



Fall-Nr.: IV 2020/188
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.11.2022
Entscheiddatum: 31.05.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 31.05.2022

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Prüfung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung zweier polydisziplinären Gutachten. Prozentvergleich. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Mai 2022, IV 2020/188). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_475/2022.

Entscheid vom 31. Mai 2022

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb

Geschäftsnr.

IV 2020/188

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Josef Jacober, Oberer Graben 44, Postfach,
9001 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 14. Mai 2008 wegen seit 1997 bestehender Rückenschmerzen („chronisches lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom“) und psychischer Beschwerden zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Sie gab an, keinen Beruf erlernt zu haben. Der Hausarzt Dr. med. B.____ (IV-act. 15), Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, berichtete am 3. Juni 2008, die Versicherte leide mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einem chronischen lumbal betonten Panvertebralsyndrom mit Tendenz zur Symptomausweitung sowie an einer Anpassungsstörung mit/bei Angst und depressiver Komponente. Die Versicherte sei seit dem 1. Juni 2008 zu 50% arbeitsfähig. In den beigelegten Berichten von Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 28. März 2008 (IV-act. 15-24 ff.) und der Fachpersonen der Klinik D.____ vom 6. Mai 2008 (IV-act. 15-29 f.) waren im Wesentlichen dieselben Diagnosen angegeben worden. Die Fachpersonen der Klinik D.____ hatten ausgeführt, seit dem 13. Mai 2008 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (inkl. 20%iger Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht); die Arbeitsfähigkeit sei schrittweise auf 80 % steigerbar. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.____ (IV-act. 33), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab am 30. Juni 2008 an, folgende Diagnosen erhoben zu haben: Längere, ängstlich gefärbte depressive Reaktion auf anhaltende Schmerzen mit im Vordergrund stehenden generalisierten vor allem Rücken- und Kopfschmerzen, emotionaler Labilität, Störung der Vitalgefühle, Isolationstendenz und schweren Schlafstörungen. Diese Diagnosen bestünden seit August 2007 und hätten eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten zur Folge. Die letzte Arbeitgeberin der Versicherten berichtete am 28. August 2008 (IV-act. 51), die Versicherte sei vom 5. Juni 2001 bis 31. August 2008 in einem 100%-Pensum als Verkäuferin in der Metzgereiabteilung tätig gewesen und



habe dabei ab 1. Januar 2008 ein Einkommen von Fr. 3'995.-- pro Monat erzielt. Am 8. Oktober 2008 berichtete Dr. med. F.____ (IV-act. 57), Facharzt FMH für Anästhesiologie, die Versicherte leide an einem chronischen Schmerzsyndrom mit Persönlichkeitsveränderung. Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten.

A.b. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 20. Februar 2009 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 61). Die Gutachter erhoben folgende Diagnosen: Eine mittelgradige depressive Episode, eine generalisierte Angststörung mit Panikattacken, einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom mit Hyperalgesie rechts und Hypästhesie rechts, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von über 70% für sämtliche Tätigkeiten. Der RAD-Arzt Dr. med. G.____ notierte am 4. März 2009 sinngemäss (IV-act. 62), auf das MEDAS-Gutachten könne abgestellt werden. Mit einem Vorbescheid vom 8. Oktober 2009 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 70% an (IV-act. 73).

A.c. Bereits am 13. Mai 2009 hatte der RAD-Arzt Dr. G.____ eine interne medizinische Stellungnahme betreffend eine allfällige Observation der Versicherten abgegeben (IV-act. 87). In der Folge war die Versicherte vom 29. September bis zum 1. Oktober 2009 observiert worden. Die Ergebnisse wurden im Observationsbericht vom 9. Oktober 2009 festgehalten (IV-act. 89). Im Bericht wurde ausgeführt, bei der Versicherten seien zu keinem Zeitpunkt offensichtliche körperliche Einschränkungen beobachtet worden. Die Versicherte habe sich uneingeschränkt bewegen können; Anzeichen von Schmerzen fehlten. Sie habe rasche, sichere Bewegungen durchgeführt und sei in der Lage gewesen, sich verschieden tief zu bücken und sich ohne Mühe wieder aufzurichten. Drittpersonen sei sie jeweils mit einem Lachen begegnet. Sie sei weiter in der Lage gewesen, eine halbe Stunde in einem voll besetzten Zug zu fahren und mehrere schwere Gegenstände zu tragen.

A.d. Am 24. November 2009 berichtete Dr. F.____ (IV-act. 81), die Versicherte leide an einem chronischen Schmerzsyndrom und an einer psychischen Veränderung bei chronischem Schmerz. Die Versicherte sei nach wie vor voll arbeitsunfähig.



A.e. Am 26. Januar 2010 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stellung zu den Ergebnissen der Observation (IV-act. 90). Sie führte aus, die Versicherte habe ganz andere Fähigkeiten gezeigt, als sie gegenüber den behandelnden und begutachtenden Ärzten geltend gemacht habe, durchaus einer beruflichen Tätigkeit im Reinigungsdienst mit leichten und mittelschweren Aspekten entsprechend. Angesichts der Ergebnisse und auch der schon im MEDAS-Gutachten geäusserten Zweifel an der Konsistenz der Befunde sei es aus medizinischer Sicht nicht ausreichend wahrscheinlich, dass den geschilderten Beschwerden ein tatsächlicher anhaltender Gesundheitsschaden zugrunde liege. Weitere medizinische Abklärungen dürften jedoch keine neuen Erkenntnisse bringen, da bereits umfassend abgeklärt worden sei, wobei sowohl eine Selbstlimitierung als auch Inkonsistenzen aufgefallen seien und da die Versicherte Angaben gemacht habe, die mit dem tatsächlichen Funktionsniveau nicht in Einklang zu bringen seien. Die Versicherte wurde gleichentags mit den Ergebnissen der Observation konfrontiert. Sie machte im Wesentlichen geltend, dass es ihr nicht besser gehe als in den medizinischen Berichten und im MEDAS-Gutachten wiedergegeben (IV-act. 91, 92 und 94).

A.f. Nach einem Vorbescheidsverfahren (Vorbescheid vom 10. Februar 2010 [IV-act. 97], Einwand vom 15. März 2010 [IV-act. 100]) verfügte die IV-Stelle am 22. April 2010 die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 102). Am 19. Mai 2010 liess die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. April 2010 erheben (IV-act. 120). Am 3. März 2011 hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde (IV 2010/218) teilweise gut (IV-act. 128). Es hob die Verfügung vom 22. April auf und wies die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur anschliessenden Neuverfügung an die IV-Stelle zurück. In der Urteilsbegründung legte es im Wesentlichen dar, die Observationsergebnisse seien mangels begründeten Verdachts, mangels Erforderlichkeit und wegen Verletzung von Art. 179^{quater} StGB nicht verwertbar; die entsprechenden Akten seien aus dem Dossier zu entfernen. Bezüglich des MEDAS-Gutachtens vom 20. Februar 2009 kam das Gericht zum Schluss, es sei mangelhaft und überzeuge nicht. Die MEDAS Ostschweiz habe sich zu wenig mit den abweichenden Behandlerberichten auseinandergesetzt. Sie habe auch nicht ausgeführt, wieso sie im Gegensatz zu diversen Behandlerberichten eine eigenständige



depressive Störung und eine eigenständige Angststörung diagnostiziert und einen Verdacht einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung angenommen habe. Weiter sei im MEDAS-Gutachten das Verhalten der Versicherten (Verdeutlichungstendenzen und Selbstlimitierung), nicht gewürdigt worden. Insgesamt entstehe der Eindruck, der psychiatrische Gutachter habe die subjektive Krankheitsüberzeugung der Versicherten übernommen und darauf abgestellt. Da aber für die Bemessung des Invaliditätsgrads die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der Versicherten trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (mit Verweis auf BGE 127 V 298 E. 4c), entscheidend sei, bilde das Gutachten der MEDAS Ostschweiz keine genügende Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrads. Deshalb dränge sich eine erneute psychiatrische Abklärung auf. Die IV-Stelle erhob gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts Beschwerde. Das Bundesgericht hiess in seinem Entscheid vom 11. November 2011 die Beschwerde teilweise gut (BGer 8C_272/2011; IV-act. 133); es stellte fest, der Observationsbericht sei zu berücksichtigen und die Abklärungen hätten im Sinne der Erwägungen zu erfolgen. Im Übrigen werde die Beschwerde abgewiesen. In seinen Erwägungen hielt es fest, die Beweiserhebung mittels der Observation sei rechtmässig gewesen. Aufgrund der Abweichung zwischen dem Gutachten und der Observation seien weitere medizinische Abklärungen sowohl psychiatrischer als auch somatischer Art notwendig.

A.g. Am 30. April 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine medizinische Untersuchung (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie) notwendig sei (IV-act. 140). Am 19. Oktober 2012 erstattete das Schweizerische Zentrum für medizinische Abklärungen und Beratungen (SMAB AG) ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 147). Die Sachverständigen gaben an, die Versicherte leide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leicht- bis mittelgradige Episode mit Panikattacken, und an einem chronifizierten lumbospondylogenen Syndrom infolge segmentaler Instabilität /L4/L5) mit Ventralgleiten L4 gegenüber L5 um ca. 6mm. Sie erhoben folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches Schmerzsyndrom bzw. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (DD: myofasciales



Schmerzsyndrom bei einer muskulären Dysbalance des Schulter- und Beckengürtels), Verdacht auf Migräne und Autoimmun-Thyreoiditis (behandelt). Der psychiatrische Sachverständige führte in seinem Fachgutachten aus (IV-act. 147-35 ff.), bei der aktuellen Untersuchung habe sich im Psychostatus zwar nur eine eher leicht depressiv getönte Stimmungslage mit Anhedonie, affektiver Abflachung und Perspektiv- und Freudlosigkeit gezeigt. Zusammen mit den anamnestischen Angaben könne aber darauf geschlossen werden, dass tatsächlich eine leicht- bis mittelgradige Ausprägung der depressiven Episode mit einer entsprechenden Beeinträchtigung im Alltag bestehe. Die Schmerzsymptomatik werde von der Versicherten beschrieben, aber nicht in den Vordergrund gestellt. Aggravationstendenzen seien nicht erkennbar.

Zusammenfassend könne das Bild einer leicht- bis mittelgradigen Episode bei einer rezidivierend depressiven Störung diagnostiziert werden. Diese Störung sei möglicherweise durch die Überforderungssituation mit der Rolle in der Familie und dem Beruf gleichzeitig bei zunehmender Beeinträchtigung durch die Schmerzproblematik bei Panvertebralsyndrom ausgelöst worden. Die beschriebenen Panikattacken und Schwindelanfälle stünden nicht im Vordergrund der eigentlichen psychiatrischen Erkrankung und seien als sekundär im Gefolge der Depression zu interpretieren. Die von der Versicherten beschriebenen Schmerzen führten nicht zur einer Gefangenheit im Schmerzerleben und seien zumindest zum Teil auch willentlich überwindbar, könnten aber durchaus eine Einschränkung bedeuten. Aus psychiatrischer Sicht sei eine aktuelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor allem durch die depressive Komponente gegeben. In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe seit August 2007, spätestens aber seit dem aktuellen Untersuchungstermin, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei vor allem durch die affektive Störung gegeben. Der rheumatologische Sachverständige gab in seinem Teilgutachten an (IV-act. 147-45 f.), er habe eine leichte bis mittelgradige Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes für alle rückenbelastenden Arbeitshaltungen und -verrichtungen und eine leichte Reduktion der zumutbaren Leistungsfähigkeit infolge einer schmerz- und inaktivitätsbedingten Dekonditionierung festgestellt. Gesamthaft betrachtet betrage die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit acht Stunden pro Tag bei einer Leistungsminderung von 20%. Die bisherige Tätigkeit sei mit teils starken rückenbelastenden Arbeitsverrichtungen assoziiert gewesen; diese Tätigkeit sei infolge der



Rückenschmerzen noch zu 4.5 Stunden pro Tag an 5 Wochentagen ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar. Am 13. November 2012 hielt der RAD-Arzt Dr. med. I.____ fest, formell sei das SMAB-Gutachten nicht zu beanstanden (IV-act. 150).

A.h. Mit einem Vorbescheid vom 1. Mai 2013 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 153). Hiergegen liess die Versicherte am 3. Juni 2013/19. Juni 2013 Einwand erheben (IV-act. 155 und 157). Sie beantragte die Aufhebung des Vorbescheids, die Einholung eines Arztberichtes bei Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und die Neuurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung dieses Arztberichtes. Eventualiter sei eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Auf Nachfrage der IV-Stelle berichtete Dr. J.____ am 7. Januar 2014 (IV-act. 163- 5 f.), bei der Versicherten sei am 13. August 2013 bei SLAP-Läsion II und Supraspinatussehnenruptur mit Impingement rechts ein arthroskopisches Shaving mit subacromialer Dekompression, Bursektomie und Labrumteilresektion rechts durchgeführt worden. Postoperativ beständen weiterhin Schmerzen in der rechten Schulter. Das MRI der rechten Schulter im Dezember 2013 habe eine leicht aktivierte AC-Arthrose bei sonst unauffälligem Befund gezeigt. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, nachdem die Beschwerden somatisch nicht hätten objektiviert werden können. Am 7. März 2014 notierte die RAD-Ärztin Dr. med. K.____ (IV-act. 164), im Gutachten sei ausgeführt worden, dass eine Ellbogenoperation im April 2011 die dortigen Schmerzen nicht gelindert habe. Eine ähnliche Situation liege hinsichtlich der aktuellen Schulteroperation vor. Somit spreche die Persistenz der Schmerzen nach der Schulteroperation nicht unbedingt für eine zwischenzeitliche Verschlechterung des psychischen Zustandes. Weiter lägen keine psychiatrischen Berichte vor, die eine Verschlechterung seit der Begutachtung im Oktober 2012 dokumentieren würden. Diesbezüglich sei also von einem nicht relevant veränderten Zustand auszugehen. Die Versicherte wandte am 16. Mai 2014 (IV-act. 168) ein, dass sie voll erwerbsunfähig sei, so dass ihr eine ganze IV-Rente zuzusprechen sei. Eventualiter sei eine Ergänzung des SMAB-Gutachtens einzuholen. Weiter liess sie Berichte von Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. April 2014 (IV-act. 168-20 f.) und von Dr. med. L.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 21. Februar 2014 (IV-act. 168-22 f.) nachreichen. Dr. E.____ hatte angegeben,



die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom, an einer Panikstörung und an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach chronischem Schmerzsyndrom. Der Zustand der Versicherten sei weitgehend chronifiziert; er könne therapeutisch nicht relevant verbessert werden. Die Versicherte sei in der freien Wirtschaft daher voll arbeitsunfähig. Dr. L.____ hatte aus neurochirurgischer Sicht folgende Diagnosen erhoben: Chronische Lumbago, Spondylolyse mit instabiler Spondylolisthesis L4/5 Grad II, linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule mit rechtskonvexer Skoliose der Lendenwirbelsäule, Schmerzen im BWS-Bereich. Am 9. Januar 2015 berichtete Dr. E.____ (IV-act. 172-3 f.), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert; die depressive Episode sei gegenwärtig aber nur noch mittelschwer. Neu hielt sie eine Störung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom fest; im Übrigen berichtete sie von unveränderten Diagnosen. Dr. J.____ berichtete am 10. Januar 2015 (IV-act. 173-5 f.) und Dr. B.____ am 27. Januar 2015 (IV-act. 177) von einem verschlechterten Zustand. Seit einem Jahr bestünden neben den bekannten Schulterschmerzen lumbale Schmerzen rechts.

A.i. Am 15. Oktober 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 195), zur Klärung der Leistungsansprüche erachte sie eine umfassende medizinische Untersuchung als notwendig. Am 14. März 2016 erstattete das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) in Basel ein interdisziplinäres (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie) Gutachten (IV-act. 206). Die Sachverständigen gaben an, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit leide die Versicherte an einem chronischen lumbovertebralen Syndrom mit intermittierender spondylogener Schmerzausstrahlung nach rechts, segmentaler Instabilität L4/5 bei Spondylolisthesis L4/5 und Diskopathie L4/5 bei Spondylolisthesis L4/5 sowie an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Sie gaben folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an: Polyglanduläres Autoimmunsyndrom Typ II mit Vitiligo, Status nach Autoimmun-Thyreoiditis mit aktuell Hypothyreose substituiert und AK gegen Intrinsic Faktor, Dornwarze linker Fuss in Behandlung, Schwindelangaben (möglicherweise psychogen), chronisches zervikovertebrales Syndrom mit cephaler Schmerzeteiligung, chronisches thorakovertebrales Syndrom bei Fehlform der Wirbelsäule mit Hyperkyphose der BWS,



Restbeschwerden an der rechten Schulter bei einem Status nach operativem Eingriff an der rechten Schulter im August 2013 mit arthroskopischem Shaving mit subacromialer Dekompression, Bursektomie und Labrumteilresektion SLAP-Läsion II und Plastik bei Supraspinatussehnen-Teilruptur, leichte Epicondylopathia humeri lateralis rechts bei einem Status nach Denervations-Operation nach Wilhelm am rechten Ellbogen April 2011, Fingerpolyarthrose beidseits und Heberdenarthrose beidseits, beginnende Coxarthrose linksbetont gemäss Aktenlage, leicht ausgeprägte Gonarthrose links, somatoforme Schmerzstörung, Störungen durch psychotrope Substanzen, Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika, übermässiger Gebrauch psychotroper Substanzen, Hyperlipidämie und chronische Bronchitis bei massivem Nikotinabusus. Hinweise auf eine Schwindelproblematik seien bei der gesamten Untersuchung nicht manifest gewesen; diese Symptomangabe sei im Rahmen einer eindeutigen Verdeutlichungstendenz zu sehen (IV-act. 206-53). Auch die Medikamentenspiegel stünden in höchster Diskrepanz zu den angegebenen eingenommenen Dosierungen. Diese Diskrepanz gepaart mit den Ergebnissen der Observation lasse den Gedanken nicht nur an eine Symptomverdeutlichung, sondern gar an eine Rentenbegehrlichkeit nicht abwenden. Die letzte Tätigkeit als Charcuterie-Verkäuferin sei zu 80% zumutbar (IV-act. 206-56 f.); die 80%ige Arbeitsfähigkeit habe seit 2007 (Aufgabe der Berufstätigkeit) durchgehend bestanden. Die Einschränkung sei begründet durch einen etwas vermehrten Pausenbedarf und den Bedarf nach einer Arbeit in Wechselhaltung. Diese Einschränkung sei führend durch die rheumatologischen Diagnosen begründet. Die psychiatrische Hauptdiagnose sei nur geringgradig an der Arbeitsunfähigkeitsbemessung beteiligt, da die Beschwerden weitgehend überwindbar seien. Für schwere Arbeiten bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dies sei vor allem für eine langdauernde und anhaltende schwere Arbeit von Belang; kurzfristige Einsätze, wie sie bei der Observation festgehalten worden seien, seien aber durchaus möglich. Im Gutachten der SMAB AG vom 19. Oktober 2012 sei der Versicherten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Angesichts der seit Jahren unveränderten Situation könne dies nicht nachvollzogen werden. Die im Jahr 2011 und 2013 durchgeführten Operationen am rechten Ellbogen bzw. der Schulter hätten die Arbeitsfähigkeit nur kurzfristig beeinflusst. Für die Diskrepanzen im psychiatrischen Teilstatus werde auf die entsprechenden Untersuchungsbefunde verwiesen. Der psychiatrische Sachverständige führte in



seinem Fachgutachten aus (IV-act. 206-48 f.), im Hamilton-Depressions-Index finde sich ein aktueller Wert (32 Punkte), der einer mittelschweren depressiven Episode entspreche. Widersprüchlich dazu sei die Funktionalität im Alltag. Die Versicherte habe einen relativ geregelten Tagesablauf und erledige die Haushaltsarbeiten weitestgehend selbständig. Die Versicherte leiste nach eigenen Angaben den Therapieangeboten Folge. Dazu im Widerspruch ständen die tiefen Medikamentenspiegel, die auf eine sehr unregelmässige Einnahme der Medikation hinwiesen. Ebenfalls widersprüchlich seien die Eindrücke, welche die Versicherte anlässlich der Observation gezeigt habe. Die Aufnahmen belegten eine völlig normale Funktionsfähigkeit im Alltag. Die Versicherte habe soziale Kontakte und bewege sich frei und ohne sichtbaren Leidensdruck in der Öffentlichkeit. Wiederum widersprüchlich dazu sei der Suizidversuch durch Tablettenintoxikation im Jahr 2012 zu werten. Offenbar habe dieser Versuch nicht zu einer psychiatrischen Hospitalisation geführt. Der Gesamteindruck, den die Versicherte hinterlasse, weise nicht auf eine depressive Erkrankung hin. Die Versicherte wirke willensstark, differenziert, lebendig. Ihr affektiver Zustand sei teilweise aufgesetzt und übertrieben. Die RAD-Ärztin Dr. K.____ notierte am 25. Mai 2016 (IV-act. 207), das Gutachten sei umfassend und weise keine formellen Mängel auf. Darauf könne vollumfänglich abgestellt werden; aus medizinischer Sicht sei das Gutachten nicht anfechtbar.

A.j. In einem Vorbescheid vom 19. Oktober 2016 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 210). Am 21. November 2016 berichtete Dr. med. M.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, von der N.____ AG (IV-act. 214), die Versicherte habe sich am 31. Oktober 2016 einer mikrochirurgischen Dekompression mit mikrochirurgischer Discectomie L4/5 beidseits sowie einer ventralen (interkorporelle) und einer dorsalen Spondylodese L4/5 beidseits unterzogen. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die Schmerzmedikation habe rasch reduziert werden können. Zu keinem Zeitpunkt hätten gravierende Schmerzen bestanden. Neurologisch seien keine Defizite vorhanden. Die Versicherte sei gut und sicher gehfähig. Die postoperative Röntgenkontrolle vom 4. November 2016 habe einen regelrechten Befund gezeigt. Mit einem Einwand vom 5. Januar 2017 liess die Versicherte die Aufhebung des Vorbescheids vom 19. Oktober 2016 beantragen (IV-act. 215). Weiter sei ein Obergutachten einzuholen und der Observationsbericht vom 1.



St.Galler Gerichte

Oktober 2009 sei aus dem Recht zu weisen bzw. dürfe nicht berücksichtigt werden. Zur Begründung liess sie ausführen, die ZMB-Gutachter hätten auf den Observationsbericht abgestellt, was nicht zulässig gewesen sei; entsprechend könne auch nicht auf das ZMB-Gutachten abgestellt werden. Zudem seien die Standardindikatoren (BGE 141 V 281) nicht geprüft worden und das Gutachten setze sich nicht mit dem vorgängigen SMAB-Gutachten auseinander. Die Versicherte reichte unter anderem eine Mail von Dr. E.____ vom 29. November 2016 ein (IV-act. 216-17). Darin hatte Dr. E.____ im Wesentlichen von unveränderten Diagnosen berichtet; sie hatte statt der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom, neu eine rezidivierende ängstliche-depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, festgestellt. Am 28. April 2017 berichtete Dr. M.____ gegenüber der IV-Stelle (IV-act. 218), in den letzten zwei Monaten habe sich ein erfreulicher Aufwärtstrend gezeigt; die Kreuzschmerzen hätten sich deutlich gebessert, wobei in den letzten zwei Wochen rechts lumbosacral etwas vermehrt Schmerzen aufgetreten seien. Links sei eine Hüftoperation geplant; eine Infiltration habe vorübergehend eine deutliche Besserung gebracht. Die RAD-Ärztin Dr. K.____ hielt am 6. Juli 2017 fest, der Gesundheitszustand sei instabil; die Hüftoperation sei abzuwarten. Am 10. Mai 2017 war die Versicherte in der N.____ AG (vgl. Bericht vom 9. Oktober 2017, IV-act. 220) aufgrund von persistierenden Knieschmerzen links am linken Knie operiert worden (Operation: Arthroskopie Knie links, anterolaterale Meniscusteilentfernung, Resektion Plica medio- und infrapatellaris). Die Fachpersonen der N.____ AG führten aus, postoperativ habe sich ein normaler, erfreulicher Verlauf gezeigt. Im Vordergrund stünden nun Beschwerden der rechten Schulter. Am 26. Juni 2017 war die rechte Schulter infiltriert worden. Anlässlich der Verlaufskontrolle am 10. August 2017 gab die Versicherte an, die Infiltration habe zu Beginn einen deutlichen Beschwerderückgang bewirkt, nun würden die Schmerzen aber wieder zunehmen. Im Vordergrund stünden jetzt die bekannten bewegungs- und belastungsabhängigen Hüftschmerzen links. Am 26. Oktober 2017 notierte die RAD-Ärztin Dr. K.____ (IV-act. 222-3), der operative Eingriff an der linken Hüfte sei bis heute nicht durchgeführt worden; auch sei keine Operation geplant. Der Zustand sei somit aktuell nicht als instabil zu bezeichnen. Daher könne weiterhin an der im ZMB-Gutachten festgestellten 80%igen Arbeitsfähigkeit festgehalten werden. Am 26. Oktober 2017 gewährte die IV-Stelle der Versicherten die Möglichkeit zu einer zweiten Anhörung zum Vorbescheid



vom 19. Oktober 2016 (IV-act. 223). In einer Stellungnahme vom 30. November 2017 liess die Versicherte beantragen (IV-act. 226), der Vorbescheid sei aufzuheben, ein Obergutachten sei einzuholen, berufliche Massnahmen seien anzuordnen und der Observationsbericht vom 1. Oktober 2009 sei aus dem Recht zu weisen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die neuen Arztberichte sagten nichts über die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus, insbesondere auch nicht, wie sich diese nach der Knieoperation verhalten habe. Die ZMB-Sachverständigen hätten nicht begründet, wieso die von den SMAB-Gutachtern attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. Die beiden psychiatrischen Hauptdiagnosen (rezidivierende depressive Störung und somatoforme Schmerzstörung) seien zu Unrecht nicht als invalidisierend qualifiziert worden. Gemäss einem Bericht von Dr. med. O. ___ von der N. ___ AG vom 10. November 2017 (IV-act. 235-3) hatte die Versicherte neuerlich über starke Schulterbeschwerden rechts berichtet. Weder eine Infiltration noch eine Physiotherapie hatten zu einer Besserung geführt. Dr. O. ___ hatte der Versicherten daher zu einer Operation an der rechten Schulter geraten. Einem Bericht von Dr. F. ___ vom 11. November 2017 war zu entnehmen (IV-act. 236), dass dieser bei gleichbleibender Befunderhebung nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte. Die RAD-Ärztin Dr. K. ___ hielt am 27. Februar 2018 fest (IV-act. 240), aktuell bestehe ein instabiler Gesundheitszustand bei rechtsseitigen Schulterbeschwerden und einem damit verbundenen operativen Eingriff. Am 7. März 2018 berichtete Dr. O. ___ (IV-act. 241), die am 21. November 2017 vorgenommene Operation an der rechten Schulter sei sowohl peri- als auch postoperativ problemlos verlaufen; die Beschwerden seien deutlich zurückgegangen. Am 29. Januar 2018 habe die Versicherte von Schmerzen im Bereich des rechten Rippenbogens berichtet, nachdem sie drei Wochen zuvor eine Hustenattacke erlitten habe. Zusätzlich habe sie über starke Beschwerden im Bereich des rechten Hüftgelenks berichtet. Am 12. März 2018 fand eine Infiltration an der rechten Hüfte statt (IV-act. 242); bereits 15 Minuten nach der Infiltration habe sich ein weitgehender Beschwerderückgang gezeigt, was für eine intraartikuläre Schmerzursache gesprochen habe. Am 19. April 2018 hielt Dr. O. ___ fest (IV-act. 244-3), klinisch und radiologisch zeige sich nur eine geringe Chondropathie des rechten Hüftgelenks. Die ausgeprägte Beschwerdesymptomatik der Versicherten sei dadurch nicht erklärbar. Dr. E. ___ gab im Juni 2018 (IV-act. 249) im Wesentlichen gleichbleibende Diagnosen an; es lägen chronische Verhältnisse vor. Die Versicherte



sei seit dem August 2007 auf dem ersten Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig. Die RAD-Ärztin Dr. K.____ notierte am 30. August 2018 (IV-act. 250), aus medizinischer Sicht sei eine Verlaufsbeurteilung durch das ZMB indiziert.

A.k. Am 20. November 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 252), dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Verlaufsuntersuchung notwendig sei. Am 10. Februar 2020 erstatteten die Sachverständigen des ZMB ihre Verlaufsbeurteilung in den Fachgebieten Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Rheumatologie (IV-act. 289). Die Sachverständigen gaben an, die Versicherte leide mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an folgenden Krankheiten: Somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere Episode, Störungen durch Sedativa und Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, Störungen durch Opiode, gegenwärtiger Gebrauch, chronisches lumbovertebrogenes Syndrom mit belastungsabhängig symptomatischer lumbosakraler Facettenarthrosen sowie ISG-Symptomatik ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik (bei Fehlstatik, muskulärer Insuffizienz/ Dysbalance sowie Adipositas, einem Status nach mikrochirurgischer Dekompression mit mikrochirurgischer Diskektomie L4/5, ventraler intercorporeller Spondylodese L4/5 mit Cage, autologem Knochen sowie Tutoplast-Chips, dorsaler Spondylodese mit Pedikelschraubenstabsystem L4 auf L5 beidseits mit etwa 90%iger Reposition, rechts dorsolateraler autologer Knochenchipsanlagerung bei Spondylolisthesis L4/5 und massiven Instabilitätsbeschwerden und Rx 18.12.2019: regelrechter Status nach Spondylodese L4/5, geringe persistierende ventrale Olisthesis, Facettenarthrose L5/S1, Hyperlordose, geringe Seitenausweichung der LWS). Die Sachverständigen erhoben folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach endoprothetischer Versorgung der rechten Hüfte am 16.01.2019 mit uneingeschränkter Funktion, Belastungsschmerzangabe und operativer Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis (Hüfte röntgenologisch unauffällig [18.12.2019]), Chondromalazie linkes Kniegelenk mit belastungsabhängiger Schmerzhaftigkeit bei regulärer Beweglichkeit, Status nach Arthroskopie, anterolateraler Meniskusteilentfernung, Chondropathie Grad I-II, Rx 18.12.2019: Minime medialeseitige Gelenkspaltverschmälerung und FPA-Zeichen) chronisches Schulter Syndrom rechts



mit leichter Bewegungseinschränkung und leicht verminderter Kraft der schulterführenden Muskulatur (bei einem Status nach Arthroskopie am 13.08.2013, subacromialer Dekompression, Bursektomie, Labrumteilresektion bei SLAP-Läsion II mit Plastik bei Supraspinatussehnenruptur, einem Status nach Arthroskopie am 21.11.2017, Refixation SLAP-Läsion und mittleres glenohumerales Ligament, Bursektomie subacromial, ventrale Acromioplastik, Rx 18.12.2019: Stufenbildung im ACG, geringe Osteophytenbildung), chronisches cervikovertebrogenes Syndrom mit geringer Bewegungseinschränkung der HWS, myofasciales Schmerzsyndrom und leicht aktivierter cervikothorakaler Facettenarthrose ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik (bei Rx 18.12.2019: Facettenarthrose cervikothorakal, darüber geringgradige degenerative Veränderungen), Heberden- und Bouchard-Arthrose leichten Grades beidseits ohne Funktionsbeeinträchtigung, Epicondylopathia radialis rechts mit Restsymptomatik (bei einem Status nach Operation nach Wilhelm 20.04.2011), polyglanduläres Autoimmunsyndrom Typ II (mit Vitiligo, Status nach Autoimmun-Thyreoiditis mit aktuell substituierter Hypothyreose, Antikörper gegen Intrinsic-Faktor), Übergewicht (BMI 29), Schwindelangaben. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gaben die Sachverständigen folgendes an: Aus internistischer Sicht bestünden keine funktionellen Auswirkungen. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht bestehe ein Zustand nach mehreren Operationen am Bewegungsapparat, die insgesamt alle als zufriedenstellend in ihrem Resultat eingestuft werden könnten. Bezüglich der Situation am Bewegungsapparat bestehe eine funktionelle Einschränkung bei regelmässigem Bücken, beim Tragen von Lasten über 5kg und bei Arbeiten über Schulterhöhe. Eine Arbeit müsse daher den Wechsel der Positionen, d.h. abwechslungsweise sitzen, stehen und gehen, ermöglichen. Bezüglich der psychiatrischen Einschränkungen könne aufgrund der sehr niedrigen Medikamentenspiegel sowohl der Antidepressiva wie auch der Schmerzmedikamente darauf geschlossen werden, dass die Versicherte weder eine potentiell wirksame Medikation ihrer Depression noch ihrer Schmerzverarbeitungsstörung einnehme. Auch könne angesichts der objektiv gemessenen Medikamentenspiegel eine Opioid- und Benzodiazepinabhängigkeit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Rein klinisch bestünden aus psychiatrischer Sicht nur wenige Einschränkungen. Subjektiv habe die Versicherte eine starke Schmerzproblematik geäussert; die Versicherte richte ihren Lebensunterhalt



ganz darauf aus. Diskrepanz hierzu sei wiederum der niedrige Medikamentenspiegel. Aufgrund der Schmerzproblematik sei die psychische Funktionsfähigkeit der Versicherten eingeschränkt. Insbesondere bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben fänden sich mittelgradige Einschränkungen, indem die Versicherte ausschliesslich auf ihre momentane Befindlichkeit Rücksicht nehmen. Subjektiv seien aufgrund der Schmerzen schwere Einschränkungen in der Umstellungs- und Durchhaltefähigkeit, in der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sowie in der Flexibilität vorhanden. Subjektiv habe die Versicherte auch von kognitiven Einschränkungen, Merkfähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen berichtet; diese Einschränkungen könne sie jedoch begrenzen, indem sie sich Dinge aufschreibe. Somit sei aus psychiatrischer Sicht eine insgesamt leichte bis mittelschwere Einschränkung gegeben. Bezüglich der Konsistenzprüfung führten die Gutachter aus, in den somatischen Untersuchungen habe sich das Ausmass der Beschwerden nicht durch objektive Befunde erklären lassen. Allerdings sei keine bewusste Aggravation oder Simulation gegeben; vielmehr handle es sich einerseits um ein psychosomatisches Geschehen und andererseits um eine Verdeutlichung, die bei einer Begutachtung regelmässig vorkomme. Die Angaben bezüglich der verordneten und der tatsächlich eingenommenen Medikation variere sehr stark. Hier könne von einer bewussten Übertreibung ausgegangen werden. Damit könne davon ausgegangen werden, dass das Ausmass der geschilderten Schmerzen nicht den erlebten Schmerzen entspreche. Hier bestehe eine deutliche Inkonsistenz. Im letzten ZMB-Gutachten sei als bisherige Tätigkeit die Charcuterie-Verkäuferin genannt worden. Die Versicherte habe aber berichtet, dass sie vor allem im Lager einer Metzgerei gearbeitet habe und dort schwere Lasten bis zu 25kg habe tragen müssen. Eine solche Tätigkeit sei nicht mehr möglich, womit in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit ergebe sich seit 2016 aus der Summe der Belastungen und der Eingriffe am Bewegungsapparat, die seit 2016 stattgefunden hätten. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten die Sachverständigen aus, aus orthopädischer Sicht seien teils sitzende, teils stehende Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen für die Versicherte, bezogen auf die gegenwärtige rheumatologische Statuserhebung, weitgehend möglich. Schmerzbedingt und infolge der Einhaltung von Pausen sei der Versicherten eine Einschränkung des Rendements ab Gutachten von 30% zu gewähren. Retrospektiv



könnten rein aktenmässig keine neuen Angaben zur Arbeitsfähigkeit ab dem ZMB-Gutachten von 2016 gemacht werden. Seither hätten vier weitere orthopädische Operationen stattgefunden, die zu einer aktuellen residuellen Einschränkung des Rendements von 30% geführt hätten. Die Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit aus dem ZMB-Gutachten vom 14.03.2016 hätten daher keine Gültigkeit mehr. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Verminderung des Rendements. Diese Verminderung sei teils der Schmerzproblematik mit vermehrtem Pausenbedarf, teil der psychiatrischen Problematik im engeren Sinne, d.h. den rezidivierenden depressiven Phasen und der psychosomatischen Entwicklung, geschuldet. Die Annahme, dass auch die eingenommenen Medikamente die Leistungsfähigkeit beeinträchtigten, könne nach der Objektivierung der Medikamentenspiegel fallengelassen werden. Die Einschränkungen führten ebenfalls zu einer Effizienzverminderung, d.h. bei der Tätigkeit ergebe sich eine Verlangsamung, ein grösserer Pausenbedarf und eine längere Erholungszeit. Die Einschränkungen in der angepassten Tätigkeit gälten auch für die angestammte Tätigkeit. Insgesamt, d.h. somatisch und psychisch, seien die Einschränkungen jedoch nicht höher als 30% zu beziffern. Seit der letzten ZMB-Begutachtung (im März 2016) seien vier Operationen am Bewegungsapparat durchgeführt worden, weshalb sich eine Änderung der Einschätzung in Bezug auf die angestammte Tätigkeit ergeben habe; diese sei wie dargelegt nicht mehr möglich. Ausserdem habe sich das damals schon als eingeschränkt bezeichnete Rendement um weitere 10% verringert; die damals angegebene Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 20% für eine angepasste Tätigkeit sei aufgrund der erfolgten Eingriffe neu auf 30% festzusetzen. Dem orthopädischen Fachgutachten ist allerdings bezüglich der angepassten Tätigkeit zu entnehmen, dass eine leichte Tätigkeit (im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen ohne regelmässiges Bücken, Tragen von Lasten über 5kg und Arbeiten über Schulterhöhe) nur halbtags möglich sei. Die RAD-Ärztin Dr. K.____ hielt am 20. Februar 2020 fest (IV-act. 291), auf das ZMB-Verlaufsgutachten könne abgestellt werden.

A.I. Mit einem Vorbescheid vom 8. April 2020 kündigte die IV-Stelle der Versicherten aufgrund eines IV-Grades von 32% die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 292). Am 26. Mai 2020 liess die Versicherte Einwand erheben (IV-act. 295); sie beantragte die Aufhebung des Vorbescheids, die Einholung eines interdisziplinären



Obergutachtens, das Ausbleiben der Übergabe des Observationsberichts der Sphinx Investigation GmbH vom 1. Oktober 2009 an die Gutachter, die Anordnung beruflicher Massnahmen und subeventualiter die Zusprache mindestens einer halben Rente. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, auf den im Gutachten festgehaltenen Medikamentenspiegel dürfe nicht abgestellt werden; die Annahme eines zu tiefen Medikamentenspiegels sei nicht korrekt. Dem Einwand legte sie unter anderem einen Bericht von Dr. E.____ vom 29. April 2020 bei (IV-act. 295-19). Dr. E.____ hatte folgende Diagnosen erhoben: Rezidivierende ängstlich-depressive Störung, mittelschwerer bis periodisch schwerer Ausprägung mit somatischem Syndrom, Panikstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach chronischem Schmerzsyndrom, Störung durch Sedativa, Hypnotika und Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch, andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die wirtschaftliche Lage, die soziale Umgebung und andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis. Sie hatte angegeben, es bestünden weitgehend chronische Verhältnisse; die Versicherte sei auf dem ersten Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig. Am 7. Juli 2020 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 297). Bezüglich der Rüge wegen des Medikamentenspiegels verwies sie auf die RAD-Stellungnahme vom 6. Juli 2020, worin die RAD-Ärztin ausführte, dass infolge teils erhöhter Werte ein schneller Abbau der Medikamente ausgeschlossen werden könne und die von der Versicherten eingereichten Leberwerte unvollständig und damit nicht verwertbar seien (IV-act. 300).

B.

B.a. Am 4. September 2020 liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 7. Juli 2020 erheben (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Einholung eines Obergutachtens. Eventualiter sei die Sache zwecks Einholung eines Obergutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen und der Observationsbericht der Sphinx Investigation GmbH vom 1. Oktober 2009 sei den Gutachtern für die Erstellung des Gutachtens nicht zu übergeben. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien mindestens eine halbe Rente zuzusprechen und berufliche Massnahmen zu gewähren. Sie wiederholte im Wesentlichen das bisher Vorgebrachte.



B.b. In einer Beschwerdeantwort vom 4. November 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

B.c. In einer Replik vom 3. Dezember 2020 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (act. G 9).

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 12).

B.e. Am 19. Oktober 2021 (act. G 13) ersuchte das Versicherungsgericht die ZMB-Sachverständigen, zu noch offenen Fragen/Unklarheiten Stellung zu nehmen. Insbesondere sei zu erläutern, wie sich der Widerspruch einer möglichen halbtägigen Präsenzzeit (also 50% Arbeitsfähigkeit) im orthopädischen Teilgutachten mit der interdisziplinären Beurteilung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten erklären lasse, ob sich die Aussage, dass die "Arbeitsfähigkeitsschätzung aus dem ZMB-Gutachten vom 14. März 2016 aus somatischer Sicht keine Gültigkeit mehr" habe, nur auf den Zeitraum von der ersten ZMB-Begutachtung bis zur Verlaufsbegutachtung beziehe, wie hoch die Arbeitsunfähigkeiten nach den erwähnten Operationen (Punkt 8.2 S. 59) jeweils gewesen seien bzw. wie lange diese jeweils andauert hätten und ob es sich im Gutachten auf S. 14, unter Punkt 4.8, einleitend um einen Verschieb bei "orthopädischer Sicht" handle und es korrekterweise "aus rheumatologischer Sicht" heissen müsse.

B.f. Am 12. November 2021 teilte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit (act. G 14), die Beschwerdeführerin sei am 20. Oktober 2021 zum dritten Mal an der rechten Schulter operiert worden. Er reichte einen Austrittsbericht vom 2. November 2021 (act. G 14.1) und einen Operationsbericht vom 20. Oktober 2021 (act. G 14.2) ein. Im Austrittsbericht vermerkte die Fachperson einen problemlosen peri- und postoperativen Verlauf.

B.g. Am 20. Dezember 2021 nahm das ZMB Stellung zum Schreiben des Versicherungsgerichts vom 19. Oktober 2021 (act. G 16). Es gab an, die interdisziplinäre Beurteilung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten sei korrekt; die im orthopädischen Teilgutachten angegebenen 50% seien im Nachgang zur interdisziplinären Diskussion nicht korrigiert worden. Die



Arbeitsfähigkeitsschätzung des ersten ZMB-Gutachtens vom 14. März 2016 habe ab März 2016 bis zum Verlaufsgutachten vom Februar 2020 keine Gültigkeit. Infolge der durchgeführten Operationen gaben die Gutachter folgende volle Arbeitsunfähigkeiten an: ab 31. Oktober 2016 für rund drei Monate, ab 10. Mai 2017 für rund einen Monat, ab 21. November 2017 für rund sechs Wochen und ab 16. Januar 2019 für rund sechs Wochen. Bei der interdisziplinären Beurteilung sei es korrekt, dass ein Tippfehler unterlaufen sei; korrekt müsse es "aus rheumatologischer Sicht" heissen.

B.h. Am 18. Januar 2022 wandte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein (act. G 18), die Stellungnahme des ZMB sei ein untauglicher Rechtfertigungsversuch; darauf könne nicht abgestellt werden.

B.i. Die Beschwerdegegnerin äusserte am 24. Januar 2022 (act. G 19), die Operation vom 20. Oktober 2021 sei lange nach dem Verfügungserlass erfolgt. Die Akten dazu belegten denn auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Erwägungen

1.

Die Beschwerdeführerin hat sich im Mai 2008 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Gemäss der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung des Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Demnach könnte die Beschwerdeführerin frühestens ab 1. November 2008 einen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen. Laut einer (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsregelung (vgl. das IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 des Bundesamtes für Sozialversicherungen) ist die altrechtliche, am 31. Dezember 2007 ausser Kraft getretene Regelung der Entstehung des Rentenanspruchs aber weiter anwendbar, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist und die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 (gemäss BGE 138 V 475 ff. Erw. 3.4: bis 30. Juni 2008) eingereicht wird. In einem solchen Fall gilt gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente mit der Erfüllung des sogenannten Wartejahrs entsteht. Gemäss aArt. 48 Abs. 2 IVG ist die Nachzahlung allerdings auf die zwölf der Anmeldung vorausgehenden Monate beschränkt. Ist die Anmeldung also beispielsweise achtzehn Monate nach der Erfüllung des Wartejahres und damit nach



der Entstehung des Rentenanspruchs entstanden, ist der Anspruch auf eine Nachzahlung für die ersten sechs Monate verwirkt. Unter Berücksichtigung dieser zwölfmonatigen Verwirkungsfrist für Rentennachzahlungen kann die Beschwerdeführerin frühestens ab 1. Mai 2007 einen Anspruch auf die Auszahlung einer Invalidenrente begründen. Massgebend für die Anwendbarkeit dieser Übergangsregelung ist der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, d.h. der Zeitpunkt der Erfüllung des Wartejahres. Gemäss den überzeugenden ZMB-Gutachten vom 14. März 2016 und 10. Februar 2020 (vgl. dazu nachfolgend Erw. 4) ist der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit (welche für die Berechnung des Wartejahres massgebend ist) bis zum März 2016 zu 80% möglich gewesen. Erst ab dem März 2016 ist dann eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eingetreten. Der Versicherungsfall ist damit erst nach dem 1. Januar 2018 eingetreten, womit die neurechtliche Regelung zur Anwendung kommt. Unter Berücksichtigung des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und der sechsmonatigen Frist nach Art. 29 Abs. 2 IVG ist der potentielle Rentenbeginn daher auf den März 2017 festzusetzen. Basis für einen Einkommensvergleich bilden somit die Verhältnisse im Jahr 2017.

2.

Mit der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2020 hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen. Da das Beschwerdeverfahren die Prüfung der Rechtmässigkeit dieser Verfügung zum Ziel hat, muss es sich auf den in der Verfügung enthaltenen Gegenstand beschränken. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung festgehalten, die Beschwerdeführerin habe als Hilfsarbeiterin keinen Anspruch auf befähigende berufliche Massnahmen. Es könne also ohne vorgängige Massnahmen über den Rentenanspruch entschieden werden. Die Formulierung in der Verfügung bezieht sich damit klar auf den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" und nicht auf einen Anspruch auf berufliche Massnahmen an sich. Der gesetzlich vorgeschriebene Eingliederungsgrundsatz beinhaltet lediglich das Gebot, dass eine Invalidenrente erst und nur dann zugesprochen werden darf, wenn die beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Falls bereits vor der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht, kann der Rentenentscheid unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen gefällt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2021, 8C_204/2021, E. 4.2.2 mit Hinweisen), da diesen von vornherein eine rentenrelevante Eingliederungswirkung fehlt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2021, IV 2020/189, Erw. 4.1). Die angefochtene Verfügung ist deshalb so zu interpretieren, dass kein Anwendungsfall der Eingliederung vor Rente vorliegt. Die beruflichen Massnahmen an sich bilden somit



nicht Bestandteil der angefochtenen Verfügung. Folglich ist nur zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Auf den Antrag um die Zusprache von beruflichen Massnahmen kann daher nicht eingetreten werden.

3.

3.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

4.

Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerde unter anderem sinngemäss gerügt, dass der Observationsbericht der Sphinx Investigation GmbH vom 1. Oktober 2009 den Gutachtern zur Verfügung gestanden hat. Der Observationsbericht der Sphinx Investigation GmbH vom 1. Oktober 2009 ist von der Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht in den Akten belassen und damit auch den Gutachtern zur Verfügung gestellt worden. Das Bundesgericht hat nämlich in seinem Entscheid vom 11. November 2011 festgehalten (BGer 8C_272/2011; IV-act. 133), dass die Beweismittelerhebung mittels der Observation rechtmässig erfolgt und damit verwertbar sei. Dieser Entscheid ist auch für das vorliegende Verfahren verbindlich, denn das vorliegende



Beschwerdeverfahren ist die Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens, für welches das Bundesgericht am 11. November 2011 die Berücksichtigung des Ergebnisses der Observation angeordnet hat. Auf den Antrag, den Gutachtern den Observationsbericht nicht zu übergeben, kann daher nicht eingetreten werden.

5.

5.1. Für die Ermittlung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens kommt den Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit in der Regel eine zentrale Rolle zu. Zur Abklärung des Gesundheitszustandes für den gesamten relevanten Zeitraum hat die Beschwerdegegnerin mehrere Gutachten eingeholt. Auf das MEDAS-Gutachten vom 20. Februar 2009 hat gemäss dem Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 3. März 2011 (IV 2010/218) nicht abgestellt werden können. Infolge dessen ist bei der SMAB AG ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben worden, welches am 19. Oktober 2012 ausgefertigt worden ist. Auch auf dieses Gutachten der SMAB AG kann aber nicht abgestellt werden. Gemäss den Vorakten neigt die Beschwerdeführerin nämlich zu einer Symptomverdeutlichung und sie weist Aggravationstendenzen auf. Der psychiatrische SMAB-Gutachter hat in seinem Teilgutachten festgehalten (IV-act. 147-35), die aktuelle Untersuchung zeige nur eine eher leicht depressiv getönte Stimmungslage. Zusammen mit den anamnestischen Angaben könne aber darauf geschlossen werden, dass tatsächlich ein leicht- bis mittelgradige Ausprägung der depressiven Episode mit entsprechender Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin im Alltag bestehe. Der psychiatrische Sachverständige hat damit auf die im Rahmen der Anamneseerhebung erhobenen subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt, obwohl aus den Akten hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin Verdeutlichungstendenzen aufweist. Der psychiatrische Gutachter hätte deshalb die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin kritisch würdigen und eine Symptomvalidierung durchführen müssen, was er unterlassen hat. Er hat lediglich vermerkt, Aggravationstendenzen seien nicht erkenntlich gewesen. Der psychiatrische SMAB-Sachverständige hat in seinem Teilgutachten festgehalten, dass eine Verweistätigkeit noch zu 50% zumutbar sei; die Einschränkung sei vor allem auf die affektive Störung zurückzuführen. Erläuterungen dazu fehlen. Um die angegebene Arbeitsfähigkeit von 50% für Verweistätigkeiten nachvollziehbar zu machen, wäre es notwendig gewesen, die Differenz zwischen der Schwere der diagnostizierten Depression (welche als eher leicht angegeben wird) und der Höhe der Arbeitsunfähigkeit von 50% detailliert und überzeugend zu begründen. Diese Differenz ist nämlich anhand der Ausführungen des psychiatrischen SMAB-Gutachters nicht



nachvollziehbar, da aufgrund der gestellten Diagnose für einen medizinischen Laien eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre. Folglich hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben, da das SMAB-Gutachten nicht verwertbar gewesen ist. Am 14. März 2016 hat die ZMB ihr (erstes) Gutachten erstattet. Am 1. Juli 2019 (IV-act. 274) hat die Beschwerdegegnerin bei der ZMB ein Verlaufsgutachten in Auftrag gegeben, mit der Begründung, dass das erste Gutachten der ZMB nun mehr als zwei Jahre zurückliege, dass der Eingriff an der Wirbelsäule zu einer Zunahme der Mindestbelastbarkeit des Achsenskeletts geführt habe könnte und dass aus psychiatrischer Sicht (infolge der rezidivierenden ängstlich-depressiven Störung) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes möglich sei, wobei dies aus dem Bericht vom 22. Juni 2018 (IV-act. 249) nicht konkret hervorgehe. Aus medizinischer Sicht sei deshalb die Durchführung eine Verlaufsbeurteilung angezeigt. Im ersten Gutachten der ZMB vom März 2016 haben die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 80% ab 2007 angegeben (IV-act. 206-56 f.). Diese Einschätzung hat gemäss dem zweiten ZMB-Gutachten vom Februar 2020 und der Stellungnahme des ZMB vom 20. Dezember 2021 bis zum 14. März 2016 Gültigkeit gehabt. Im zweiten ZMB-Gutachten haben die Sachverständigen ab ihrer ersten Begutachtung (also ab dem 14. März 2016) eine volle Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin und eine 70% Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten angegeben. Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die in den ZMB-Gutachten angegebene Arbeitsfähigkeit je mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt ist.

5.2. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a).

5.3. Die ZMB-Sachverständigen haben in beiden Gutachten den Anlass der Begutachtung umschrieben. Sämtliche Akten der Beschwerdegegnerin mit den darin enthaltenen medizinischen Berichten haben den Sachverständigen der ZMB zur Verfügung gestanden. Die Sachverständigen haben diese medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt, die von ihnen während ihrer Untersuchung erhobenen objektiven klinischen Befunde anschaulich und vollständig dargelegt und die subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin umfassend wiedergegeben. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass sie eine wesentliche medizinische Tatsache übersehen oder versehentlich ignoriert hätten. Der für ihre Beurteilung massgebende medizinische



Sachverhalt ist ihnen also vollumfänglich bekannt gewesen. Sie haben ihre versicherungsmedizinische Beurteilung detailliert begründet. Die ermittelten Funktionseinschränkungen und gestellten Diagnosen sind nachvollziehbar gewesen. Weiter haben die Gutachter eine Konsistenzprüfung vorgenommen und Diskrepanzen/Verdeutlichungstendenzen aufgezeigt. Insbesondere sind in beiden Gutachten Diskrepanzen zwischen der angegebenen Medikamentendosierung und dem gemessenen Medikamentenspiegel umschrieben worden. Daraus haben sie die nachvollziehbare Schlussfolgerung gezogen, dass das Ausmass der geschilderten Schmerzen nicht den erlebten Schmerzen entspreche. Abschliessend haben die Sachverständigen eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit abgegeben. Die beiden ZMB-Gutachten sind im Sinne der Rechtsprechung (BGE 125 V 351) inhaltlich vollständig und umfassend. Im ersten ZMB-Gutachten vom 14. März 2016 (IV-act. 206) basiert die 20% Arbeitsunfähigkeit insbesondere auf den rheumatologisch bedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin. Die psychiatrische Hauptdiagnose ist aufgrund der weitgehenden Überwindbarkeit der Beschwerden nur geringgradig an der Arbeitsfähigkeitsbemessung beteiligt gewesen. Die Gutachter haben ausgeführt, dass die 20%ige Einschränkung insbesondere auf den vermehrten Pausenbedarf zurückzuführen sei. Die interdisziplinär abgegebene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist damit überzeugend begründet, nachvollziehbar, mit den Teilgutachten vereinbar und widerspruchsfrei. Im zweiten ZMB-Gutachten vom 10. Februar 2020 (IV-act. 289) ist interdisziplinär eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit angegeben worden (IV-act. 289-14), wohingegen im orthopädischen Teilgutachten (IV-act. 289-47) vermerkt worden ist, der Beschwerdeführerin seien leichte Tätigkeiten nur noch halbtags (also zu 50%) möglich. Auf Rückfrage des Versicherungsgerichts vom 19. Oktober 2021 haben die Sachverständigen diesen Widerspruch bezüglich der adaptierten Arbeitsfähigkeit aufgelöst und ausgeführt, eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten sei korrekt. Die Angabe einer "halbtags" möglichen Arbeitsfähigkeit im orthopädischen Gutachten sei im Nachgang zur interdisziplinären Besprechung versehentlich nicht korrigiert worden. Auch haben die Sachverständigen ausgeführt, dass im ersten Abschnitt der interdisziplinären Beurteilung der adaptierten Arbeitsfähigkeit auf S. 14 die "rheumatologische Sicht" und nicht die "orthopädische" Sicht wiedergegeben werde. Aufgrund der Formulierung im zweiten ZMB-Gutachten vom 10. Februar 2020 ist nicht klar gewesen, ab wann die neue Arbeitsfähigkeitsschätzung (Arbeitsunfähigkeit von 30%) für adaptierte Tätigkeiten hat gelten bzw. ab wann die Einschätzung im Gutachten vom 14. März 2016 keine Gültigkeit mehr hat haben sollen. Hierzu haben die Sachverständigen ausgeführt, die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ersten ZMB-Gutachtens vom 14. März 2016 habe



(infolge der notwendig gewordenen Operationen) seit März 2016 keine Gültigkeit mehr. Ausserdem hätten die durchgeführten Operationen folgende volle Arbeitsunfähigkeiten für sämtliche Tätigkeiten zur Folge gehabt: ab 31. Oktober 2016 für rund drei Monate, ab 10. Mai 2017 für rund einen Monat, ab 21. November 2017 für rund sechs Wochen und ab 16. Januar 2019 für rund sechs Wochen. Die ZMB-Sachverständigen haben überzeugend dargelegt, dass seit der letzten Begutachtung aufgrund des um weitere 10% verringerten Rendements von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen sei. Sie haben dazu ausgeführt, dass sich dies insbesondere als Effizienzminderung auswirke; bei der Beschwerdeführerin komme es daher zu Verlangsamungen und sie benötige vermehrte Pausen sowie längere Erholungszeiten. Nach der Klärung dieser Widersprüche und Unklarheiten ist damit auch das zweite ZMB-Gutachten vom 10. Februar 2020 nachvollziehbar und frei von Widersprüchen.

5.4. Zu prüfen bleibt, ob die Einwendungen der Beschwerdeführerin berechnigte Zweifel an den beiden ZMB-Gutachten wecken.

5.4.1. Die ZMB-Gutachten halten der Prüfung anhand des strukturierten Beweisverfahrens des Bundesgerichts stand (Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015). Die Beschwerdeführerin hat angegeben, dass sich die Gutachterstelle nicht mit dem darin geschaffenen "Kriterienkatalog" auseinandergesetzt habe. Sie hat dazu vorgebracht, dass die beiden ZMB-Gutachten nicht bzw. zu wenig auf das vorangehende Gutachten der SMAB AG eingegangen seien. Da wie oben ausgeführt ohnehin nicht auf das Gutachten der SMAB AG abgestellt werden kann, kann vorliegend offenbleiben, ob in den ZMB-Gutachten genügend auf das Gutachten der SMAB AG eingegangen worden ist.

5.4.2. Eine Vorbefassung des psychiatrischen ZMB-Gutachters und auch der übrigen Gutachter bei der zweiten Begutachtung hat die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht überzeugend begründen können. Sie hat nämlich lediglich moniert, der psychiatrische Gutachter sei bei der Verlaufsbeurteilung vorbefasst gewesen, da er bereits bei der ersten ZMB-Begutachtung mitgewirkt habe. Eine Verlaufsbeurteilung bei der gleichen Gutachterstelle bzw. gleichen Gutachtern begründet noch keine Voreingenommenheit der Gutachter. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Gutachterstelle, die bereits das Erstgutachten erstattet hat, sogar zur Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit und der Entwicklung des Gesundheitszustands seit der Erstbeurteilung im Vergleich mit noch nicht mit dem Fall einer versicherten Person befassten Gutachterstellen prädestiniert (Urteil des



Bundesgerichts vom 14. September 2009, 9C_273/2009, E. 4.3; vgl. auch BGE 132 V 110 E. 7.2.2). Hinzu kommt, dass aus den Akten über die Vorbefassung im Rahmen der Erstbegutachtung hinaus keine Hinweise auf ein voreingenommenes oder sonstwie sachfremdes Verhalten der ZMB-Gutachter hervorgehen. Die Kritik der Beschwerdeführerin ist nicht geeignet, den Anschein der Befangenheit der ZMB-Sachverständigen bei der Verlaufsbegutachtung zu begründen, da sich diese nicht zur Beweiskraft des Erstgutachtens zu äussern, sondern nur die danach eingetretene Sachverhaltsentwicklung beurteilt haben.

5.4.3. Weiter hat die Beschwerdeführerin vorgebracht, auf die Schlussfolgerung der ZMB-Gutachter, aufgrund des gemessenen Serumspiegels müsse von einer nicht korrekten bzw. nicht der Verordnung entsprechenden Medikamenteneinnahme ausgegangen werden, könne nicht abgestellt werden. In einer Stellungnahme vom 6. Juli 2020 hat die RAD-Ärztin überzeugend dargelegt (IV-act. 300), dass die Einwände der Beschwerdeführerin keine Zweifel an der Schlussfolgerung der Gutachter weckten. Insbesondere seien alle Werte bis auf Pregabalin und Oxycodon (Opioid) deutlich unterhalb des therapeutisch wirksamen Bereichs gewesen. Der Spiegel des Pregabalin sei deutlich erhöht gewesen, was einen von der Beschwerdeführerin behaupteten zu schnellen Abbau der Medikamente ausschliesse. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Leberwerte seien zudem unvollständig, womit deren Beurteilung nicht vorgenommen werden könne. Eine erneute Bestimmung des Medikamentenspiegels sei nicht zielführend, da dies nichts zur Klärung der Frage nach dem Sachverhalt zum Zeitpunkt der Begutachtung beitragen könne.

5.5. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass seit dem Jahre 2007 (Aufgabe der Berufstätigkeit) bis zum März 2016 die bisherige Tätigkeit als Charcuterie-Verkäuferin und adaptierte Tätigkeiten zu 80% möglich gewesen sind und dass ab März 2016 die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich gewesen ist, eine adaptierte Tätigkeit aber noch zu 70% hat ausgeübt werden können. Die diversen Operationen haben nie zu einer längeren (also einer länger als sechs Monate dauernden) Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit geführt, sondern nur kurze Phasen einer relevanten Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt (vgl. IV-act. 206-58 und act. G 16).

6.

Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsbildung absolviert. Sie ist zuletzt als Verkäuferin in der Metzgerei eines Grossverteilers tätig gewesen und hat dabei einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterinnenlohn erzielt. Bei der Ausübung der früheren Erwerbstätigkeiten (Verkäuferin) hat die Beschwerdeführerin keine qualifizierten



Berufskennnisse erworben. Die Validenkarriere der Beschwerdeführerin besteht also in der Verrichtung von Hilfsarbeiten. Die Akten enthalten keine Hinweise auf eine (erheblich) über- oder unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung. Die Validenkarriere besteht deshalb in der Ausübung einer durchschnittlich entlöhnten Hilfsarbeit. Auch die Invalidenkarriere besteht in der (zumutbaren) Verrichtung einer solchen Hilfsarbeit. Da sowohl die Validen- als auch die Invalidenkarriere in der Verrichtung einer durchschnittlich entlöhnten Hilfsarbeiterinnenstätigkeit besteht und damit der Ausgangswert des zumutbaren Invalideneinkommens dem Valideneinkommen entspricht, kann der Betrag dieser beiden identischen Vergleichsgrössen bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist folglich mittels eines sogenannten Prozentvergleichs zur ermitteln. Er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen zusätzlichen, dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug. Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30% zusätzliche Lohnnachteile erleiden würde. Da die betriebswirtschaftlichen Nachteile bei einem hohen Arbeitsfähigkeitsgrad praktisch vernachlässigbar sind, rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher Abzug. Ab dem März 2017 (pot. Rentenbeginn) ergibt sich damit ein IV-Grad von höchstens 30%, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

6.1. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente verneint; die Beschwerde ist daher abzuweisen.

7.

7.1. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Die Gerichtskosten sind angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

7.2. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. Dem infolge des grossen Aktenumfangs (insbesondere Aktenstudium und Würdigung vier



polydisziplinärer Gutachten) überdurchschnittlichen Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 5'000.--. 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. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

7.3. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP SG [sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Auf das Begehren um die Zusprache von beruflichen Massnahmen wird nicht eingetreten.
2. Auf das Begehren, den Observationsbericht vom 1. Oktober 2009 den Gutachtern nicht zur Verfügung zu stellen, wird nicht eingetreten.
3. Das Begehren um die Zusprache einer Invalidenrente wird abgewiesen.
4. Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- befreit.
5. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).