



**Fall-Nr.:** IV 2014/527  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.12.2019  
**Entscheiddatum:** 15.06.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.06.2017**

**Art. 28 IVG, Art. 43 Abs. 1 ATSG Der medizinische Sachverhalt ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, da sowohl die psychiatrische als auch die rheumatologische Beurteilung ungenügend begründet ist. Zudem ist die Anamnese im psychiatrischen Gutachten aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten fehlerhaft gewesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2017, IV 2014/527). Entscheid vom 15. Juni 2017 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annemarie Haase Geschäftsnr. IV 2014/527 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Max Imfeld, Grand & Nisple Rechtsanwälte, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt**

Entscheid Versicherungsgericht, 15.06.2017

A.

A.a A.\_\_\_ meldete sich am 22. Mai 2008 bei der IV-Stelle St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an. Im Anmeldeformular gab sie an, vom 27. August bis 26. September 2007 wegen ihrer Diskushernie zur Rehabilitation in der Klinik Valens und vom 14. bis 18. April 2008 im Spital B.\_\_\_ gewesen zu sein. Seit 1981 sei sie als Näherin bei der C.\_\_\_ AG in St. Gallen tätig (IV-act. 2, 4, 27 S. 5 ff.). Die C.\_\_\_ AG berichtete am 2. Juni 2008, die Versicherte arbeite wöchentlich 42,5 h als Näherin und Verpackerin von Kompressionsstrümpfen für einen Lohn von jährlich Fr. 49'075.-- (IV-act. 17).

A.b Am 23. Juli 2008 beauftragte die IV-Stelle Dr. med. D.\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, mit der Begutachtung der Versicherten (IV-act. 25).



## St.Galler Gerichte

In seinem Gutachten vom 2. Oktober 2008 hielt Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bds. (ICD-10 M54.4) bei/mit degenerativen Veränderungen der LWS, Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform, mehrsegmentalen Dysfunktionen, ISG Dysfunktion links, muskulärer Dysbalance, Haltungsinsuffizienz bei Deconditionierung, klinische Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts mit leichter Impingementsymptomatik (ICD-10 M75.4) und klinisch beginnende Rhizarthrosen bds. möglich. Er führte aus, Ursache der beschriebenen Blockaden der Hände seien beginnende, jedoch nicht aktivierte Rhizarthrosen, die im derzeitigen Stadium ohne Limitierung der Arbeitsfähigkeit blieben. Die Versicherte sei spätestens ab November 2007 aufgrund der bestehenden Haltungsdefizite in einer Tätigkeit wie der als Näherin nur noch zu 30% arbeitsfähig. In einer den Beschwerden angepassten körperlich leicht belastenden Tätigkeit bestehe aus rein rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 38).

A.c Die C.\_\_\_\_ AG kündigte der Versicherten am 25. November 2008 per Ende Februar 2009 (IV-act. 48, 52). Da die Versicherte angegeben hatte, sich zu 100% arbeitsunfähig zu fühlen, verzichtete die IV-Stelle auf die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 57, 62). Am 15. September 2009 kündigte die Versicherte an, sich einer Rückenoperation unterziehen zu müssen (IV-act. 86, 89). Zudem liess sie durch Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungsmedizin, KSSG, am 29. Januar 2010 einen operativen Eingriff an der Handwurzel des Zeigefingers vornehmen. Eine anschliessende Besserung der Schmerzen an der Hand blieb jedoch aus (IV-act. 94, 100, 107).

A.d Nachdem weitere Arztberichte eingeholt worden waren (IV-act. 102, 104, 112, 120 S. 3, 126), beauftragte die IV-Stelle die Dres. F.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ mit einer bidisziplinären Abklärung der Versicherten (IV-act. 129). Im entsprechenden rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten hielten Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom lumbal, cervicobrachial rechts, carpal rechts, sowie LBH-Bereich bds. rechtsbetont, chronisches lumbospondylogenes Syndrom bds. (ICD-10 M54.4), chronischer Handschmerz rechts (ICD-10 M79.6), beginnende Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts (ICD-10 M75.9)



und depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Dr. D. \_\_\_ erklärte, aus rheumatologischer Sicht sei eine körperlich leicht belastende Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen gehend, sitzend und stehend, ohne Überbelastung der Hände oder Einsatz der oberen Extremitäten im Überkopfbereich und gewichtsbelastet achsenfern, zumutbar. Die Tätigkeit als Näherin könne der Versicherten hingegen wegen der posturalen Belastungen der Hände aktuell und auch künftig nicht mehr zugemutet werden. Dr. G. \_\_\_ hielt fest, dass die psychiatrische Begutachtung zusammen mit einer Dolmetscherin stattgefunden habe. Grundsätzlich sei aufgefallen, dass die Versicherte sehr auf ihre äussere Integrität bedacht und um Haltung bemüht gewesen sei. Diese Fassade habe im Laufe des Gespräches jedoch zu bröckeln begonnen. Der Versicherten könne weder eine Aggravations- noch eine Somatisierungstendenz unterstellt werden. Auch eine Schmerzausweitung i.S. einer somatoformen Schmerzstörung könne derzeit nicht diagnostiziert werden. Aufgrund der verminderten Motivationsfähigkeit bei anhaltenden körperlichen Beschwerden verbunden mit einer erheblichen Adynamie (ICD-10 R53) bei anhaltender Schlafstörung bestehe eine mittelgradige Einschränkung der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit, womit die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei. Die Versicherte habe sich in jedem Fall psychiatrisch behandeln zu lassen, auch wenn fraglich sei, inwiefern sich das Leistungsniveau dadurch steigern lasse. Gesamthaft hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht verbleibe in einer wirbelsäulenadaptierten, die rechte Hand nicht überfordernden Tätigkeit eine 70%ige und aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit, womit die Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 0% und in einer beschwerdeadaptierten Tätigkeit noch zu 60% arbeitsfähig sei (IV-act. 138 f.). Auf Nachfrage des RAD hin erklärte Dr. D. \_\_\_ am 27. Dezember 2011, im Vergleich zum Vorgutachten bestehe neu ein St. n. dekomprimierender Rückenoperation, in dessen Folge lokale Narbenbeschwerden und eine Minderung der Segmentstabilität möglich erschienen. Ausserdem sei am rechten Handgelenk eine Zyste im Bereich des Os trapezoideum aufgefüllt worden, woraufhin sich nun eine carpometacarpale Schmerzsituation entwickelt habe. Diese postoperativen Situationen könnten sowohl die lumbalen Beschwerden wie auch solche im Bereich der rechten Hand organisch nachvollziehbar erklären. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe daher in einer



adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70%, die jedoch aufgrund der psychiatrischen Einschätzung auf 60% zu reduzieren sei (IV-act. 150).

A.e Anfang 2012 wurde die Versicherte erneut an der Handwurzel des Zeigefingers operiert (IV-act. 155, 161) und vom 9. bis 12. Mai 2012 war sie aufgrund einer ischämischen Kolitis (nichtinfektiöse Entzündung des Darmes infolge einer Durchblutungsstörung) linke Flexur bis Sigma im KSSG hospitalisiert (IV-act. 184 S. 7 f.).

A.f Der seit dem 16. November 2012 behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 27. März 2013 fest, die Versicherte leide seit 2011 an einer anhaltenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Die Prognose sei ungünstig, da sich verschlimmernde Begleiterkrankungen, eine psychosoziale Belastungssituation, ein Krankheitsgewinn sowie eine schwache Bildung vorlägen. Die Einschränkungen beständen in einer Verlangsamung, Schmerzhemmung, Konzentrationsstörung, Ermüdbarkeit und Angstzuständen. Die Versicherte habe eine ischämische Kolitis gehabt, aufgrund derer sie sich beeinträchtigt fühle und Angst vor weiteren Verschlechterungen habe. Die psychiatrische Situation habe sich seit der letzten Begutachtung verschlechtert (IV-act. 178, 184). Am 10. August 2013 berichtete Dr. H.\_\_\_ von einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten, so dass nun aufgrund des psychiatrischen Erscheinungsbildes mindestens eine um 50% verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (IV-act. 194). Dr. med. I.\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, erklärte am 14. Oktober 2013, die Versicherte sei seit April 2013 insbesondere wegen der gastrointestinalen Beschwerden, des kardiovaskulären Risikoprofils und des chronischen Schmerzsyndroms bei ihm in Behandlung. Bezogen auf diese Beschwerden hätten sich bislang keine wesentlichen Änderungen ergeben (IV-act. 197).

A.g Am 22. November 2013 beauftragte die IV-Stelle die Academy of Swiss Insurance Medicine, Universitätsspital Basel (asim), mit einer polydisziplinären Abklärung (IV-act. 198, 203). Daraufhin liess die Versicherte am 28. November 2013 bemerken, dass die Anamnese und die psychiatrische Untersuchung aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse durch einen gut Italienisch sprechenden Arzt durchzuführen seien,



## St.Galler Gerichte

damit die Schlussfolgerungen auf einem ungefilterten, direkten Eindruck basieren könnten (IV-act. 200). Noch bevor das Gutachten vorlag, wandte sich die Versicherte am 10. Juli 2014 an die IV-Stelle und liess die erfolgte psychiatrische Begutachtung beanstanden. Sie liess ausführen, dass die psychiatrische Begutachtung unter merklichem Zeitdruck stattgefunden habe, da der begutachtende Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit über einer Stunde Verspätung erschienen sei und die ursprünglich von 10:00 bis 12:00 Uhr angesetzte Begutachtung trotzdem um 12:00 Uhr abgeschlossen habe. Ihre Antworten habe er kaum abgewartet und zur Kenntnis genommen. Trotz ihrer schlechten Deutschkenntnisse sei ihr zudem aufgefallen, dass die Dolmetscherin überfordert bzw. ungeeignet gewesen sei. So habe diese ihre Aussage, sie nähe seit über 40 Jahren, mit "kochen" übersetzt. Dies habe auch der Arzt bemerkt, woraufhin er die Dolmetscherin genervt aufgefordert habe, doch bitte korrekt zu übersetzen. Die psychiatrische Untersuchung sei unter diesen Rahmenbedingungen unzumutbar gewesen, weshalb sie eine erneute Untersuchung durch einen anderen Arzt und mit einer geeigneten Dolmetscherin beantrage (IV-act. 212).

A.h Im asim-Gutachten vom 22. Juli 2014 hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest, aus psychiatrischer Sicht bestehe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0). Die Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ habe eine relevante Verbesserung des psychiatrischen Zustandsbildes gebracht, sodass die Versicherte momentan allenfalls eine minimale "Deprimiertheit" aufweise. An affektiven Besonderheiten sei ferner eine Klagsamkeit zu verzeichnen und die Schwingungsfähigkeit sei leichtgradig eingeschränkt. Psychomotorische Defizite seien in der Untersuchung nicht zum Vorschein gekommen. Die Versicherte identifiziere sich übermässig mit der Krankenrolle. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie jedoch voll arbeitsfähig. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, hielt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), degenerative Veränderungen der Hände (ICD-10 M19) und beginnende Polyarthrose der Hände (ICD-10 M15.8). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich in der angestammten Tätigkeit wegen der degenerativen Veränderungen der Segmente LWK4/5 sowie LWK5/SWK1 spätestens ab November 2007 begründen. In einer körperlich leichten Verweistätigkeit mit der Möglichkeit wirbelsäulenadaptierter Wechselpositionen im Gehen, Stehen und Sitzen ohne die Notwendigkeit der



## St.Galler Gerichte

Kraftanwendung des rechten Handgelenkes und der rechten Hand lasse sich aus rheumatologischer Sicht aufgrund der degenerativen Veränderungen des rechten Handgelenkes nach zwei Operationen, die zu einer eingeschränkten Extension des rechten Handgelenkes geführt hätten, eine Arbeitsfähigkeit von 60% ermitteln. Körperlich schwere Tätigkeiten seien aufgrund der Rückenproblematik, körperlich mittelschwere Tätigkeiten aufgrund der Kraftanwendung der rechten Hand nicht mehr zumutbar. Die Versicherte könne keine grobe Kraft entfalten und dürfe nur Lasten bis max. 5 kg tragen. Da es sich in Bezug auf ihren Rücken und ihre Hände um degenerative - per Definition irreversible - Veränderungen handle, könnten keine medizinischen Massnahmen angegeben werden (IV-act. 215).

A.i Mit einem Vorbescheid vom 28. August 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie deren Rentengesuch aufgrund des sich bei einer Gegenüberstellung eines Valideneinkommens als Näherin von Fr. 50'722.-- und eines Invalideneinkommens als Hilfsarbeiterin von Fr. 31'953.-- ergebenden Invaliditätsgrades von 37% abweisen werde (IV-act. 220 ff.). Die Versicherte liess daraufhin am 24. September 2014 ein erneute psychiatrische Begutachtung, die Feststellung eines IV-Grades von mindestens 50% sowie die Spezifikation einer leidensangepassten Tätigkeit, in der das berücksichtigte Invalideneinkommen erzielt werden könne, beantragen. Zur Begründung liess sie ausführen, die Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ sei ungenügend und der Einkommensvergleich sei fehlerhaft gewesen, da insbesondere kein Tabellenlohnabzug berücksichtigt worden sei (IV-act. 223).

A.j Die IV-Stelle verfügte am 16. Oktober 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens. Zum Einwand der Versicherten führte sie aus, eine erneute Begutachtung sei nicht angezeigt, da der RAD das Gutachten aus medizinischer Sicht als schlüssig erachtet habe. Laut dem psychiatrischen Fachgutachten habe die Untersuchung ohne Schwierigkeiten erfolgen können, sodass der Gutachter die nötigen Informationen für das Teilgutachten habe erheben können. Zudem habe die Untersuchung zwei Stunden ohne Pause gedauert und die Versicherte habe die Möglichkeit gehabt, sich ausführlich zu den gestellten Fragen zu äussern. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht gerechtfertigt, da die Einschränkungen bereits bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden seien (IV-act. 227).

B.



B.a Am 17. November 2014 liess die Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführerin) gegen die Verfügung vom 16. Oktober 2014 Beschwerde erheben und die Zusprache einer Rente, eventualiter die Anordnung eines Obergutachtens zur objektiven Feststellung der psychischen Verfassung, der Arbeitsfähigkeit sowie der Ursache der psychischen Erkrankung beantragen. Zur Begründung liess sie ergänzend zu ihren Ausführungen im Einwand erklären, Dr. J.\_\_\_\_ habe im Gutachten keinen Bezug auf die vorhandenen Verständigungsschwierigkeiten genommen und hinsichtlich der Dauer der Begutachtung keine wahrheitsgetreue Aussage gemacht. Durch die falsche bzw. irreführende Angabe betreffend die Dauer der Begutachtung sowie das Verschweigen der erheblichen Verständigungsprobleme sprachlicher Art erweise sich der Bericht letztlich als unbrauchbar. Zudem sei nicht nachvollziehbar, wie die Gutachter trotz der Tatsache, dass sie ihre rechte Hand kaum gebrauchen könne, von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen könnten. Im konkreten Fall sei ein Tabellenlohnabzug von mindestens 20% vorzunehmen (act. G 1). Zusätzlich liess die Beschwerdeführerin eine persönliche Stellungnahme zum psychiatrischen Fachgutachten einreichen. Darin führte sie aus, sie habe nie gesagt, dass sich die Familie beklage, weil sie immer das Gleiche koche. Vielmehr bringe die Familie Verständnis für ihre Situation auf. Ihre Ausführungen zu den Krankheiten ihrer Eltern seien im Gutachten nicht wiederzufinden gewesen. Weiter habe der Vater ihres Ehemanns und nicht "ein Grossvater" an einer amyotrophen Lateralsklerose gelitten und eine Freundin von ihr leide an Brustkrebs und nicht an einem Tumor im Kopf. Ihr Sohn absolviere im Übrigen keine Weiterbildung in Winterthur, sondern sei an der L.\_\_\_\_. Auch die Aussage, dass sie in ihrer Freizeit nur "herumsitze" und dabei Kreuzwörterlöse löse oder Comic-Hefte lese, sei falsch. Sie sei gefragt worden, ob sie lese, woraufhin sie geantwortet habe, sie lese je nach Zustand manchmal Comic-Hefte und habe früher Kreuzwörterlöse gelöst. Es stimme auch nicht, dass sie gewohnt sei, Dinge schnell zu erledigen. Sie habe ausschliesslich erzählt, dass sie früher stets alles selbstständig erledigt habe, weshalb es sie nun belaste, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. So helfe ihr - entgegen den Ausführungen im Gutachten - ihre Familie nach dem Essen mit dem Aufräumen des Geschirrs, da sie dies oft nicht alleine erledigen könne. Ebenso wenig stimme es, dass sie das dritte von fünf Kindern sei, da ihre Mutter vier Kinder gesund geboren habe und zwei Kinder kurz nach der Geburt gestorben seien. Auch sei es zwischen ihren Eltern nie zu Gewalt, sondern lediglich zu mündlichen Auseinandersetzungen und zu Diskussionen zwischen



Eltern und Kindern gekommen. In Bezug auf die Höhe der auf der Wohnung lastenden Hypothek und in Bezug auf die gewöhnliche Schlafenszeit habe der Gutachter sie, da sie keine genauen Angaben machen können, zur Angabe irgendeines Betrages bzw. irgendeiner Uhrzeit gedrängt, um schneller voranzukommen. Gesamthaft seien ihre Antworten unter (Zeit-) Druck erfolgt und der Gutachter sei auch gegenüber der Dolmetscherin laut geworden, als diese ihr auf ihren Wunsch hin eine Frage des Gutachters ausführlich habe erklären wollen. Zudem seien viele ihrer Aussagen gar nicht im Gutachten aufgenommen worden, zum Beispiel dass sie aufgrund der ischämischen Kolitis immer vor Augen gehabt habe, wie es ihrem Vater ergangen sei, und dass sie Angst gehabt habe, dass sie "gleich enden würde". Auch ihre finanzielle Situation sei nicht ausführlich und einheitlich dargestellt worden. So unterstütze ihr Sohn die Familie, indem er den Kontosaldo decke und einkaufen gehe, was die familiäre Situation sehr belaste. Als der Gutachter in seinem Bericht festgehalten habe, momentan seien keine relevanten Verstimmungen und Ängste mehr erkennbar, habe er übersehen/überhört, dass sie mehrmals von panischen Angstzuständen, Sorgen und Alpträumen berichtet habe (act. G 1.1).

B.b Am 5. Januar 2015 liess die Beschwerdeführerin Stellungnahmen von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ einreichen. Dr. I.\_\_\_\_ hatte am 20. Dezember 2014 erklärt, die Beschwerdeführerin sei seit Mai 2012 nie schmerzfrei gewesen und habe vor allem über Beschwerden im Bereich des Muskuloskelettalapparates bei den degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und der Hände geklagt. Angesichts dieser Schmerzproblematik sei es immer wieder zu muskulären Überbelastungen gekommen, wodurch sich die Gesamtsituation nochmals verschlechtert habe, was wiederum die Psyche der Beschwerdeführerin stark belastet habe. In Bezug auf das Gutachten wäre eine neurochirurgische Standortbeurteilung notwendig gewesen, um einen objektiven Befund zu erhalten (act. G 5.1). Dr. H.\_\_\_\_ hatte am 22. Dezember 2014 bemängelt, dass Dr. J.\_\_\_\_ keine systematische, klinische psychopathologische Beschreibung vorgenommen und keine Ratingskala zur Gewichtung der Depression angewandt habe. Ausserdem habe Dr. J.\_\_\_\_, ohne auf den anderslautenden Zwischenbericht vom 27. März 2013 einzugehen, behauptet, es sei unter der psychiatrischen Behandlung zu einer Besserung gekommen. Dies sei nicht belegt. Zudem habe Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Gutachten verstreut depressive Symptome aufgeführt (Antriebsmangel, Suizidalität, Stimmung sehr traurig, kein klarer Kopf, Schlafstörungen, Nervosität,



## St.Galler Gerichte

Konzentrationsschwierigkeiten, Inaktivität, sozialer Rückzug, Aufgeben vom Autofahren, frühmorgendliches Erwachen, Einschlafstörungen). Die implizit als das Leiden relativierende angeführte "Klagsamkeit" sei ausserdem ebenso wie die erwähnte "Verminderung der Schwingungsfähigkeit" aus psychiatrischer Sicht ein Symptom der Depression und nicht ein Argument gegen das Vorliegen einer Depression. Die Aussage, es müsse "nicht mehr eine mühsame Fassade aufrechterhalten werden", wäre vor dem Hintergrund der Behauptung einer "Klagsamkeit, verminderten Schwingungsfähigkeit und Identifizierung mit der Krankenrolle" mindestens näher zu begründen gewesen. Indem Dr. J. \_\_\_ geschrieben habe, dass keine relevanten Schlafstörungen vorlägen, entstehe zudem ein inhaltlicher Widerspruch zu seiner eigenen Exploration. Zudem habe Dr. J. \_\_\_ keine Abhandlung der Beziehung zwischen dem Schmerzerleben und der psychiatrischen Befindlichkeit resp. den psychische Teilursachen der Schmerzen vorgenommen, obwohl er von interpersonalen Konflikten und dysfunktionalen Copingstrategien berichtet habe. Konsequenterweise hätte er die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zumindest diskutieren und die Foerster'schen Kriterien abhandeln müssen. Die angebliche Zustandsbesserung sei weder anamnestisch nachvollziehbar noch passe sie zu dem Eindruck, den die Beschwerdeführerin in den Konsultationen mache. Grund für die Reduktion des Antidepressivums sei im Übrigen nicht dessen gute Wirkung, sondern vielmehr eine mangelhafte Wirkung sowie das Auftreten unangenehmer Nebenwirkungen gewesen. Die Theorie eines Krankheitsgewinns in der Beziehung zur Tochter ("dysfunktionale Copingstrategie") erscheine im Kontrast zur undifferenzierten Abhandlung des depressiven Zustandsbildes und der überhaupt nicht beleuchteten Beziehung zum Ehemann spitzfindig. Die undifferenzierte Abhandlung im psychiatrischen Teilgutachten unter Auslassung der Schmerzsymptomatik u.a. im gastrointestinalen Bereich könnte dazu beigetragen haben, dass der Beschwerdeführerin im Hauptgutachten eine negative Einstellung unterstellt, die Beeinträchtigung durch die zwischenzeitliche ischämische Colitis nicht diskutiert und keine die verschiedenen Krankheiten integrierende Gesamtbeurteilung vorgenommen worden sei (act. G 5.2).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2015 erklärte die Beschwerdegegnerin, der Einschätzung des asim komme ein grosses Gewicht zu, da es sich um eine für die IV geschaffene spezialisierte Gutachterstelle handle, die mit IV-rechtlichen



Fragestellungen bestens vertraut sei. Mit dem polydisziplinären Ansatz sei gewährleistet worden, dass den medizinischen Einzeldisziplinen bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung kein zu grosses Gewicht zugekommen sei, sondern eine Gesamtbetrachtung stattgefunden habe. Das Gutachten sei ausführlich abgefasst und die Schlussfolgerungen zusammen mit Arbeitsfähigkeitsschätzung seien begründet. Dem psychiatrischen Teilgutachten seien keine Verständigungsschwierigkeiten zu entnehmen und die Angaben der Beschwerdeführerin seien ausführlich beschrieben. Ebenso sei nicht erkennbar, dass die psychiatrische Exploration zu wenig lange gedauert hätte. Es komme zudem nicht auf die Dauer der Untersuchung, sondern darauf an, dass das Gutachten vollständig und im Ergebnis schlüssig sei. Die Beschwerdeführerin übersehe, dass sich der Gutachter bei seiner Beurteilung auch auf die umfassend erhobene Anamnese und die Vorakten habe abstützen können. Zudem sei Dr. J. \_\_\_ ausführlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin eingegangen. Auch die Schilderung der Befundlage und die abschliessende Beurteilung nähmen im Gutachten einen breiten Raum ein. Demnach sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin durch Dr. J. \_\_\_ ausreichend und kompetent untersucht worden sei, womit ohne Weiteres auf das asim-Gutachten habe abgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin könne leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten und leichtere Arbeiten bei der Lager- und Einzelteilbewirtschaftung übernehmen. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht vorzunehmen, da die gesundheitlichen Ein-schränkungen bereits grosszügig im Arbeitsfähigkeitsgrad von 60% enthalten seien (act. G 7).

B.d Am 16. Februar 2015 liess die Beschwerdeführerin in ihrer Replik anmerken, es komme auch bei den MEDAS-Stellen vor, dass Fehler unterliefen oder minder qualifiziertes Personal eingesetzt werde. Da Falschangaben hinsichtlich Zeit und Länge der Begutachtung und/oder des Ortes der Konsultation erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit eines Gutachtens rechtfertigten und der Gutachter die Beschwerdeführerin zudem weder sprachlich noch inhaltlich verstanden habe, sei die "umfassend erhobene Anamnese" falsch gewesen (act. G 9).

B.e Nach Abschluss des Schriftenwechsels liess die Beschwerdeführerin diverse aktuelle Arztberichte einreichen (act. G 11, G 12, G 15, G 17, G 19, G 21, G 23, G 25).

## Erwägungen



1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 37% abgelehnt. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

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

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), zu dem Einkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Im Rahmen eines Einkommensvergleichs sind die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen in der Regel ziffernmässig möglichst genau zu ermitteln und einander gegenüberzustellen; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine



Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

2.

2.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

2.2 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne eine Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

2.3 Da die Beschwerdegegnerin sich bei ihrer Entscheidung auf das asim-Gutachten vom 22. Juli 2014 gestützt hat (vgl. IV-act. 215, 220, 227), ist zunächst zu prüfen, ob dieses Gutachten eine beweiskräftige Grundlage für die Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bildet.



2.4 In formaler Hinsicht muss das asim-Gutachten die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien an ein voll beweiskräftiges Gutachten erfüllen. Dafür muss es in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden sein (Ziff. 3), eine Anamnese enthalten (Ziff. 4.1 sowie Ziff. 2.1 der Fachgutachten), die subjektiven Angaben des zu Begutachtenden zu seinen Leiden berücksichtigen (siehe Anamnese), die erhobenen objektiven Befunde angeben (Ziff. 4.2 sowie Ziff. 2.2, 2.3, 3 der jeweiligen Fachgutachten) und eine abschliessende Gesamtbeurteilung (Ziff. 7 sowie Ziff. 4 der jeweiligen Fachgutachten) abgeben. Vorliegend scheinen zwar alle formalen Vorgaben erfüllt, doch hat die Beschwerdeführerin geltend machen lassen, das psychiatrische Fachgutachten sei unbrauchbar. Dies hat sie damit begründen lassen, dass Verständigungsschwierigkeiten bestanden hätten, die die anwesende, fachlich nicht hinreichend kompetente Dolmetscherin nicht habe aus dem Weg räumen können, dass das Gespräch nicht die vereinbarten zwei Stunden gedauert und dementsprechend unter grossem (Zeit-) Druck stattgefunden habe und dass das Gutachten falsche Angaben enthalte. Zudem sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung aus rheumatologischer und internistischer Sicht zu optimistisch ausgefallen (act. G 1).

2.4.1 Das durch Dr. J.\_\_\_\_ erstellte psychiatrische Fachgutachten enthält auf etwas mehr als zwei Seiten Angaben zur Untersuchung, zu den vorherigen Berichten und zur fachärztlichen Beurteilung. Zu den bisherigen Berichten hat Dr. J.\_\_\_\_ einzig ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei zwar mit einer mittelgradigen depressiven Episode vordiagnostiziert worden, ihr psychisches Zustandsbild habe sich aber unter der vor einem Jahr aufgenommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung relevant verbessert, sodass momentan allenfalls eine minimale "Deprimiertheit" vorliege. Auch habe die antidepressive Medikation eine gute Wirksamkeit gezeigt, sodass diese um die Hälfte habe reduziert werden können. Die von Dr. G.\_\_\_\_ gestellte Prognose, mit entsprechender medikamentöser und therapeutischer Behandlung könne eine Verbesserung der depressiven Störung erreicht werden, habe sich damit bewahrheitet (IV-act. 215 S. 46 f.). Dr. G.\_\_\_\_ hatte am 27. Juli 2011 eine aus psychiatrischer Sicht 60%ige Arbeitsfähigkeit bei einer depressiven Episode, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom, festgehalten und eine Verhaltenstherapie sowie eine psychiatrische Medikation empfohlen, um eine weitere Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin aufzuhalten (IV-act. 145). Die Argumentation von Dr. J.\_\_\_\_, die vorherigen ärztlichen



Beurteilungen seien nicht mehr aktuell, da sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich infolge der psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung wesentlich verbessert habe, erscheint unter Berücksichtigung dessen, dass entsprechende Behandlungen relativ häufig zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands eines Patienten führen, zunächst als nachvollziehbar. Allerdings ist Dr. J.\_\_\_\_ nicht auf die abweichende Aussage von Dr. H.\_\_\_\_ vom 27. März 2013 eingegangen, laut der sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung vom 27. Juli 2011 und somit auch seit Behandlungsbeginn nicht gebessert, sondern vielmehr verschlechtert hatte und die Prognose u.a. aufgrund der Begleiterkrankungen ungünstig war (vgl. IV-act. 184). In seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2014 hat Dr. H.\_\_\_\_ zudem darauf aufmerksam gemacht, dass Dr. J.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Fachgutachten verstreut depressive Symptome aufgeführt habe, weshalb die durch Dr. J.\_\_\_\_ festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, die im Übrigen nicht zu dem Eindruck passe, den die Beschwerdeführerin durchgehend in den Konsultationen erwecke, anamnestisch nicht nachvollziehbar sei (act. G 4.2). Dr. J.\_\_\_\_ hat seine Annahme, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich gebessert, insbesondere damit begründet, dass die antidepressive Medikation habe reduziert werden können. Diese Argumentation vermag jedoch nicht zu überzeugen, da die Medikation, wie die Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung angegeben und Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme zum Gutachten nochmals bestätigt hat, nur wegen unerwünschter Nebenwirkungen reduziert worden ist. Gesamthaft ist somit festzustellen, dass Dr. J.\_\_\_\_ sich ungenügend mit den früheren medizinischen Berichten auseinandergesetzt und seine von den bisherigen Beurteilungen abweichende fachärztliche Meinung nicht nachvollziehbar und genügend begründet hat.

2.4.2 Die verhältnismässig umfangreiche, nämlich insgesamt dreiseitige Anamnese von Dr. J.\_\_\_\_ enthält Aussagen der Beschwerdeführerin, die in den früheren psychiatrischen Gutachten und Berichten nicht haben gefunden werden können. Beispielsweise sind der Anamnese detailliertere Ausführungen zu innerfamiliären Spannungsverhältnissen ("Besonders angespannt sei das Verhältnis zur Tochter, welche der Versicherten neulich gesagt habe, sie hätte sie gar nicht gebären müssen, denn es gebe in der Familie so viele Krankheiten.", "Die Tochter sei des Öfteren nervös



[...] und spreche kaum mit der Mutter.") und Hinweise auf einen in Jugendzeiten erfolgten Suizidversuch der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Dies lässt zunächst vermuten, dass Dr. J. \_\_\_ die Anamnese sorgfältig erhoben hat. Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch einige Ungereimtheiten und es entsteht der Eindruck, die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage gewesen, kohärente und detaillierte Angaben zu ihrer persönlichen Anamnese zu machen. So erscheinen ihre Angaben zu den "aktuellen Beschwerden" teilweise wirr und schwer verständlich. Beispielsweise hat sie einerseits berichtet, sie koche immer das Gleiche (worüber sich ihre Familie wohl beklage) und es könne sein, dass es nicht immer schmecke, und andererseits hat sie erklärt, das am häufigsten gekochte Gericht, Spaghetti Bolognese, gelinge ihr stets einwandfrei, obwohl es vorkommen könne, dass sie Salz und Zucker verwechsle. Die Schilderungen der Beschwerdeführerin zur "aktuellen Lebenssituation" erscheinen teilweise insbesondere mit Hinblick auf die früher erhobenen Anamnesen ungenau (die Tochter sei des Öfteren "nervös", "blass" und esse "nicht gut"; die Ehe sei inzwischen "nicht so gut"; die Beschwerdeführerin sei "von früh an sehr bemüht", die Dinge möglichst schnell zu erledigen; die Kindheit sei "eher arm" gewesen und es sei "ab und zu" zu Gewalt gekommen, weil die Eltern so arm gewesen seien) und widersprüchlich (einmal hat die Beschwerdeführerin angegeben, sie könne erst ab ca. drei Uhr einschlafen, ein anderes Mal hat sie erklärt, ab etwa drei Uhr wieder wach zu sein; einerseits hat sie angegeben, aufgrund von Konzentrationsproblemen nicht mehr Auto zu fahren, andererseits sitze sie "meistens nur herum" und "löse dabei Kreuzworträtsel"). Dennoch hat Dr. J. \_\_\_ in seiner Befundschilderung ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe im formalen Denken geordnet, kohärent und nicht verlangsamt gewirkt. Eine entsprechende Begründung bzw. eine Erklärung für die Diskrepanz zwischen den widersprüchlichen anamnestischen Angaben und der Befundschilderung von Dr. J. \_\_\_ lässt sich im psychiatrischen Fachgutachten nicht finden. Allerdings könnten die widersprüchlichen und konfuse Angaben der Beschwerdeführerin auch das Resultat der ungenügenden Übersetzungsleistung der beigezogenen Dolmetscherin sein. Schliesslich hat die Beschwerdeführerin die IV-Stelle bereits vor der Fertigstellung des Gutachtens darauf hingewiesen, dass es während der psychiatrischen Begutachtung zu Verständigungsschwierigkeiten gekommen sei. Zudem hat sie erwähnt, selbst Dr. J. \_\_\_ habe diesen Umstand bemängelt und die Dolmetscherin dementsprechend zurecht gewiesen (vgl. IV-act.



212). Weiter hat die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Beschwerde eine durchaus glaubhafte Gegenüberstellung der tatsächlich gemachten und der im psychiatrischen Fachgutachten festgehaltenen Angaben eingereicht. Gesondert betrachtet sind die daraus hervorgehenden Abweichungen nicht weiter relevant, da es sich dabei lediglich um kleinere Ungenauigkeiten handelt. Allerdings verstärken sie den Eindruck, dass die im psychiatrischen Fachgutachten von Dr. J.\_\_\_\_ wiedergegebene Anamnese ungenau bzw. das Ergebnis einer ungenügenden Übersetzung sein könnte. Bezüglich des Detailgrades und der Kohärenz fällt zudem ein Unterschied zu den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin im rheumatologischen Fachgutachten von Dr. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 215 S. 53 ff.) und im früheren psychiatrischen Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 139) auf. Da die Beschwerdeführerin sich mit Dr. K.\_\_\_\_ direkt auf M.\_\_\_\_ hat unterhalten können und da bei der Exploration durch Dr. G.\_\_\_\_ offenbar ein kompetenter Dolmetscher zugegen gewesen war, wird der Verdacht, dass die Übersetzung während der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ tatsächlich ungenügend gewesen sein könnte, bestärkt. Gesamthaft bestehen daher Zweifel an der Zuverlässigkeit der anamnestischen Erhebungen von Dr. J.\_\_\_\_, gestützt auf welche er den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht beurteilt hat. Da die anamnestischen Angaben für eine psychiatrische Begutachtung von erheblicher Bedeutung sind, weckt auch die Möglichkeit einer unzureichenden Übersetzungsleistung wesentliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der sich teilweise darauf stützenden Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_. Erschwerend kommt hinzu, dass Dr. J.\_\_\_\_ die Anamnese betreffend die eingangs erwähnten möglichen erheblichen Probleme (Verhältnis zum Ehemann und zur Tochter, Sorgen um Tochter, Suizidversuch in der Jugendzeit) nur oberflächlich erhoben zu haben scheint, was den Eindruck erweckt, die Exploration durch Dr. J.\_\_\_\_ sei diesbezüglich nicht umfassend und sorgfältig genug erfolgt. Dies könnte möglicherweise der von der Beschwerdeführerin wiederholt und grundsätzlich glaubhaft geltend gemachten Verspätung von Dr. J.\_\_\_\_ und der damit einhergehenden Verkürzung der vorgesehenen Untersuchungsdauer geschuldet sein. Diesbezüglich hätte die Beschwerdegegnerin mit einer einfachen Rückfrage an Dr. J.\_\_\_\_ Gewissheit betreffend den Beginn und die Dauer der Begutachtung erlangen können. Obwohl sie eine solche Rückfrage unverständlicherweise unterlassen hat, muss dieses Versäumnis nicht durch das Versicherungsgericht behoben werden, da



das psychiatrische Fachgutachten, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, weitere Mängel aufweist.

2.4.3 Dr. H.\_\_\_\_ ist in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2014 sinngemäss zu dem Schluss gekommen, das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ sei fehlerhaft, unvollständig und nicht nachvollziehbar (act. G 5). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts darf bei der Würdigung des Beweiswertes der Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b mit Hinweisen). In seiner Stellungnahme hat Dr. H.\_\_\_\_ die Explorationsergebnisse von Dr. J.\_\_\_\_ zusammengetragen, die Befunderhebung und die Herleitung der Diagnosen betrachtet sowie Stellung zum Inhalt des Gutachtens genommen. Insbesondere hat er richtiggestellt, dass die Einnahme des Antidepressivums deshalb eingestellt worden sei, da dieses eine mangelhafte Wirkung gezeigt und unangenehme Nebenwirkungen mit sich gebracht habe. Auf seine persönliche Auffassung über den Zustand der Beschwerdeführerin ist er hingegen nur kurz eingegangen, indem er erklärt hat, die von Dr. J.\_\_\_\_ beschriebene Zustandsbesserung stimme nicht mit dem Eindruck überein, den die Beschwerdeführerin bei seinen Konsultationen mache. Primär hat Dr. H.\_\_\_\_ sich also auf einer objektiven Ebene mit dem psychiatrischen Fachgutachten auseinandergesetzt. Dabei hat er bemängelt, Dr. J.\_\_\_\_ habe die Behauptung, die mittelgradige depressive Episode bestehe nicht mehr, da es unter der Behandlung zu einer Besserung gekommen sei, aufgestellt, ohne sich kritisch mit dem anderslautenden Zwischenbericht vom 27. März 2013 auseinanderzusetzen; zudem habe Dr. J.\_\_\_\_ in der Anamneseerhebung verstreut depressive Symptome aufgeführt, ohne diese als solche wahrzunehmen. Ausserdem hat sich Dr. H.\_\_\_\_ mit der Interpretation einzelner dem Gutachten zu entnehmender Symptome beschäftigt und hat auf weitere Widersprüche (z.B. betreffend die trotz der Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Anamnese von Dr. J.\_\_\_\_ getätigte Aussage, die Beschwerdeführerin leide nicht unter relevanten Schlafstörungen) hingewiesen. Nach Dr. H.\_\_\_\_'s Ansicht hätte Dr. J.\_\_\_\_ ausserdem die Beziehung zwischen dem Schmerzerleben und der psychischen Befindlichkeit der Beschwerdeführerin beleuchten oder zumindest eine somatische Schmerzstörung bzw. die Foerster'schen Kriterien abhandeln müssen, da er von interpersonalen Konflikten und dysfunktionalen



Copingstrategien gesprochen habe. Gesamthaft erweckt die Kritik des behandelnden Psychiaters Dr. H.\_\_\_\_ nicht den Eindruck, dass er bloss die subjektiven Befindlichkeiten der Beschwerdeführerin übernommen und diese im Rahmen seines Auftragsverhältnisses mit der Beschwerdeführerin wohlwollend hätte verteidigen wollen. Dr. H.\_\_\_\_ hat sich vielmehr eingehend und weitgehend objektiv mit dem Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und dabei fachlich fundiert argumentiert. Mit seiner Stellungnahme hat er daher nachvollziehbar aufgezeigt, dass sich das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ auf eine fehler- und lückenhafte Befunderhebung und Diagnoseherleitung stützt und dass Dr. J.\_\_\_\_ u.a. aufgrund seines Irrtums hinsichtlich die antidepressive Medikation der Beschwerdeführerin und aufgrund der mangelhaften Auseinandersetzung mit dem Zwischenbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 27. März 2013 fälschlicherweise von einer Zustandsbesserung ausgegangen ist. Damit führt auch die Stellungnahme durch Dr. H.\_\_\_\_ dazu, dass der Inhalt des psychiatrischen Fachgutachtens von Dr. J.\_\_\_\_ nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt betrachtet werden kann.

2.4.4 Zusammenfassend bestehen deshalb erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der psychiatrischen Beurteilung, was bedeutet, dass das Fachgutachten von Dr. J.\_\_\_\_ den massgebenden Sachverhalt nicht mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermag.

2.4.5 Im rheumatologischen Fachgutachten hat Dr. K.\_\_\_\_ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, degenerative Veränderungen der Hände sowie eine beginnende Polyarthrose der Hände festgehalten. Zwar sei die Beweglichkeit beider Hände unauffällig, doch sei es durchaus möglich, dass aufgrund der sich auf den Röntgenbildern zeigenden beginnenden degenerativen Veränderung des linken Daumengrundgelenkes und der STT-Arthrose rechtsseitig belastungsabhängige Schmerzen entstehen könnten. In der angestammten Tätigkeit als Näherin lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht aufgrund der Lendenwirbelsäulenproblematik begründen. In einer körperlichen Verweistätigkeit mit der Möglichkeit, wirbelsäulenadaptierte Wechselpositionen im Gehen, Stehen und Sitzen einzunehmen, ohne Kraft im rechten Handgelenk und der rechten Hand aufwenden zu müssen, bestehe insbesondere aufgrund der generativen Veränderung des rechten Handgelenkes eine



Restarbeitsfähigkeit von 60% (vgl. IV-act. 215 S. 48 ff.). Die Beschwerdeführerin hat diese Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit als zu "zweckoptimistisch" empfunden, da nicht plausibel sei, wie sie in einer adaptierten Tätigkeit noch zu 60% solle arbeiten können, wenn sie ihre rechte Hand nicht einsetzen könne (vgl. act. G 1). Dr. K.\_\_\_\_ hat im rheumatologischen Fachgutachten nirgends erwähnt, dass die rechte Hand gar nicht eingesetzt werden dürfe, sondern er hat im Gegenteil festgehalten, das Tragen von Lasten bis maximal 5 kg mit der rechten Hand sei nach wie vor erlaubt. Ebenso sei der Beschwerdeführerin die Bewältigung des Haushalts abgesehen von körperlich schweren Tätigkeiten (z.B. mit der Notwendigkeit repetitiver Belastungen des Handgelenks) durchaus zumutbar. Indem Dr. K.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 60% eingeschätzt hat, weicht er um 10% von der am 19. Mai 2010 vom KSSG attestierten Arbeitsfähigkeit ab. Diese Abweichung hat er damit begründet, dass es sich bei den damals von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen am Bein um pseudoradikuläre Schmerzen bei einer muskulärer Dysbalance der Beinmuskulatur gehandelt haben müsse. Die Belastbarkeit des Rückens sei daher nicht in dem Ausmass beschränkt, wie damals von den Neurochirurgen angenommen. Indem Dr. K.\_\_\_\_ die damals mit dem Rücken in Verbindung gebrachten Beinschmerzen einer anderen, weniger einschränkenden Ursache hat zuweisen können, hat er den Unterschied zwischen seiner aktuellen und der damaligen Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar und plausibel begründet. Auch Dr. D.\_\_\_\_ hatte im Gutachten vom 2. September 2011 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um 10% niedriger eingeschätzt als Dr. K.\_\_\_\_. Dr. K.\_\_\_\_ hat diese Abweichung damit erklärt, dass das Ausmass der degenerativen Veränderungen am rechten Handgelenk lediglich als mittelschwer und die beginnende degenerative Veränderung am Daumen als leichtgradig einzustufen sei. Allerdings ist die von Dr. D.\_\_\_\_ gestellte Diagnose damals noch relativ ungenau gewesen (chronischer Handschmerz rechts, ICD-10 M79.6) und er hat auch keine Angaben zu allfälligen degenerativen Veränderungen am Handgelenk und/oder Daumen gemacht. Dafür hat er festgehalten, die Belastbarkeit der rechten Hand erscheine für repetitive Greif- und Umwendebewegungen sowie bezüglich der Ausübung von und der Belastung in feinmotorisch fordernden Tätigkeiten reduziert (IV-act. 138 S. 32). Demgegenüber hat Dr. K.\_\_\_\_ die Belastbarkeit der rechten Hand lediglich bei repetitiven Belastungen des Handgelenks und dem Tragen von mehr als 5kg eingeschränkt gesehen (IV-act. 215 S. 62). Weshalb Dr. K.\_\_\_\_ nicht der Meinung



gewesen ist, dass auch bei feinmotorischen Arbeiten Einschränkungen bestehen, sondern eine Arbeit als Näherin lediglich aufgrund der Lendenwirbelsäulenproblematik als unzumutbar qualifiziert hat, ist nicht ersichtlich. Obwohl Dr. K.\_\_\_\_ seine Untersuchung sorgfältig durchgeführt zu haben scheint und die Beurteilung umfassend ist, hat er nicht nachvollziehbar darlegen können, weshalb er, anders als Dr. D.\_\_\_\_, von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist. Im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ lassen sich nämlich ebenso wenig Anhaltspunkte dafür finden, dass die rechte Hand der Beschwerdeführerin früher stärker eingeschränkt gewesen wäre als bei der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_. Es wäre allenfalls denkbar, dass Dr. K.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin höher geschätzt hat, da er ihre Schulterproblematik - anders als Dr. D.\_\_\_\_ - nicht mehr als die Arbeitsfähigkeit einschränkend qualifiziert hat. Andererseits ist den Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen, weshalb die Beschwerdeführerin in einer rücken- und handadaptierten Tätigkeit überhaupt zu 40% eingeschränkt sein sollte. Grundsätzlich wäre doch vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit, die ihren körperlichen Einschränkungen und damit insbesondere der eingeschränkten Einsatzfähigkeit der rechten Hand optimal Rechnung trägt, zu 100% arbeitsfähig ist. Den Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ sind denn auch keine Hinweise auf eine Verlangsamung oder einen erhöhten Pausenbedarf zu entnehmen, die auch in einer adaptierten Tätigkeit zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht führen könnten. Damit erweist sich auch das Ergebnis der rheumatologischen Begutachtung als nicht überwiegend wahrscheinlich richtig.

2.5 Zusammenfassend kann nicht auf das Gutachten des asim abgestellt werden. Der massgebliche Sachverhalt ist somit nicht mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Da die Beschwerdegegnerin und nicht das Versicherungsgericht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG mit der Sachverhaltsermittlung betraut ist, ist die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dafür hat diese, da bereits einige Zeit vergangen ist und neue medizinische Berichte vorliegen (vgl. act. G 11, 12, 15, 17, 19, 21, 23, 25), erneut eine interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Dabei hat sie auch die Notwendigkeit einer neurochirurgischen Begutachtung zu prüfen (act. G 4.1) und darauf zu achten, dass insbesondere im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens keine sprachlichen Barrieren die Exploration behindern.



2.6 Sollte die erneute Begutachtung ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ein rentenrelevantes Ausmass einnimmt, wäre im Rahmen des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" zu prüfen (vgl. dazu UELI KIESER, ATSG-Kommentar,

3. Auflage 2015, Vorbemerkungen, Rz. 81 ff.), ob die Beschwerdeführerin nicht allenfalls umgeschult werden könnte. Auch wenn die Beschwerdeführerin nur sehr schlecht Deutsch spricht und versteht, nie eine Berufsausbildung absolviert hat und in der Vergangenheit ausschliesslich als ungelernte Näherin gearbeitet hat (vgl. IV-act. 145 S. 4, 212, 215 S. 45), könnte sie über besondere Fähigkeiten oder eine spezielle Begabung verfügen, die eine Umschulung in einen Beruf zuliesse, in dem das Lohnniveau deutlich über demjenigen einer durchschnittlichen Hilfsarbeiterin läge. Die Beschwerdegegnerin wird also zumindest eine berufsberaterische Abklärung durchführen müssen.

3.

3.1 Im Sinne eines obiter dictum ist darauf hinzuweisen, dass das versicherte Risiko bzw. der Schaden, der durch die Invalidenrente gedeckt wird, die Invalidität, also der voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 8 ATSG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 ATSG), ist. Versichertes Gut ist somit die Erwerbsfähigkeit und nicht das konkrete Erwerbseinkommen einer versicherten Person. Da die Beschwerdeführerin, die als Näherin ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hat, ohne Weiteres fähig gewesen wäre, eine durchschnittlich entlohnte Hilfsarbeit auszuführen, wenn ihr der konkrete Arbeitsmarkt die entsprechende Möglichkeit geboten hätte, entspricht ihr Valideneinkommen nicht dem Einkommen als Näherin, sondern dem Durchschnittseinkommen der Hilfsarbeiterinnen.

3.2 Dieses Hilfsarbeiterinneneinkommen müsste auch bei der Bestimmung des Invalideneinkommens als Grundlage dienen. Bei diesem Einkommen handelt es sich um einen Wert, bei dessen statistischer Ermittlung stets von dem Einkommen gesunder Arbeitnehmer ausgegangen wird. Sollte sich also ergeben, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt



ist, müsste berücksichtigt werden, dass ihre Leistungsfähigkeit nicht derjenigen einer gesunden Hilfsarbeiterin entsprechen würde. Diesem Umstand müsste bei der Invaliditätsbemessung mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung getragen werden (vgl. BGE 126 V 75). Vorliegend würde sich ein betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkender und selbst den Zwängen der freien Marktwirtschaft unterliegender potentieller Arbeitgeber aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin mit hohen Sozialversicherungsbeiträgen konfrontiert sehen. Ausserdem könnte er der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und ihres Belastungsprofils keine Überstunden zumuten. Er könnte sie auch nicht flexibel im Betrieb einsetzen. Ein betriebswirtschaftlich-ökonomisch sinnvolles Verhalten müsste also darin bestehen, der Beschwerdeführerin einen unter dem Zentralwert liegenden Bruttolohn zu bezahlen, weshalb ein Tabellenlohnabzug von mindestens 10% vorzunehmen wäre.

4.

4.1 Da der Sachverhalt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unvollständig abgeklärt worden ist, ist die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2014 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache ist zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur anschliessenden Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Bei einer einzelrichterlichen Beurteilung erweist sich praxismässig eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung ist als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur



weiteren Abklärung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint aufgrund des doppelten Schriftenwechsels, der Einholung der Stellungnahmen von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ zum asim-Gutachten und der zahlreichen zusätzlich eingereichten Arztberichte eine leicht überdurchschnittliche Parteientschädigung von Fr. 3'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 16. Oktober 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'800.-- zu bezahlen.