigen



depressiven Erkrankung gekommen. Es sei mit einem ungünstigen Verlauf zu rechnen, da die Schmerzen seit langem fast unverändert vorhanden seien und bei der Versicherten schon mehrere therapeutische Ansätze ohne Erfolg geblieben seien. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 70 bis 80 %, wobei derzeit keine Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt zu realisieren sei (IV-act. 143-26). Dr. med. G.____, Oberarzt i.V. Orthopädie Knie, hielt in seinem Gutachten vom 3. September 2014 als Diagnosen chronische Schmerzen in beiden Knien bei St. n. Knieprothese links und rechts bei Gonarthrose fest (vgl. IV-act. 144-22). Unter optimalen Bedingungen könne die Versicherte fünf bis sechs Stunden pro Tag arbeiten (IV-act. 144-26).

A.g. Die IV-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, hielt mit Stellungnahme vom 6. Januar 2015 fest, das psychiatrische Gutachten stütze sich ausschliesslich auf subjektive Angaben der Versicherten resp. ihrer Familienangehörigen. Es stelle sich die Frage, ob die subjektiv berichteten und in Untersuchungssituationen präsentierten Einschränkungen in diesem Ausmass dauernd vorhanden seien. Aus medizinischer Sicht wäre es deshalb sinnvoll, das funktionelle Niveau der Versicherten in ihrem Alltag zu überprüfen (IV-act. 153-3). Daraufhin erteilte die IV-Stelle einen Überwachungsauftrag (IV-act. 155).

A.h. Im Zeitraum vom 6. Februar 2015 bis 15. März 2015 sowie am 21. März 2015 wurde die Versicherte observiert. Sie wurde an zwei Tagen auf dem Balkon, an einem Tag bei Tätigkeiten im Schrebergarten und an einem Tag beim Einkaufen mit ihrem Ehemann und ihrer Tochter beobachtet (vgl. IV-act. 163 und 167).

A.i. Dr. H.____ hielt zu den Observationsergebnissen fest, die von der behandelnden Psychiaterin erwähnten Pathologien Pseudodemenz, präpsychotische Starre und invalidisierende Einschränkung aller kognitiven Fähigkeiten hätten sich nicht beobachten lassen. Das Gangbild an zwei Gehstöcken imponiere durch ein Entlastungshinken links, doch würde nicht der Eindruck von invalidisierenden Schmerzen entstehen (IV-act. 169). In der Folge erachtete die IV-Stelle eine nochmalige Begutachtung als notwendig (IV-act. 170 ff.). Mit Mitteilung vom 15. Mai 2015 informierte sie die Versicherte, dass die Begutachtung durch Dr. med. I.____, Facharzt Psychiatrie, und Dr. med. J.____, Facharzt für Rheumatologie, Neurologicum K.____,



stattfinden werde (vgl. IV-act. 178 f.) Die Versicherte zweifelte die Rechtmässigkeit der Observation sowie die Notwendigkeit einer erneuten Begutachtung an und ersuchte die IV-Stelle am 18. Mai 2015, zuzuwarten, bis eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vorliege (vgl. IV-act. 172 und 182). Am 2. Juni 2015 teilte die IV-Stelle ihr mit, die Frist, sich zur Gutachterwahl zu äussern, sei unbenutzt verstrichen. Damit stehe der Begutachtung nichts mehr im Wege. Insbesondere bestehe keine Pflicht, die Meinungsäusserung der behandelnden Psychiaterin abzuwarten. Sollte die Versicherte die Mitwirkung verweigern, müsste dies als Verletzung der Mitwirkungspflicht interpretiert werden und es müsste ein Entscheid aufgrund der Akten erfolgen (IV-act. 185).

A.j. Mit Schreiben vom 4. Juni 2015 bezeichnete die Versicherte unter Verweis auf die Einschätzung ihrer behandelnden Psychiaterin eine erneute Begutachtung als nicht notwendig. Mit Ergänzungsfragen und nötigenfalls einem erneuten Gespräch bei Dr. E.____ könne sich die Versicherte einverstanden erklären (IV-act. 189; vgl. auch Bericht Dr. B.____, IV-act. 190). Mit Schreiben vom 25. Juni 2015 bekräftigte die Versicherte, sie werde nicht zu einer weiteren Begutachtung erscheinen. Sollte die IV-Stelle daran festhalten wollen, ersuche sie um den Erlass einer anfechtbaren Verfügung (IV-act. 194). Mit Schreiben vom 21. Juli 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie habe keinen Anspruch auf eine Verfügung betreffend Begutachtung, nachdem sie alle Fristen unbenützt habe verstreichen lassen. Sie wies sie erneut auf die Mitwirkungspflicht und die Säumnisfolgen hin (IV-act. 197). Die Versicherte erschien nicht zu den im August 2015 angesetzten Untersuchungsterminen (IV-act. 198 f.). Nach durchlaufenem Vorbescheidverfahren (IV-act. 201 ff.) wies die IV-Stelle das Rentengesuch mit Verfügung vom 14. Dezember 2015 unter Verweis auf eine Verletzung der Mitwirkungspflicht sanktionsweise ab (IV-act. 207).

A.k. Am 25. Januar 2016 meldete die Versicherte sich erneut zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 208; vgl. auch Schreiben Dr. B.____ vom 24. Februar 2016, IV-act. 215) und liess am 26. Februar 2016 mitteilen, dass sie mit der Neuanmeldung ihre Bereitschaft zur Mitwirkung dargetan habe (IV-act. 216; siehe auch Schreiben Dr. L.____ vom 5. Februar 2016, IV-act. 217). Am 28. Januar 2016 erhob sie gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2015 Beschwerde (IV-act. 212). Auf das neuerliche



Leistungsbegehren vom 25. Januar 2016 trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. April 2016 nicht ein (IV-act. 220).

A.l. Mit Entscheid vom 8. September 2016 hielt das Versicherungsgericht fest, aufgrund von schweren Verletzungen der Verfahrensrechte erweise sich die Anordnung der Begutachtung als nicht rechtmässig. Damit sei keine Pflicht zur Teilnahme für die Versicherte entstanden. Die Voraussetzungen für eine Sanktion wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht seien nicht erfüllt gewesen. Es hob die Sanktionsverfügung vom 14. Dezember 2015 auf und wies die Sache zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens an die IV-Stelle zurück (IV-act. 229). Auf die Beschwerde der IV-Stelle gegen diesen Entscheid (IV-act. 232) trat das Bundesgericht nicht ein (IV-act. 234). Am 6. September 2017 ordnete die IV-Stelle die Begutachtung schliesslich verfügungsweise an (IV-act. 247), was unangefochten blieb (vgl. IV-act. 250).

A.m. Mit Gutachten vom 26. April 2018 stellten die Dres. J. ___ und I. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronische depressive Störung, vergleichbar der Double Depression nach den ICD-10-Diagnosen Dysthymia und mittelschwere depressive Episode; Gonarthrose beidseits bei St. n. medialer unikompartimenteller Endoprothese links 2007, rechts 2012; lumbospondylogenes Syndrom beidseits und Fingerpolyarthrosen. Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine Schmerzverarbeitungsstörung mit teilweiser Schmerzgeneralisierung, erhöhter Schmerzempfindung und funktionellen Sensibilitätsstörungen sowie ein intermittierendes cervikospondylogenes Syndrom bei mehrsegmentalen degenerativen HWS-Veränderungen (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, IV-act. 257-91 f.). In einer optimal angepassten Tätigkeit sei die Versicherte medizinisch-theoretisch zu 50 % arbeitsfähig. Eine berufliche Eingliederung wäre aus psychiatrischer Sicht allerdings nur mit einer intensiven externen Unterstützung durch ein Coaching und unter fortgesetzter psychiatrischer Behandlung möglich. Psychiatrisch dürfte eine rentenrelevante Einschränkung aufgrund der Akten seit 2008 angenommen werden, wobei im Längsschnitt eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 50 % plausibel erscheine. Rheumatologisch hätten die degenerativ bedingten Funktionseinschränkungen seit der letzten Begutachtung 2014 allmählich zugenommen. Das heutige Ausmass der Einschränkungen, welche für sich alleine eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % verursachten, könne seit mindestens Juli 2017



angenommen werden, während zum Zeitpunkt der Observation im März 2015 rheumatologisch noch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in rein sitzender Tätigkeit gegeben gewesen sei. Angesichts der Kombination der chronischen psychiatrischen Erkrankung mit den multiplen erheblichen körperlichen funktionellen Einschränkungen sei eine Reintegration in den Arbeitsprozess aktuell höchstens in einem geschützten Rahmen mit körperlich leichten Tätigkeiten realisierbar (IV-act. 257-93 f.).

A.n. Mit Stellungnahme vom 20. Juni 2018 hielt Dr. H.____ fest, das Gutachten vom 26. April 2018 sei umfassend und erfülle grundsätzlich die geforderten Qualitätskriterien. Auf den somatischen Teil könne abgestellt werden. Die Beurteilung der psychiatrischen Symptomatik sei aber durch das Verhalten der Versicherten deutlich erschwert worden. Das psychiatrische Teilgutachten imponiere mit einer detaillierten Aufarbeitung der Akten. Die Beurteilung auf dem psychiatrischen Fachgebiet habe sich aufgrund der eingeschränkten Kooperation mit auffälligem teilweise sehr demonstrativen Verhalten der Versicherten allerdings schwierig gestaltet. Dem psychiatrischen Gutachter sei es nicht möglich gewesen, eine bewusstseinsnah vorgespielte Beschwerdepräsentation von einer krankheitswerten Symptomatik quantitativ zu trennen. Auf psychiatrischem Fachgebiet seien verschiedene Fragen offen geblieben. Eine Aggravation habe testpsychologisch nicht überprüft werden können, da die Versicherte angeblich nicht in der Lage gewesen sei, die entsprechenden Fragebögen konsistent auszufüllen. Die Entscheidung, ob dem Gutachten gefolgt werden solle, bleibe dem Rechtsanwender überlassen (IV-act. 258).

A.o. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-act. 266 ff.) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügungen vom 27. Februar 2019 (laufende Rente ab 1. April 2019) und vom 15. April 2019 (Rente bis 31. März 2019) ab dem 1. Juli 2017 eine Viertelsrente zu. Zur Begründung führte sie aus, beweisrechtlich im Vordergrund stehe das bidisziplinäre Gutachten vom 26. April 2018. Dieses Gutachten sei umfassend und erfülle grundsätzlich die geforderten Qualitätskriterien. Aus rheumatologischer Sicht seien seit der letzten Begutachtung neue Diagnosen dazugekommen. Ab Juli 2017 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus somatischer Sicht nachgewiesen. Die Arbeitsfähigkeit sei daher auf 50 % seit Juli 2017 festzusetzen. Die gutachterliche Beurteilung der psychiatrischen Symptomatik sei durch das Verhalten der Versicherten deutlich erschwert worden, ihre Kooperation sei mangelhaft gewesen. Dem



psychiatrischen Gutachter sei es deshalb nicht möglich gewesen, eine bewusstseinsnahe vorgespilte Beschwerdepräsentation von einer krankheitswertigen Symptomatik quantitativ zu trennen. Es seien aus psychiatrischer Sicht verschiedene offene Fragen verblieben. Vor diesem Hintergrund sei eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit anzuzweifeln. Die früheren Beurteilungen könnten eine invalidisierende psychische Erkrankung nicht rechtsgenügend nachweisen. Dadurch entstehe ein Zustand der Beweislosigkeit, der auch durch weitere Abklärungen nicht beseitigt werden könne. Erst ab Juli 2017 sei eine (somatisch begründete) Arbeitsunfähigkeit von 50 % nachgewiesen. Die Versicherte sei zu 90 % als Erwerbstätige und zu 10 % als Hausfrau zu qualifizieren. Im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt. Der Einkommensvergleich stütze sich auf die Verhältnisse, wie sie im Feststellungsblatt vom 24. November 2009 dokumentiert seien. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht geschuldet. Selbst wenn die Versicherte als zu 100 % erwerbstätig eingestuft würde, würde der Invaliditätsgrad 47 % betragen, womit kein höherer Rentenanspruch bestünde (IV-act. 278 f. und IV-act. 282).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 27. Februar 2019 erhebt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Ronald Pedernana, am 29. März 2019 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 27. Februar 2019 sei aufzuheben und ihr sei eine halbe IV-Rente ab Februar 2006 zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Im bidisziplinären Konsens würden die Gutachter festhalten, die Dauer der Einschränkung im aktuellen Mass könne retrospektiv nicht eindeutig bestimmt werden. Psychiatrisch erscheine seit 2008 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 50 % plausibel. Das stimme mit dem Gutachten der Dres. E.____ und G.____ überein, wobei diese die Einschränkung höher eingeschätzt hätten. Dr. J.____ habe indes nicht gemerkt, dass die Prothese links gelockert gewesen sei. Die Beschwerdeführerin hätte ohne Invalidität 100 % gearbeitet. Sie sei im Zeitpunkt des Unfalls 90 % beschäftigt gewesen und habe Fr. 45'500.-- verdient, was hochgerechnet auf 100 % Fr. 50'556.-- ergebe. Dies ergäbe selbst ohne behinderungsbedingten Abzug Anspruch auf eine halbe Rente. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nur 90 % arbeiten würde, sei die Annahme, sie sei im Haushalt nicht eingeschränkt, willkürlich. In der Überwachung sei zu sehen,



wie sie an Unterarmstöcken einkaufe. Sie sei also sogar beim Einkaufen auf Hilfe angewiesen. Bei der vorliegenden psychiatrischen Diagnose, dem begleitenden somatischen Störungsbild mit nur sitzend möglicher Arbeit und der mehr als vierzehnjährigen Leidensgeschichte mit Absenz vom Arbeitsmarkt müsse von einer kaum mehr verwertbaren Leistungsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt gesprochen werden. Der Beschwerdeführerin würde es gut tun, wenn sie 50 % in behinderungsangepasster Tätigkeit in geschütztem Rahmen aktiv sein könnte. Die Voraussetzung dafür sei, dass sie eine halbe Rente erhalten würde. Die Gutachter würden diesbezüglich festhalten, es sei denkbar, dass die Beschwerdeführerin in einem geschützten Rahmen kleinschrittig und mittels intensivem Coaching an ihre noch vorhandene Leistungsfähigkeit herangeführt werde. Ohnehin stelle sich die Frage, ob ihr nicht ab Februar 2006 eine halbe und ab Verfügungszeitpunkt eine ganze Rente zustehe (act. G1).

B.b. Am 17. Mai 2019 erhebt A.____ auch gegen die Verfügung vom 15. April 2019 Beschwerde, stellt, da es um den gleichen Sachverhalt geht, dieselben Anträge und macht im Wesentlichen gleichlautende Ausführungen wie in der Beschwerde vom 29. März 2019 (act. G1 in IV 2019/120).

B.c. Mit Schreiben vom 24. Mai 2019 vereinigt das Versicherungsgericht die Verfahren IV 2019/78 und IV 2019/120 (act. G4; act. G2 in IV 2019/120).

B.d. Mit Schreiben vom 13. Juni 2019 verlangt die Beschwerdegegnerin die Nachbesserung der Beschwerde gestützt auf Art. 36 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP; sGS 951.1) sowie die Prüfung einer Sanktion nach Art. 36 Abs. 3 VRP (act. G5). Am 1. Juli 2019 erinnert die verfahrensleitende Versicherungsrichterin die Parteien daran, dass das Gericht ausschliesslich sachlich vorgetragene und nachvollziehbar begründete Argumente, die sich mit dem Beschwerdegegenstand beschäftigen zu prüfen hat und fordert den Rechtsvertreter zur Mässigung auf (act. G6).

B.e. Mit Beschwerdeantwort vom 8. August 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die angefochtene Verfügung sei insofern zuungunsten der Beschwerdeführerin zu korrigieren, als der Rentenbeginn auf Februar 2018 festzusetzen sei. Im Übrigen sei die



St.Galler Gerichte

Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdegegnerin habe die Beschwerdeführerin unter Androhung der Säumnisfolgen mehrfach ermahnt, sich der Begutachtung zu unterziehen, zuletzt nochmals am 20. Oktober 2017. Es reiche nicht, dass eine versicherte Person zwar zur Begutachtung erscheine, dann aber eine Abklärung nicht zulasse. Es sei von einer gravierenden Verletzung der Mitwirkungspflicht auszugehen. Der psychiatrische Gutachter habe erhebliche Unsicherheiten durchblicken lassen. Aus juristischer Sicht müsse von einem nicht authentischen Beschwerdebild ausgegangen werden. Ein depressives Geschehen sei zwar wahrscheinlich. Die gestellten Diagnosen würden jedoch bloss als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Dies ergebe sich nicht zuletzt e contrario aus der zusammenfassenden Feststellung des Gutachters, der darlege, eine quantifizierende Aufteilung der verschiedenen Faktoren, die zum Beschwerdebild beitragen würden, erscheine nicht möglich. Mit hinreichender klinischer Wahrscheinlichkeit könne gesagt werden, dass es sich nicht um eine reine Simulation oder bewusste Beschwerdeverdeutlichung handle. Ins Gewicht falle, dass das vom Psychiater beschriebene eindrückliche Gehabe der Beschwerdeführerin im rheumatologischen Gutachten nicht beschrieben worden sei. Diese Diskrepanz sei ein starker Hinweis darauf, dass die bewusst gesteuerten Verdeutlichungstendenzen überwiegen würden. Diese Feststellung bestätige auch die rechtliche Folgerung, dass das diagnostizierte psychische Störungsbild nicht rechtsgenügend nachgewiesen sei. Umso mehr fehle ein hinreichender Nachweis für den rechtlich relevanten Funktionsverlust. Es sei nicht möglich gewesen, die zumutbare Willensanstrengung zu bestimmen. Bei der Abklärung der Konsistenz sowie der Ausschlussgründe Aggravation und psychosoziale Belastungsfaktoren habe die Beschwerdeführerin nicht mitgewirkt, was sich nicht zu ihren Gunsten auswirken dürfe. Relevant seien die somatischen Einschränkungen. Damit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin während Jahren zu 80 % arbeitsfähig gewesen sei, dies auch unter Berücksichtigung der chronischen nichtorganischen Schmerzkrankung. Seit Juli 2017 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Anlässlich der Begutachtung hätten noch keine Anzeichen für eine Lockerung der Knieprothese festgestellt werden können. Die bei der letzten Arbeitgeberin, der M.____ AG, erzielten Einkünfte seien nur bedingt aussagekräftig für die Frage, was die Beschwerdeführerin als Gesunde verdienen würde, denn die Beschwerdeführerin habe kurz nach Antritt dieser Stelle die Verletzung erlitten, die zum Stellenverlust und zur



heute diskutierten Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Davor sei die Beschwerdeführerin arbeitslos gewesen bzw. habe deutlich tiefere Einkommen erzielt. Dass sie weiterhin 90 % gearbeitet hätte bzw. ihre Arbeitszeit nicht doch wieder reduziert hätte, sei nicht gesichert. Ein Tabellenlohnabzug wäre höchstens dann nachvollziehbar, wenn eine erhebliche psychische Erkrankung angenommen werde. Eine solche sei aber nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Die Beschwerdeführerin sei ihrer Selbsteingliederungspflicht nicht nachgekommen. Sie habe darauf verzichtet, ihre seit Jahren bestehende Restarbeitsfähigkeit von 80 % zu verwerten. In Bezug auf den Rentenbeginn sei an den Eintritt der 50%igen Arbeitsunfähigkeit im Juli 2017 anzuknüpfen. Davor sei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % anzunehmen. Eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % habe im Februar 2018 vorgelegen. Damit sei der Rentenbeginn auf Februar 2018 festzusetzen (act. G7).

B.f. Mit Replik vom 13. September 2019 bzw. verbesserter Eingabe vom 18. Oktober 2019 macht die Beschwerdeführerin geltend, sie sei seit dem Unfall vom 2. Februar 2005 nie mehr als 50 % arbeitsfähig gewesen. Der Suva-Kreisarzt Dr. N.____ halte in seiner Beurteilung vom 8. Januar 2007 fest, rückblickend seien die geklagten Beschwerden zum grössten Teil nachvollziehbar. Das Wartejahr sei somit am 2. Februar 2006 abgelaufen. Die erfolgte Überwachung sei widerrechtlich gewesen und habe nach Meinung der Dres. J.____ und I.____ keinen wesentlichen Erkenntniswert, weshalb es sinnvoll wäre, die Berichte gar nicht zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin sei seit Jahren mit ihrem körperlichen und seelischen Zustand überfordert. Sie sei bei unzähligen behandelnden und begutachtenden Psychiaterinnen und Psychiatern gewesen, habe Psychopharmaka konsumiert, sei zu stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken gewesen, die von der Krankenkasse und den Behandlern gutgeheissen worden seien und habe ihre eigene Familie ins Unglück gestürzt. Sie sei emotional gar nicht in der Lage, die Fachärzte zu täuschen. Sie sei als "Psycho" abgestempelt worden, obschon es körperliche Ursachen für ihr Schmerzerleben gebe, etwa die gebrochene Knieprothese. Ihre "Auftritte" hätten ihr demnach mehr geschadet als genützt, weil man ihre Schmerzen als Schmerzstörung abgetan und nicht mehr den (tatsächlich vorhandenen) körperlichen Ursachen zugeordnet habe. Die Gutachter hätten nie eine Aggravation behauptet. Sie hätten die Überwachungsbilder ausgewertet und nichts gefunden, was nicht konsistent gewesen



St.Galler Gerichte

wäre. Nach 14 Jahren Unfall und Krankheit wäre es eine grosse Entlastung für das Familiensystem und die Psyche der Beschwerdeführerin, wenn sie einen halben Tag in geschütztem Rahmen arbeiten könnte. Dafür bräuchte sie aber die Unterstützung der Beschwerdegegnerin. Es sei Zeit, dass in das Verfahren und in das Leben der Beschwerdeführerin Ruhe einkehre (act. G9 und G12). Die Beschwerdeführerin reicht eine Stellungnahme ihrer behandelnden Psychiaterin vom 22. August 2019 ein (act. G9.1).

B.g. Mit Duplik vom 25. November 2019 macht die Beschwerdegegnerin geltend, die behandelnde Psychiaterin würde sich in ihrer Stellungnahme vom 22. August 2019 für ihre Beurteilung primär auf die Selbstangaben der Beschwerdeführerin stützen. Zudem äussere sie sich zu Fragen, die nicht in ihren Kompetenzbereich fallen würden. Soweit sie sich darüber erfreut zeige, dass die Beurteilungen von Dr. E.____ und Dr. I.____ sich mit ihrer eigenen praktisch deckten, sei es aufgrund der unzureichenden Kooperation der Beschwerdeführerin nicht weiter erstaunlich, wenn sich Dr. I.____ – unter deutlichem Hinweis auf die Unsicherheiten – an die Vorakten angelehnt habe. Ein Bruch der Knieprothese sei nicht belegt. Im radiologischen Bericht vom 14. November 2018 werde lediglich eine Lockerung beschrieben. Diese Lockerung sei erst nach der Begutachtung aufgetreten, sodass nicht nur die somatische Beurteilung für den Zeitpunkt der Begutachtung schlüssig gewesen sei, sondern Dr. I.____ auch von richtigen Annahmen ausgegangen sei. Vor der Lockerung der rechten Knieprothese im Verlauf des Jahres 2018 seien mit einer Ausnahme im September 2007, als nach der Implantation einer Prothese im linken Knie Zementreste entfernt werden mussten, keine postoperativen Probleme aufgetreten. Dr. B.____ gehe von falschen Annahmen aus. Im Übrigen löse sie die Diskrepanz zwischen den Auftritten der Beschwerdeführerin bei Dr. I.____ und Dr. J.____ nicht auf. Die Observationsergebnisse würden das Funktionsniveau der Beschwerdeführerin in der damaligen Zeit zeigen. Dr. J.____ äussere sich sehr differenziert zum Beweismaterial und stelle fest, dass sich der Gesundheitszustand seither verändert habe. Immerhin könne er aus dem Observationsmaterial ableiten, dass wesentliche spondylogene Beschwerden noch nicht vorgelegen hätten (act. G14).

Erwägungen

1.



1.1. In den Verfahren IV 2019/78 und IV 2019/120 stehen sich dieselben Parteien gegenüber und ihnen liegt derselbe Sachverhalt sowie dieselbe Rechtslage zugrunde. In beiden Fällen geht es um die Rentenzusprache gestützt auf denselben Gesundheitsschaden. Der Erlass von zwei Verfügungen war einzig der Tatsache geschuldet, dass die rückwirkend zugesprochene Viertelsrente mit Leistungen anderer Versicherer koordiniert werden musste, während die für die Zukunft zugesprochene Rente der Beschwerdeführerin direkt ausbezahlt werden konnte. Im Sinne der Prozessökonomie wurden die Verfahren am 24. Mai 2019 vereinigt (vgl. B.c). Die Parteien haben denn auch keine Einwände dagegen erhoben. Die Neuanmeldung vom 25. Januar 2016 (IV-act. 208), auf welche die Beschwerdegegnerin nicht eingetreten ist (IV-act. 220) ist sodann nicht mehr von Bedeutung, da das Versicherungsgericht die Angelegenheit zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens mit Entscheid vom 8. September 2016 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen hatte (IV-act. 229), sodass diese in der Folge auch die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands prüfte.

1.2. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision und am 1. Januar 2012 die aufgrund der IV-Revision 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1 und BGE 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

1.3. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 31. Januar 2007 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Die angefochtenen Verfügungen sind am 27. Februar 2019 bzw. am 15. April 2019 ergangen (IV-act. 278 f. und IV-act. 282). Somit ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revisionen 5 und 6a begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung (Invalidenrente) betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen



Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 bzw. bis 31. Dezember 2011 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. BGE zur 4. IV-Revision 130 V 445; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Nachfolgend werden grundsätzlich die aktuell gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben. Altrechtliche Bestimmungen werden mit einem ausdrücklichen Vermerk erwähnt, soweit sie sich von den gültigen Bestimmungen unterscheiden und für die vorliegende Angelegenheit relevant sind.

1.4. Im Gegensatz zur Anwendbarkeit von Rechtsnormen ist eine neue Rechtsprechung im Grundsatz sofort und überall anwendbar und gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_313/2018 vom 10. August 2018 E. 8 mit Hinweis).

2.

2.1. Gemäss aArt. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung hat ein Versicherter Anspruch auf eine Rente, wenn er zu mindestens 40 % invalid ist. Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (sowohl in der bis 31. Dezember 2011 gültig gewesenen wie auch in der aktuell geltenden Fassung) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind, Anspruch auf eine Rente. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte



und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Von der Erwerbsunfähigkeit ist die Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

2.3. Nach altem Recht wurde der Rentenanspruch grundsätzlich vom Beginn des Monats an ausgerichtet, an dem der Anspruch entstand (vgl. aArt. 29 Abs. 2 und Art. 48 in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung). Seit 1. Januar 2008 entsteht der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung (vgl. Art. 29 IVG).

3.

3.1. Vorliegend streitig sind sowohl der Rentenbeginn als auch die Rentenhöhe und damit insbesondere der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Zunächst ist zu prüfen, wann das Wartejahr abgelaufen ist und wann der frühestmögliche Rentenbeginn wäre.

3.2. Dr. J.____ legte in seinem Gutachten vom 26. April 2018 nachvollziehbar dar, weshalb die Einschätzung Dr. C.____s, wonach in der zuletzt ausgeübten rein stehenden Tätigkeit aufgrund der eingeschränkten Geh- und Stehfähigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, zutrifft (vgl. IV-act. 257-87). Dr. C.____ seinerseits hatte im Gutachten vom 16. Mai 2009 festgehalten, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit dem 29. November 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 53-11). Die Beschwerdeführerin erlangte danach nie mehr eine verwertbare Arbeitsfähigkeit für diese Tätigkeit (zur abweichenden Einschätzung Dr. G.____s, IV-act. 144, siehe die überzeugende Gegenargumentation Dr. J.____s, IV-act. 257-87 f.). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit spätestens am 29. November 2007 abgelaufen.



3.3. Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 8. Januar 2007 (IV-act. 10-9), den echtzeitlich ausgefüllten Unfallschein (IV-act. 3-2) sowie die RAD-Stellungnahme vom 2. Juli 2007, wonach seit 10. Mai 2005 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die angestammte ausschliesslich stehende Tätigkeit bestand (IV-act. 23-3) könnte mit Dr. J.____ davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bereits 2005 eingetreten ist (vgl. IV-act. 257-87). In diesem Fall wäre das Wartejahr gemäss Art. 28 IVG zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin bereits erfüllt gewesen. Ob das Wartejahr schon vor dem 29. November 2007 abgelaufen ist, kann indes aus den nachstehenden Gründen offen bleiben.

3.4. Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht mehr, dass in somatischer Hinsicht zumindest noch über einige Jahre hinweg eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestanden hat. Dies ergibt sich auch aus allen in den Akten liegenden Gutachten (vgl. IV-act. 53-9, IV-act. 144-26 und IV-act. 257-93). Gemäss der Einschätzung von Dr. I.____ – der sich hierbei auch auf die Meinung Dr. D.____s stützen kann – trat zur somatischen Einschränkung eine rentenrelevante weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands durch das Hinzukommen der psychiatrischen Problematik im Jahr 2008 ein (vgl. IV-act. 257-93). Die von der Beschwerdeführerin behauptete Erwerbsunfähigkeit (und nicht blosse Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit) trat somit frühestens im Jahr 2008 ein.

3.5. Zu jenem Zeitpunkt war zwar das neuere Recht anwendbar, welches eine Karenzfrist von sechs Monaten vorsieht (Art. 29 Abs. 1 IVG). Da die Beschwerdeführerin sich indes bereits im Januar 2007 angemeldet hat, war diese Karenzfrist im Jahr 2008 ohne Weiteres abgelaufen. Der Zweck der Karenzfrist, den Anreiz bei den Versicherten zu verstärken, sich möglichst frühzeitig anzumelden (vgl. hierzu BGE 138 V 475 E. 3.2.1), war damit erfüllt. Ein allfälliger Rentenanspruch entstand frühestens im Jahr 2008 (nach Eintritt einer allfälligen rentenrelevanten, nachstehend noch genauer zu prüfenden Verschlechterung des Gesundheitszustands), auch wenn das Wartejahr und die später eingeführte Karenzfrist schon früher abgelaufen waren. Folglich sind die vorstehend erwähnten altrechtlichen Bestimmungen für die vorliegende Beurteilung nicht mehr weiter von Bedeutung.



4.

4.1. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Rechtmässigkeit der vom 6. Februar bis 15. März 2015 sowie am 21. März 2015 durchgeführten Observation, gestützt auf welche sie erneut begutachtet wurde. Es ist daher zu prüfen, ob das Observationsmaterial für das vorliegende Verfahren verwertet werden darf.

4.2. Für die erfolgte Observation fehlte die gesetzliche Grundlage, womit die Observationsergebnisse unrechtmässig erhoben worden sind (siehe bezüglich der Konventionswidrigkeit das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in Sachen Vukota-Bojic gegen Schweiz, Urteil no. 61838/10, vom 18. Oktober 2016, und zur Verfassungswidrigkeit den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 6. Dezember 2016, IV 2016/145, E. 3, insoweit bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2017, 8C_69/2017, E. 5). Das Bundesgericht ist jedoch im Wesentlichen zur Auffassung gelangt, dass von der IV-Stelle in Auftrag gegebenes, illegal beschafftes Observationsmaterial grundsätzlich verwertbar sei, sofern die Überwachung im öffentlich einsehbaren Raum erfolgt und die versicherte Person keiner systematischen oder ständigen Überwachung ausgesetzt gewesen sei (BGE 143 I 377 E. 5.1 ff. mit Hinweisen; bestätigt etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2017, 9C_328/2017). Es räumt dem Interesse des Sozialversicherers und der Versichertengemeinschaft an der Verhinderung unrechtmässiger Leistungsbezüge eine vorrangige Stellung in der Interessenabwägung ein (BGE 143 I 377 E. 5.1.2; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Rechtswidrige Observationen in der IV - Verwertbarkeit der Observationserkenntnisse, Bemerkungen zum Leitentscheid 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017, in: Jusletter vom 14. August 2017, Rz 104). Während das Bundesgericht in früheren Entscheiden dafürhielt, es müssten konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit erweckten (vgl. BGE 143 I 377 E. 5.1 i.V.m. BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1), lässt es eine Verwertbarkeit der Observationsergebnisse in seiner späteren Rechtsprechung gar unabhängig davon zu, ob die Observation objektiv geboten war oder nicht (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2019, 9C_308/2019, E. 2.1, vom 4. Juli 2019, 8C_244/2019, E. 4.1, und vom 8. Februar 2019, 9C_561/2018, E. 5.2.2).



4.3. Vorliegend hegte die Beschwerdegegnerin Zweifel am Ausmass der durch die Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Einschränkung des funktionellen Leistungsniveaus (vgl. medizinische Stellungnahme Dr. H.____ vom 6. Januar 2015, IV-act. 153-3). Sie hatte den Akten und insbesondere der vorangegangenen Begutachtung Hinweise auf Selbstlimitierung und Symptomausweitung entnommen (IV-act. 155-3; vgl. beispielhaft IV-act. 52-6). Die Beschwerdeführerin hatte in der Vergangenheit zuweilen widersprüchliche Aussagen gemacht (vgl. beispielhaft Suva-act. 1-36 f.), eine theatralische oder sehr dramatische Ausdrucks- und Verhaltensweise gezeigt (vgl. beispielhaft Suva-act. 4-3, IV-act. 52-7 und 94-9; dieses Verhalten wurde indes im Rahmen der psychiatrischen Erkrankungen interpretiert und nicht als Aggravation gedeutet, zumal die Beschwerdeführerin viele therapeutische Optionen in Anspruch genommen hatte, vgl. IV-act. 143-23) und wurde zudem teilweise als manipulativ wahrgenommen (wobei dieses Verhalten auch als störungsimmanent bzw. krankheitskonform beurteilt wurde, vgl. IV-act. 52-5 und 146-3). Im Austrittsbericht der kantonalen Psychiatrischen Klinik F.____ über die stationäre Hospitalisation vom 29. April bis 19. Juli 2013 wurde unter Verweis auf die erstellten Medikamentenspiegel eine fragliche Compliance in Bezug auf die verordnete Medikation festgehalten, wobei die Beschwerdeführerin beteuerte, dass sie die Medikamente regelmässig eingenommen habe (vgl. IV-act. 143-11). Aus diesen Gründen erachtete die Beschwerdegegnerin eine Beobachtung in Alltagssituationen, in denen sich die Beschwerdeführerin unbeobachtet wähnt, als objektiv geboten, um ihre subjektiven Angaben zu überprüfen (IV-act. 153-3 und 155-3). Somit lagen konkrete Anhaltspunkte vor, die Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu wecken vermochten.

4.4. Die Beschwerdeführerin wurde im Zeitraum von knapp zwei Monaten an insgesamt acht Tagen observiert, wobei sie lediglich an zwei Tagen ausser Haus und an zwei Tagen für kurze Zeiten auf ihrem Balkon gesehen wurde. Es wurden ausschliesslich unbeeinflusste Handlungen in öffentlich frei einsehbaren Bereichen aufgezeichnet (Balkon, Schrebergarten, beim Einkauf mit dem Ehemann und der Tochter). Unter diesen Umständen war die Observation verhältnismässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2019, 8C_689/2018, E. 4.1 f.). Ein überwiegendes privates Interesse an der vollständigen Entfernung des Observationsmaterials ist nicht



auszumachen. Die Observationserkenntnisse sind somit gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung verwertbar und verbleiben somit in den Akten.

5.

5.1. 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). Hinsichtlich des Beweiswertes von Arztberichten sowie Gutachten ist entscheidend, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2020, 9C_173/2020, E. 4.3, u.a. mit Hinweis auf [BGE 135 V 465 E. 4.4](#)).

5.2. Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 5.2.2 f.; BGE 144 V 50 E. 4.3).



Berücksichtigen die Experten die in BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend, hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung auch aus Sicht des Rechtsanwenders Bestand. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 145 V 361 E. 4.3).

5.3. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierte Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 281 E. 3.2 mit Hinweisen). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 418 E. 6; 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). 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 418, 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). Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 9C_18/2020, E. 4.1, mit diversen Hinweisen auf [BGE 145 V 361](#)).

5.4. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 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 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Es ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. d ATSG).

6.

6.1. Beide Parteien stellen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin grundsätzlich auf die letzte Begutachtung durch die Dres. J.____ und I.____ (IV-act. 257) ab. Deren Gutachten entspricht den vom Bundesgericht postulierten Anforderungen an einen beweiskräftigen Arztbericht (vgl. E. 4.2 vorstehend), wie auch die IV-Ärztin Dr. H.____ in ihrer Stellungnahme vom 20. September 2018 bestätigte (IV-act. 258-2).

6.2. Dr. H.____ führte weiter aus, auf den somatischen Teil des Gutachtens könne vollständig abgestellt werden (IV-act. 258-2). Die Beschwerdeführerin kritisiert am rheumatologischen Gutachten einzig, Dr. J.____ habe übersehen, dass die Prothese im rechten Knie "gebrochen" bzw. gelockert gewesen sei. Die Schmerzen seien zumindest teilweise organischen Ursprungs. Immerhin habe Dr. J.____ dafürgehalten, dass die Pangoarthrosen als Ursache von belastungsabhängigen Knieschmerzen anzusehen seien (act. G1, Ziff. 18 ff.). Dr. J.____ hat indes radiologische Befunde erhoben und ausgewertet. Gestützt sowohl auf die Vorakten (wonach die Prothesen auch anlässlich von Untersuchungen 2012 und 2014 unverändert gut sassen, vgl. IV-act. 144-19 ff.) wie auch auf die neue radiologische Bildgebung stellte er keine Lockerungszeichen fest (IV-act. 257-75 f.). An beiden Kniegelenken stellten sich die implantierten medialen Hemiprothesen unauffällig dar mit korrekter Lage und fehlenden Zeichen einer Lockerung (IV-act. 257-84).

6.3. Eine Lockerung der Komponenten der Prothese im rechten Knie wurde erst am 14. November 2018 festgestellt (IV-act. 268-4), mithin also rund 10 Monate nach der für das Gutachten verwendeten radiologischen Bildgebung (vgl. IV-act. 257-76). Der



operative Prothesenwechsel wurde erst Ende Januar 2019 angekündigt (IV-act. 272). Somit muss davon ausgegangen werden, dass die Prothesen zum Zeitpunkt der Begutachtung 2018 korrekt sassen und noch nicht gelockert waren. Die Beurteilung Dr. J.___s ist in dieser Hinsicht folglich nicht zu beanstanden. Soweit dieser festhielt, die Beschwerden seien zumindest teilweise organischen Ursprungs bzw. somatisch erklärbar, kann die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Der Gutachter hat diese organisch begründeten Einschränkungen in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Er attestierte der Beschwerdeführerin in einer den verschiedenen körperlichen Einschränkungen optimal angepassten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab spätestens Juli 2017, davor bereits seit 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % für adaptierte Tätigkeiten (vgl. IV-act. 257-88 und 257-93). Diese Beurteilung ist einleuchtend begründet, sodass darauf abzustellen ist.

7.

7.1. Zwischen den Parteien nach wie vor streitig und nachfolgend zu prüfen ist das Ausmass der psychisch begründeten Arbeitsunfähigkeit. Während die Beschwerdeführerin geltend macht, aus dem Gutachten Dr. I.___s resultiere für die Vergangenheit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab dem Gutachtenszeitpunkt eine volle Arbeitsunfähigkeit, bringt die Beschwerdegegnerin vor, ein grosser Teil der Beschwerdedarstellung könne vorgespielt sein. Dr. I.___ habe eine mögliche Simulation oder Aggravation nicht von der krankheitswertigen Symptomatik trennen können, weshalb auf seine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht abgestellt werden könne. Dabei scheint sie aus rechtlicher Sicht von der gutachterlichen Einschätzung abweichen zu wollen, wobei nicht ersichtlich ist, auf welche konkrete Praxis oder Rechtsprechung sie sich diesbezüglich abstützt. Denn von einem Administrativgutachten, das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurde, darf (wie bereits erwähnt, vgl. E. 5.1 f. vorstehend) grundsätzlich nur abgewichen werden, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

7.2. Rechtsprechungsgemäss liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese



besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Eine auf Aggravation oder einer vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2018, 9C_659/2017, E. 4.1 mit Hinweisen). Führen die von den Gutachtern einhellig berichtete Aggravation und die gezeigten Inkonsistenzen zum Ergebnis, dass ein erhebliches krankheitsmässiges Geschehen nicht mehr mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, so geht die daraus resultierende Beweislosigkeit zu Lasten der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2018, 9C_659/2017, E. 4.1 und 4.4 mit Hinweisen).

7.3. Vorliegend hatte die Beschwerdegegnerin, wie bereits ausgeführt, schon vor der letzten Begutachtung Zweifel an dem von der Beschwerdeführerin geklagten Ausmass der Einschränkung ihrer funktionellen Leistungsfähigkeit und ordnete deshalb eine Observation an (siehe E. 4.3 vorstehend). Dr. H.____ konnte anhand der Observationsergebnisse die von Dr. E.____ attestierten psychisch bedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht bestätigen (jedoch auch nicht widerlegen; vgl. IV-act. 169-4 f.) Dr. H.____ ist Fachärztin für Neurologie, nicht für Psychiatrie, sodass ihrer Einschätzung, sofern sie das psychiatrische Fachgebiet betrifft und den früheren Befunden der psychiatrischen Gutachter widerspricht, nicht zwingend gefolgt werden kann. Die Beschwerdegegnerin nahm ihre Stellungnahme jedoch zum Anlass, eine neuerliche Begutachtung zu veranlassen. Als sie den Gutachtensauftrag erteilte, legte sie besonderen Wert darauf, dass Aggravation und Simulation geprüft würden und stellte entsprechende Ergänzungsfragen (vgl. etwa IV-act. 238-6 und IV-act. 238-8). Der psychiatrische Gutachter setzte sich folglich an mehreren Stellen der



Begutachtung ausführlich mit dieser Thematik auseinander, wie nachfolgend dargelegt wird.

7.3.1. Dr. I.____ sah das Observationsmaterial als für sein Fachgebiet unergiebig an. Es zeige keinerlei in psychopathologisch relevanter Weise auffällige Verhaltensweisen (IV-act. 257-35). Die anlässlich der Überwachung gemachten Beobachtungen führten demnach nicht dazu, dass Dr. I.____ eine Aggravation oder gar Simulation der Beschwerdeführerin in den früheren Begutachtungssituationen (bei Dr. E.____ und Dr. D.____) sehen konnte. Ebenso wenig konnte er einen Widerspruch zwischen dem von ihm anlässlich seiner Begutachtung festgestellten Beschwerdebild und der tatsächlichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin während der Observation ausmachen.

7.3.2. Dr. I.____ schilderte, problematisch sei aus psychiatrischer Sicht die Abgrenzung eines bewusstseinsnah gesteuerten Beschwerdeverdeutlichungsverhaltens, insbesondere vor dem Hintergrund unterschiedlicher kultureller Vorerfahrungen auch in Bezug auf den Umgang mit Schmerzen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin (lautes Wehklagen, Haare raufen, mit den Fäusten an den Kopf schlagen, Zittern) wirke demonstrativ und werde gemeinhin als Hinweis auf bewusstseinsnahes Beschwerdeverdeutlichungsverhalten gedeutet, könne aber naturgemäss auch Ausdruck von Unglücksgefühlen sein bei fehlender Möglichkeit, diese zu versprachlichen. Aufmerksamkeit und Gedächtnis hätten nicht eingehend geprüft werden können, weil die Beschwerdeführerin einen erheblichen Teil des Untersuchungsgesprächs mit lautem Wehklagen und ausgeprägter Beschwerdeklage verbracht habe (IV-act. 257-35 und IV-act. 257-40). Es hätten sich keine Ansatzpunkte für typisch depressive Kognitionen etwa im Sinne einer negativen kognitiven Trias gefunden. Jedoch sei eine Katastrophisierung deutlich zu erkennen gewesen und eine Generalisierung der Schmerzklage (IV-act. 257-36). Abgegrenzt werden müsse auch das klassisch-psychiatrische Bild der agitierten Depression ("Jammerdepression"). Kriterium für den Übergang von einem möglicherweise bewusstseinsnah initiierten und später verselbständigten und willentlich nicht mehr abweisbaren Beschwerdeempfinden, was dann seinen Ausdruck in einer wie hier streckenweise geradezu bizarren Beschwerdeklage finde, sei die zumutbare Willensanstrengung. Diese sei bei der Beschwerdeführerin schlechthin nicht näher zu bestimmen. Das



jetzige Erscheinungsbild stelle eine Amalgamisierung von durchaus anzunehmenden erheblich depressiven Erlebensanteilen dar mit einer in unglücklicher Weise auch "unangemessen" und "hilflos" wirkenden Beschwerdeklage. Da sich für seine Beurteilung die geschilderten Aspekte nicht näherhin voneinander abgrenzen liessen und insgesamt eine depressive Entwicklung klar erkennbar gewesen sei und die Beschwerdeklage nicht aufgehe in einem reinen demonstrativen oder gar simulativen Verhalten, wofür auch die in Kauf genommenen Nachteile der Situation sprechen würden, werde eine depressive Störung diagnostiziert. Nach gründlicher Durchsicht der Aktenlage und insbesondere der dort niedergelegten psychiatrischen Gutachten werde eine durchgehend anhaltende Depression im Sinne des DSM-5 gestellt und damit unterstellt, dass ein wesentlicher Teil der psychischen Beschwerdesymptomatik und der in der Untersuchung erlebten Leidensäusserung von der Beschwerdeführerin nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden könne, sondern einem mittlerweile verselbständigten depressiven Leiden entspreche, dem die Beschwerdeführerin nicht genügend psychische Kraft entgegenzusetzen habe und zu dessen durchgreifender Restitution es an Resilienzfaktoren fehle (IV-act. 257-40 f. und IV-act. 257-48 f.; zur Resilienz auch IV-act. 257-39: initial hätten offenbar keine ausreichenden Coping-Mechanismen vorgelegen. Darüber hinaus verfüge die Beschwerdeführerin nicht über Introspektionsfähigkeit im Sinne einer "psychological mindedness". Ihr Krankheitskonzept sei vollständig zentriert auf organische Schmerzen).

7.3.3. Unter dem Titel "Berücksichtigung von Ausschlussgründen wie Aggravation und ähnliche Erscheinungen sowie deren Ausmass" wiederholt Dr. I.____, der klinische Gesamteindruck sei der einer Amalgamisierung genuin depressiver Verzweiflung und des Gefühls von Aussichtslosigkeit und ebenso der Verwendung von Dramatisierungsformen, die gemeinhin den Eindruck einer aktiven bewusstseinsnahen Beschwerdeverdeutlichung vermitteln. Stelle man die kulturell unterschiedlichen Herkunftsbedingungen, die ja bekanntermassen auch die besonderen Formen des Ausdrucks von Schmerzen beinhaltet, ebenfalls in Rechnung, so lasse sich eine klare Trennung hier nicht treffen. Es werde daher davon ausgegangen, dass ein wesentlicher Teil der geklagten Beschwerdesymptomatik nicht einer reinen Begehrenshaltung zuzuordnen sei, sondern einer mittlerweile jahrelang chronifizierten Depressivität bei völlig fehlender Introspektionsfähigkeit und rein organischer Ursachenüberzeugung.



Testpsychologische Zugänge zum Thema Aggravation seien nicht möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin nicht in der Lage gewesen sei, entsprechende Fragebögen konsistent auszufüllen (IV-act. 257-42).

7.3.4. Die Beschwerdegegnerin stellte dem psychiatrischen Gutachter, wie erwähnt, ergänzende Fragen. Sie fragte unter anderem nach psychosozialen Faktoren, welche das Leistungsniveau negativ beeinflussen würden. Dr. I.____ beantwortete diese Frage dahingehend, die Beschwerdeführerin habe darüber keine Auskünfte geben können oder mögen (IV-act. 257-47). Die Befunde hätten nicht eindeutig objektiviert werden können. Es bestehe ein Mischbild aus einer agitierten chronischen Depression von Krankheitswert mit beschwerdeverdeutlichendem Verhalten erheblichen und zum Teil bizarren Ausmasses. Es bestehe weder nur eine depressive krankheitswerte Störung noch ein reines Beschwerdeverdeutlichungsverhalten. Die Beschwerdegegnerin stellte dem psychiatrischen Gutachter sodann die Frage: "Ist es möglich, die von der versicherten Person geltend gemachten Beschwerden vorzuspielen bzw. zu simulieren?" Darauf antwortete Dr. I.____: "Ja, grundsätzlich ist es möglich, dass ein grosser Teil der angebotenen Beschwerdedarstellung vorgespielt bzw. simuliert wird. Dies ist auch bei gutem differentialdiagnostischem Bemühen vor dem Hintergrund 30-jähriger fachärztlicher Erfahrung im vorliegenden Fall nicht so klar von einer krankheitswertigen Symptomatik zu trennen (agitierte oder "Jammerdepression"), dass hier eine quantifizierende Aufteilung möglich erschiene." (IV-act. 257-47). Die Beschwerdeführerin habe sich nicht in der Lage gesehen, Testfragebögen, darunter auch Beschwerdevalidierungsbögen, in einer verwertbaren Form auszufüllen. Bei einer ausgeprägten agitierten Depression würden Fragebögen zur Beschwerdevalidierung für die differentialdiagnostische Einschätzung auch nicht helfen, da der an einer krankheitswertigen Störung bzw. agitierten Depression erkrankte Mensch oft zu katastrophierendem Denken neige und entsprechende Selbsteinschätzungsfragebögen ebenso ausfüllen würde. Hiermit wäre also kein differentialdiagnostisches Mittel gefunden, das hier eine Differenzierung möglich erscheinen liesse (IV-act. 257-37 und IV-act. 257-47 f.). Die Frage der Beschwerdegegnerin nach einem "Täuschungsverhalten" sei keine medizinische Fragestellung. Sofern damit ein Beschwerdeverdeutlichungsverhalten angesprochen werde, werde auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen (IV-act. 257-49). Die Beschwerdegegnerin stellte weiter die Ergänzungsfrage, ob sich aufgrund der Aktenlage (insbesondere der



Erkenntnisse aus der Observation, Befragungsprotokolle etc.) Aspekte ergeben würden, die frühere medizinische Einschätzungen und Beurteilungen als unrichtig erscheinen liessen, was Dr. I.____ ausdrücklich verneinte. Im Wesentlichen seien auch die hiesigen Erkenntnisse bereits in der Vergangenheit so oder in ähnlicher Form mitgeteilt worden. Schon relativ früh sei der Eindruck eines erheblichen Beschwerdeverdeutlichungsverhaltens entstanden und die Diagnosen einer schweren depressiven Episode gestellt worden, sodass beide auch in seinem Gutachten diskutierten Aspekte schon langjährig in den entsprechenden fachärztlichen Einschätzungen dokumentiert worden seien (IV-act. 257-50). Eine prognostische Einschätzung sei nicht möglich. Es handle sich um ein Syndrom bestehend aus vermutlich genuinen depressiven Symptomen und einem "Leidensgefühl", das krankheitswertige Ausmasse erlangt habe. Die problematischen Verhaltensweisen, die zum Teil bizarre Ausmasse annehmen würden, sollten nicht vorschnell als Simulation eingeschätzt werden, da sie ein Aspekt des Leidensausdrucks der Beschwerdeführerin seien, die sich in der Tat offenbar in keiner Weise zu helfen wisse (IV-act. 257-52).

7.4. Den obenerwähnten Auszügen aus dem Gutachten sowie den Antworten auf die Ergänzungsfragen ist zu entnehmen, dass Dr. I.____, obschon er mehrfach explizit danach gefragt worden war, eben gerade kein Vorliegen einer Aggravation oder gar Simulation bestätigt hat. Er hat im Gegenteil davor gewarnt, vorschnell eine Simulation anzunehmen. Ein "Täuschungsverhalten" hat er nicht bestätigt, sondern lediglich ein Verdeutlichungsverhalten beschrieben. Dass es grundsätzlich möglich ist, die dargestellten Beschwerden vorzuspielen, reicht nicht aus, eine Simulation anzunehmen. Die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens müssten zweifellos überschritten sein, ohne dass dieses Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswerte psychische Störung zurückzuführen wäre. Vorliegend äusserte Dr. I.____ jedoch gerade, dass das Leidensgefühl der Beschwerdeführerin sich verselbständigt habe, nicht (mehr) durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar sei, und dass ihm Krankheitswert zukomme. Auch wenn die Angaben der Beschwerdeführerin wenig strukturiert waren sowie demonstrativ vorgetragen wirkten, kam der erfahrene Gutachter somit zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin ein erheblicher krankheitswerter Leidensdruck vorhanden sei. In diesem Ausmass erachtete er die Äusserungen der Beschwerdeführerin mithin als glaubwürdig. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass vor Dr. I.____ schon Dr. E.____ schilderte,



die Beschwerdeführerin habe eine Neigung zur Dramatisierung, wodurch die Glaubwürdigkeit der Schmerzen vage bleibe, wegen des langjährigen Verlaufs aber überwiegend wahrscheinlich sei (IV-act. 143-28).

7.5. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die Beschwerdeführerin habe Mitwirkungspflichten verletzt, was sich nicht zu ihren Gunsten auswirken dürfe. Die Bereitschaft der Beschwerdeführerin zur Mitwirkung hat während des langjährigen Verfahrens immer wieder zu Diskussionen zwischen den Parteien Anlass gegeben. So hatte das Versicherungsgericht schon im Jahr 2016 über die Mitwirkung der Beschwerdeführerin befinden müssen und entschieden, dass keine für das damalige Beschwerdeverfahren relevante Verletzung der Mitwirkungspflicht vorlag (vgl. IV-act. 197 ff. und IV-act. 229). Angesichts dessen ist darauf hinzuweisen, dass für die Frage, ob das Gutachten beweiskräftig ist oder aufgrund einer allfälligen Verletzung der Mitwirkungspflicht eine von der Beschwerdeführerin verschuldete Beweislosigkeit anzunehmen ist, nur auf das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtungen abgestellt werden darf. Die Streitigkeiten zwischen den Parteien namentlich über die Führung des Verfahrens und die von der Beschwerdegegnerin teilweise als mangelhaft angesehene Kooperationsbereitschaft der Beschwerdeführerin in dessen Verlauf dürfen nicht zu einer Beweislastumkehr in dem Sinne führen, dass eine mangelnde Mitwirkung vermutet würde und die Beschwerdeführerin nachweisen müsste, dass sie ihren Pflichten nachgekommen ist.

7.6. Dr. I.____ hielt nicht fest, die Beschwerdeführerin habe seine Abklärungen verunmöglicht. Er schrieb vielmehr, die Beschwerdeführerin sei offenbar nicht in der Lage gewesen, Fragebögen konsistent bzw. in einer verwertbaren Form auszufüllen. Daraus ist e contrario zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin die Fragebogen bearbeitet hat. Wären diese für die Beschwerdevalidierung entscheidend gewesen, hätte der Gutachter diesbezüglich weitere Abklärungen treffen müssen um festzustellen, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich nicht fähig war, die Fragen adäquat zu beantworten oder um die erforderlichen Antworten doch noch zu erhalten. Indes erklärte Dr. I.____ in seinem Gutachten nachvollziehbar, dass das Ausfüllen-Lassen der Fragebögen angesichts der gegebenen agitierten Depression für die differentialdiagnostische Einschätzung nicht hilfreich gewesen wäre (IV-act. 257-37 und IV-act. 257-47 f.). Auch aus korrekt ausgefüllten Fragebögen hätte somit kein



zusätzlicher Erkenntnisgewinn resultiert. In diesem Zusammenhang ist auf den Austrittsbericht der Klinik O.____ über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2. bis 22. August 2017 hinzuweisen. In dessen Anhang wird erwähnt, dass bei Eintritt der Beschwerdeführerin keine Daten erhoben werden konnten und bei ihrem Austritt die Daten zum Beck Depressions-Inventar auf eine schwere Ausprägung der depressiven Symptomatik hinwies (IV-act 257-113). Die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters finden sich somit in den Vorakten bestätigt. Selbst wenn die Beschwerdeführerin also die Fragebögen in verwertbarer Form ausgefüllt hätte, wäre das Gutachten im Ergebnis nicht anders ausgefallen.

7.7. Die Beschwerdegegnerin hält der Beschwerdeführerin vor, sie habe bei der Abklärung psychosozialer Belastungsfaktoren nicht mitgewirkt. Auch in diesem Zusammenhang hielt Dr. I.____ indes keine mangelnde Mitwirkungsbereitschaft fest, sondern sprach davon, die Beschwerdeführerin habe keine Auskunft geben können oder mögen. Da der Gutachter die Möglichkeit in Betracht zieht, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage war, Angaben zu machen, lässt sich daraus keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für mangelnde Kooperation ableiten. Es ist sodann nicht ersichtlich, inwiefern IV-fremde Faktoren vorliegend Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollten, zumal keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, die Depression und das Leidensgefühl der Beschwerdeführerin sowie ihr Schmerzerleben würden nebst den somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und dem vollständig auf organische Schmerzen konzentrierten Krankheitskonzept der Beschwerdeführerin von IV-fremden Faktoren negativ beeinflusst. Dr. I.____ erwähnte namentlich weder die finanzielle oder familiäre Situation der Beschwerdeführerin noch ihre Bildung, ihr Alter oder ihre Sprachkenntnisse im Zusammenhang mit seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt erwähnte er nur insofern, als er äusserte, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lasse ohnehin nur eine problembehaftete Wiedereingliederung erwarten. Sicher führe eine liberale Pausengestaltung, verbunden mit einer stringenten Förderung durch einen Coach und weiterhin engmaschiger psychiatrischer Behandlung am ehesten zur Wiederherstellung einer Arbeitsfähigkeit. Auch in einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit werde die Arbeitsunfähigkeit 50 % betragen (IV-act. 257-45). Daraus wird deutlich, dass Dr. I.____ psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit tatsächlich aussen vor gelassen hat. Dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden verdeutlicht, wurde vom



Gutachter bereits berücksichtigt, indem dieser entgegen der subjektiven Selbstwahrnehmung der Beschwerdeführerin und ihres bizarren Verhaltens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte.

7.8. Nicht nur Dr. I. ___ geht von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus. Nebst der behandelnden Fachärztin und dem Hausarzt haben auch die beiden früheren Fachbegutachtenden Dr. D. ___ und Dr. E. ___ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr attestiert. Seit dem Jahr 2008 hat die Beschwerdeführerin verschiedene fachärztliche sowie stationäre Behandlungen in Anspruch genommen. Ausserdem hat eine Observation stattgefunden. In den daraus resultierenden Berichten finden sich keine Anhaltspunkte, welche an der Korrektheit der letzten fachärztlichen Einschätzung ernstliche Zweifel zu wecken vermögen. Dabei ist zu betonen, dass die Beschwerdeführerin gemäss Dr. I. ___ in einer adaptierten Tätigkeit tatsächlich 50 % arbeitsfähig ist, sodass die im Rahmen der Observation festgestellten Aktivitäten von relativ geringer Intensität keinen Anlass zu einer anderen Einschätzung geben. Erhebliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Leiden und dem gezeigten Verhalten sind nicht dokumentiert.

7.9. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Begutachtung durch Dr. J. ___ ein weit weniger auffälliges Verhalten gezeigt und leitet daraus ab, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden lediglich vorspiele. Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. Einerseits standen bei jener Begutachtung die organischen Ursachen der Beschwerden im Vordergrund, sodass die Beschwerdeführerin dementsprechend weniger Anlass hatte, über ihre allgemeine Situation zu klagen und ihre Gefühle kundzutun. Andererseits finden sich auch im Gutachten Dr. J. ___s Hinweise auf das theatralisch anmutende Verhalten der Beschwerdeführerin. So beschrieb dieser ein "doch sehr auffällige[s] Schmerzverhalten im Sinne einer ausgeprägten Schmerz mimik und starken Schmerzäusserungen" und ein erhebliches, auffälliges Schmerzverhalten (IV-act. 257-83). Wäre das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der somatischen Begutachtung nicht mit jenem anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vereinbar gewesen, so hätten die Gutachter dies in ihrer Konsensbeurteilung festgehalten und gewürdigt, zumal die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin eine ausführliche Auseinandersetzung mit



der Glaubwürdigkeit der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin erforderlich gemacht hatten.

7.10. Zusammenfassend ist ein über eine blosser Verdeutlichung hinausgehendes aggravatorisches oder gar simulierendes Verhalten der Beschwerdeführerin nicht nachgewiesen, ja nicht einmal überwiegend wahrscheinlich, sondern lediglich möglich. Die blosser Möglichkeit einer Aggravation oder Simulation führt nicht zum Ausschluss eines IV-relevanten Gesundheitsschadens. Es liegt somit keine Beweislosigkeit vor, welche zu Lasten der Beschwerdeführerin ginge (vgl. E. 7.2 vorstehend). Nachdem sich der Gutachter einlässlich und abschliessend zu diesem Thema geäussert und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung sowohl für den Zeitpunkt der Begutachtung als auch retrospektiv vorgenommen hat, besteht kein Raum, von dessen Beurteilung abzuweichen. Nach dem Gesagten ist deshalb auf die Einschätzung Dr. I.____s in seinem einlässlichen und sorgfältig erstellten Gutachten vom 26. April 2018 abzustellen und es ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht seit dem Jahr 2008 durchgehend zu 50 % arbeitsunfähig ist.

7.11. In der Konsensbeurteilung führen die Gutachter aus, die attestierte Arbeitsfähigkeit könne nur mit Unterstützung umgesetzt werden und schlagen dafür anfangs einen geschützten Rahmen vor. Im psychiatrischen Teilgutachten wird die medizinisch-theoretisch festgelegte Arbeitsfähigkeit von 50% nicht lediglich für den geschützten Rahmen als zumutbar erachtet. Insofern ist der in der Konsensbeurteilung vorgesehene geschützte Rahmen nicht als medizinisch nötiges Adaptionskriterium zu verstehen, sondern als Hinweis der Gutachter für die rein praktisch wohl anforderungsreiche Umsetzung der attestierten Arbeitsfähigkeit (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020, E. 7.3.1, wonach es nicht Aufgabe der Arztperson ist, sich zu den erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, namentlich zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt, zu äussern).

7.12. Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat sich Dr. I.____ nicht im Detail geäussert. Dr. D.____ ging davon aus, dass die psychische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit seit dem Frühjahr 2008 bestand (IV-act. 52-9). Sie trat jedenfalls nicht vor Januar 2008 ein; die Beschwerdeführerin wurde bis zum 10. Januar 2008 stationär in der Reha Klinik



Bellikon behandelt und die depressive Symptomatik – damals noch im Sinne einer Anpassungsstörung gewertet – remittierte unter Antidepressiva nahezu vollständig (vgl. Suva-act. 4-1 und 4-3). Danach verschlechterte sich der psychische Gesundheitszustand erheblich. Als Folge davon nahm die Beschwerdeführerin am 22. August 2008 die Behandlung bei Dr. B.____ auf (Suva-act. 7-15). Es leuchtet daher ein, dass die Arbeitsunfähigkeit wie von Dr. D.____ ausgeführt ab Frühjahr, mithin ab Ende März/Anfang April 2008, (mindestens) 50 % betrug. Ab 1. April 2008 war die Beschwerdeführerin mithin zu mehr als 40 % erwerbsunfähig. Zu diesem Zeitpunkt waren das Wartejahr und die Karenzfrist bereits abgelaufen (vgl. E. 3 vorstehend). Dr. I.____ geht von einem chronischen, nur in geringem Umfang fluktuierenden Verlauf aus (IV-act. 257-50). Demnach ist der nachstehend noch genauer zu bestimmende Rentenanspruch der Beschwerdeführerin am 1. April 2008 entstanden und besteht im gleichen Umfang bis auf Weiteres fort.

8.

8.1. Zwischen den Parteien besteht Uneinigkeit betreffend die Höhe des Invaliditätsgrades.

8.2. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 gesund geblieben wäre (Valideneinkommen; sogenannte allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 f. mit Hinweisen).

8.3. Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt



und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogenannter Prozentvergleich). Der Prozentvergleich bietet sich somit namentlich an, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind. Deren genaue Ermittlung erübrigt sich: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 5.1 mit Hinweisen).

8.4. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird nach der gesetzlichen Anordnung von Art. 28a Abs. 3 IVG für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so bemisst sich die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sogenannte gemischte Methode; vgl. zur konkreten Berechnung für den Zeitraum vor und nach dem 1. Januar 2018 Entscheid des Bundesgerichts vom 20. Januar 2020, 9C_690/2019, E. 4.2 mit Hinweisen sowie BGE 137 V 334).

8.5. Vorliegend ist in erster Linie streitig, ob bei der Beschwerdeführerin die gemischte oder die allgemeine Methode zur Anwendung kommt. Die M. ___ AG hat gegenüber der Beschwerdegegnerin am 14. Februar 2007 angegeben, die Beschwerdeführerin arbeite wöchentlich 37.5 Stunden (wobei die normale Arbeitszeit 41.25 Stunden betrage, IV-act. 8-2). Daraus hat die Beschwerdegegnerin auf eine Teilzeitbeschäftigung von 90 % geschlossen (vgl. etwa IV-act. 278-5). Aus dem Arbeitsvertrag geht jedoch nicht hervor, dass es sich um eine Teilzeitbeschäftigung handelte (IV-act. 86-3). Die Arbeitgeberin



hatte in der Unfallmeldung vom 27. Mai 2005 vielmehr einen Beschäftigungsgrad von 100 % notiert und die Arbeitszeit der Beschwerdeführerin mit 41.25 Wochenstunden, also der üblichen betrieblichen Wochenarbeitszeit angegeben (Suva-act. 1-113). Nach dem Unfallereignis wurde zwischen den Beteiligten offenbar die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % vereinbart (vgl. entsprechende Angaben in der Arbeitsanamnese im psychiatrischen Gutachten von Dr. E.____ vom 9. September 2014, IV-act. 143-16). Die Beschwerdeführerin war im Übrigen bereits früher, namentlich auch nach der Geburt ihres jüngsten Kindes, in hohen Teilzeitpensen erwerbstätig (vgl. Suva-act. 11-3, IV-act. 7-2 und IV-act. 52-4 i.V.m. IV-act. 16). Zum Unfallzeitpunkt 2005 war ihr jüngstes Kind __ Jahre alt. Dennoch arbeitete die Beschwerdeführerin damals bereits 100 %. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin im Vollzeitpensum hätte arbeiten wollen und können. Die Beschwerdeführerin ist somit als Vollerwerbstätige anzusehen, weshalb die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode zu erfolgen hat.

8.6. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist zu beachten, dass das Unfallereignis vom 2. Februar 2005 nur wenige Monate nach Stellenantritt eingetreten ist (vgl. IV-act. 86-3). Das Arbeitsverhältnis war demnach, wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (act. G7) richtig anmerkt, nicht gefestigt.

8.7. Soweit die Beschwerdegegnerin ausführt, die Beschwerdeführerin habe in der Vergangenheit tiefe Einkünfte erzielt, kann daraus nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, dass sie in Zukunft unterdurchschnittlich verdient hätte. In den Akten finden sich keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin sich freiwillig mit einem tiefen Gehalt abgefunden hätte. Vor Antritt ihrer letzten Stelle war die Beschwerdeführerin arbeitslos gewesen (vgl. IV-act. 7-1). Ihre jüngste Tochter bedurfte noch der Betreuung. Sie musste daher eine Stelle antreten, die mit ihren familiären Pflichten in Einklang zu bringen war und ihr auf dem aktuellen Arbeitsmarkt angeboten wurde. Im Gesundheitsfall hätte sie ihre Einkommenssituation durch die Suche einer besser bezahlten Stelle aus dem laufenden Arbeitsverhältnis heraus verbessern können. Ihre Tochter wäre mit zunehmendem Alter und namentlich mit Übertritt in die Oberstufe immer weniger auf Betreuung angewiesen gewesen, sodass die Beschwerdeführerin auch bezüglich Arbeitszeiten und Arbeitsweg flexibler geworden wäre und so bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt gehabt hätte. Statt auf das zuletzt erzielte, nicht



aussagekräftige tatsächlich generierte Einkommen ist deshalb für das Valideneinkommen auf Tabellenwerte (Tabelle TA1 2008, total alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen, der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE]) abzustellen.

8.8. Die Beschwerdeführerin ist nicht erwerbstätig. Demnach sind auch für das Invalideneinkommen keine konkreten Zahlen verfügbar, sodass die Tabellenwerte der LSE herangezogen werden müssen. Da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf Hilfsarbeiterinnenniveau angesiedelt und gestützt auf die LSE zu bestimmen sind, kann ein Prozentvergleich erfolgen. Demnach entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs.

9.

9.1. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. In [BGE 126 V 75](#) hat das Bundesgericht festgestellt, dass es von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängt, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind. Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug ist auf höchstens 25 % begrenzt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 2.2; BGE 134 V 327 E. 5.2).

9.2. In ihrer Berechnung aus dem Jahr 2007 (bei welcher sie den 13. Monatslohn der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigte; vgl. zur Tatsache, dass der Beschwerdeführerin ein 13. Monatslohn geschuldet war, IV-act. 86-3 f. und 86-7) hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin noch einen Tabellenlohnabzug von



10 % gewährt (IV-act. 27), während sie ab dem Jahr 2009 keinen Tabellenlohnabzug mehr berücksichtigte. Damals hatte sie indes gestützt auf die frühere Rechtsprechung zu somatoformen Schmerzstörungen eine Invalidität generell verneint (vgl. IV-act. 59 und 61), sodass mangels Invalidität auch nicht über einen Tabellenlohnabzug zu befinden war. In den vorliegend angefochtenen Verfügungen orientierte sich die Beschwerdegegnerin für ihre Berechnung des Invaliditätsgrades offenbar am Feststellungsblatt aus dem Jahr 2009 und gewährte keinen Tabellenlohnabzug (vgl. IV-act. 278-5). In der Beschwerdeantwort macht sie geltend, ein Tabellenlohnabzug wäre höchstens dann geschuldet, wenn eine erhebliche psychische Erkrankung angenommen werde (act. G7). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist vorliegend nicht nur von einer physischen, sondern auch von einer solchermassen erheblichen psychischen Einschränkung auszugehen (vgl. die vorstehenden Erwägungen).

9.3. Eine den organischen Leiden der Beschwerdeführerin angepasste Tätigkeit muss vorwiegend sitzend sein mit der Möglichkeit, regelmässig kurz aufzustehen, mit nur kurzen gelegentlichen Gehstrecke, ohne kniende, kauende oder gebückte Arbeiten, ohne häufiges Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg, ohne länger dauernde Zwangshaltungen im Sitzen mit Haltungskonstanz des Kopfes insbesondere in vorgeneigter Stellung und ohne repetitive grob-motorische Belastungen der Hände. Auch in einer solchermassen adaptierten Tätigkeit ist aufgrund der multilokulären degenerativen Veränderungen aus rein somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von "maximal 50 % medizinisch-theoretisch" gegeben (IV-act. 257-89). Aus psychiatrischer Perspektive ist eine liberale Pausengestaltung notwendig (IV-act. 257-46). Zudem werde die Beschwerdeführerin für den beruflichen Wiedereinstieg nicht nur weiterhin regelmässige psychiatrische Behandlung benötigen, sondern auch eine engmaschige Betreuung durch ein Arbeitscoaching.

9.4. Im Bereich der Hilfsarbeiten berücksichtigt das Bundesgericht invaliditätsfremde Gründe wie Alter, fehlende Schulbildung oder fehlende Dienstjahre kaum als Abzugsgründe, weil solche Arbeiten gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung unabhängig von diesen Persönlichkeitsmerkmalen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nachgefragt werden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2019, 9C_439/2018, E. 4.3.2 mit Hinweisen). Bei der Beschwerdeführerin bestehen



zwar invaliditätsfremde Gründe für eine erschwerte Reintegration in den Arbeitsprozess, namentlich geringe Bildung, fehlende Berufsbildung, bescheidene Sprachkenntnisse und eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bei inzwischen einigermaßen fortgeschrittenem Alter. Dafür kann allerdings mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts kein Tabellenlohnabzug erfolgen. Daneben bestehen aber – wie in E. 9.3 vorstehend aufgezählt – erhebliche Einschränkungen aufgrund des Krankheitsbildes der Beschwerdeführerin. Diese ist nicht nur hinsichtlich der Auswahl an Stellen durch die Kombination von körperlichen und psychischen Leiden auch auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt erheblich eingeschränkt, sondern wird in einer konkreten Anstellung sowohl aufgrund ihrer physischen Einschränkungen als auch aufgrund ihres psychischen Beschwerdebildes wenig anpassungsfähig sein. Sie ist dementsprechend auf viel Wohlwollen seitens allfälliger Mitarbeiter und Vorgesetzten angewiesen, was durch ihr krankheitsbedingt dramatisierendes, theatralisches und teilweise bizarr wirkendes Auftreten erschwert wird. Die Beschwerdeführerin wird zudem eine lange und intensiv betreute Einarbeitungsphase benötigen, auch danach engmaschig begleitet werden müssen und mit grosser Wahrscheinlichkeit unvorhersehbar schwankende Leistungen erbringen. Dr. J.____ und Dr. I.____ sprechen von einer medizinisch-theoretischen bzw. maximalen Arbeitsfähigkeit von 50 %. Sie beziehen sich also auf einen Optimalfall, der nur durch einen kleinschrittigen Wiedereinstieg und Aufbau des Arbeitspensums mithilfe eines Arbeitscoachings bei fortgeführter therapeutischer Begleitung erreicht werden kann und bei welchem alle Beteiligten, namentlich Vorgesetzte und Mitarbeiter, auf die Beschwerdeführerin Rücksicht nehmen und viel Verständnis aufbringen müssen. Aus der Sicht eines ökonomisch denkenden Arbeitgebers senken diese Risiken, deren Verwirklichung die Gesamtlohnkosten des Betriebes erhöhen, den "Wert" der Beschwerdeführerin als Arbeitnehmerin. Um dies zu kompensieren und konkurrenzfähig zu bleiben, muss die Beschwerdeführerin mit einem erheblich tieferen Einkommen rechnen als eine gesunde Person im Rahmen einer Hilfstätigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2009, 9C_68/2009, E. 3.3). Es ist deshalb ein Abzug von 10 % vom Tabellenlohn vorzunehmen. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin beträgt somit 55 % ($100 \% - [50 \% \times 0.9]$).

10.



10.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügungen vom 27. Februar 2019 und vom 15. April 2019 aufzuheben sind und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2008 eine halbe Rente zuzusprechen ist. Zur Berechnung der Rente sowie zur neuen Verfügung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

10.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Im vorliegenden Entscheid sind zwei separat erhobene Beschwerden gemeinsam beurteilt worden (vgl. E. 1.1 vorstehend), wobei beiden angefochtenen Verfügungen der gleiche Streitgegenstand zugrunde lag. Zwischen der Beantragung von Leistungen der Invalidenversicherung und der Einreichung der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde sind rund zwölf Jahre vergangen, während denen vielfältige Abklärungen erfolgten und mehrere Gerichtsverfahren durchgeführt wurden. Es lagen dementsprechend umfangreiche Vorakten, namentlich mehrere medizinische Gutachten, im Recht. Der Sachverhalt war dementsprechend komplex und es waren verschiedene Rechtsfragen zu beurteilen. Die Gerichtsgebühr wird deshalb auf Fr. 1'000.-- für die vereinigten Verfahren festgelegt. Die Beschwerdeführerin obsiegt zum grössten Teil. Zwar hat sie einen früheren Beginn der Rentenleistungen (ab 2006, act. G1) beantragt und in der Replik einen Eventualantrag auf eine ganze Rente gestellt (act. G12). Angesichts dessen, dass es sich beim Antrag auf eine ganze Rente lediglich um einen Eventualantrag handelte und ihr (Haupt-)Antrag auf eine halbe Rente ab 1. April 2008 gutgeheissen wird, während die Beschwerdegegnerin den Rentenbeginn auf den 1. Juli 2017 festgesetzt hatte, unterliegt die Beschwerdeführerin in so geringem Ausmass, dass die Gerichtsgebühr vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

10.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis



Fr. 15'000.--. Eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) erscheint angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen vom 27. Februar 2019 und vom 15. April 2019 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird mit Wirkung ab 1. April 2008 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Berechnung und Auszahlung der Rentenleistungen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.