



Fall-Nr.: IV 2013/444
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.05.2020
Entscheiddatum: 26.03.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 26.03.2015

Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. Beweiskraft der gutachterlichen 70%igen Arbeitsfähigkeit bestätigt. Höhe Tabellenlohnabzug (höchstens 10%). Kein Anspruch auf befristete Rente. Abweisung des Rentengesuchs bestätigt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. März 2015, IV 2013/444).

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und

Lisbeth Mattel Frei; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Entscheid vom 26. März 2015

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Margot Benz, M.A. HSG in Law, Jacober & Bialas,

Oberer Graben 44, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 4. August 2008 aufgrund eines Status nach Schleudertrauma zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1 f.). Mit Verfügung vom 23. März 2010 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Gemäss den Abklärungen sei die Versicherte in der angestammten Tätigkeit 80% und in einer leidensadaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig (IV-act. 90).

A.b Am 29. Oktober 2010 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle an (IV-act. 100 f.).

A.c Im Bericht vom 2. November 2010 an den Erwerbsausfallversicherer gab die behandelnde Psychiaterin Dr. med. B.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, an, dass die Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), einem Zustand nach Auffahrunfällen im November 2007 und Februar 2008 und einer arteriellen Hypertonie leide. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% ab 10. August 2010 in allen Tätigkeiten (IV-act. 107).

A.d Im Bericht vom 19. November 2010 gab der Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin FMH, an, dass aus somatischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit von 50% eindeutig neu zusätzlich kompromittierende Befunde zu erheben seien. Es bestehe ein ausgeprägtes depressives Zustandsbild, wahrscheinlich mit Pseudodemenz, was durchaus zu einer zusätzlich verminderten Arbeitsfähigkeit führen könne. Diesbezüglich sei Dr. B.____ zur Stellungnahme jedoch besser geeignet. Bei Persistenz oder weiterer Zunahme der Vergesslichkeit müsse allenfalls eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt werden (IV-act. 108).

A.e Im Verlaufsbericht vom 17. Januar 2011 gab Dr. B.____ an, dass sich der ängstlich-



St.Galler Gerichte

depressive Zustand der Versicherten seit dem 15. November 2010 aufgrund einer akuten Belastungssituation (ihre 17-jährige Tochter sei als Fussgängerin von einem PKW angefahren worden) deutlich verschlechtert habe (IV-act. 117).

A.f Gemäss der Aktennotiz vom 31. März 2011 des RAD-Arztes Dr. med. D.___, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, müsse aufgrund der vorliegenden ärztlichen Berichte von einer (psychiatrischen) Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit März 2010 ausgegangen werden bzw. könne eine solche versicherungsmedizinisch nicht sicher ausgeschlossen werden (IV-act. 122).

A.g Während eines 4-wöchigen Rehabilitationsaufenthalts war die Versicherte vom 23. Juni bis 20. Juli 2011 in der Klinik Gais hospitalisiert. Im Bericht vom 6. September 2011 wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis am 4. August 2011 attestiert. Für die Zeit danach werde eine Neueinschätzung gewünscht (IV-act. 128).

A.h Gemäss Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2011 von Dr. B.___ habe sich die Stimmung im Rahmen der vierwöchigen psychosomatischen Rehabilitation etwas stabilisiert. Die Versicherte könne eine Arbeitsstelle als Raumpflegerin (ca. 25%) in Anspruch nehmen. Es sei mit einer 50% Arbeitsfähigkeit zu rechnen, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten. Die bisherige Tätigkeit sei noch zu 50% (vier Stunden pro Tag) bei 30%iger verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (IV-act. 131). Der RAD-Arzt Dr. D.___ beurteilte es in der Aktennotiz vom 2. November 2011 als nicht nachvollziehbar, weshalb trotz Verbesserung des Gesundheitszustandes während des Rehabilitationsaufenthalts in Gais unverändert von einer Arbeitsunfähigkeit von 35% angestammt als Küchenmitarbeiterin und 50% adaptiert ausgegangen werde (IV-act. 132).

A.i Im von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten der Academy of Swiss Insurance Medicine, Basel, vom 27. April 2012 (asim-Gutachten) diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikalsyndrom mit Spannungskopfschmerzen (ICD-10: M54.2 und G44.2), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10: M54.5), eine rezidivierende depressive



St.Galler Gerichte

Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.00) sowie den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4). Für die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe und als Raumpflegerin wurde ihr eine Arbeitsfähigkeit von 70% attestiert, sofern die aus rheumatologischer Sicht gegebenen Einschränkungen umgesetzt werden könnten. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 70% (IV-act. 144).

A.j Am 15. November 2012 wurde eine Haushaltsabklärung bei der Versicherten durchgeführt. Die Abklärungsperson kam im Bericht vom 29. November 2012 zum Schluss, dass die Versicherte als Vollerwerbstätige einzustufen sei (IV-act. 157).

A.k Im Verlaufsbericht vom 22. Dezember 2012 gab Dr. C.____ an, dass sich für ihn seit dem Gutachten keine Änderungen ergeben hätten. Es gebe wohl eine medizinisch theoretische Arbeitsfähigkeit, welche der Gutachter definieren müsse. Andererseits gebe es auch fixierte Schmerzbilder, die nach dieser langen Zeit wohl kaum mehr zu durchbrechen seien. Wegen genauer Zahlen- und Prozentangaben fühle er sich überfordert und verweise auf das Gutachten. Als Kompromiss schlug er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 159).

A.l Im Verlaufsbericht vom 9. Februar 2013 machte Dr. B.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten zu 50% (4 Stunden pro Tag) bei 30%iger verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (IV-act. 162).

A.m Mit Vorbescheid vom 26. März 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Die Abklärungen hätten eine Arbeitsfähigkeit von 70% in der angestammten sowie in jeder anderen geeigneten Erwerbstätigkeit ergeben. Es wurde eine behinderungsbedingte Erwerbseinbusse von 27% ermittelt (IV-act. 168). Mit Einwand vom 3. Mai und 28. Juni 2013 beantragte die Versicherte, es sei ihr eine Dreiviertel-Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei ein Obergutachten einzuholen (IV-act. 169 und 177). Mit Verfügung vom 8. August 2013 hielt die IV-Stelle am Vorbescheid fest und wies das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 182).



B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 12. September 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge, die Verfügung vom 8. August 2013 sei aufzuheben und ihr sei eine Dreiviertel-Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten sowie ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen. Sie begründet dies im Wesentlichen damit, dass das asim-Gutachten nicht umfassend und die Schlussfolgerungen aus den Befunden nicht in allen Teilen nachvollziehbar und schlüssig seien. Die davon abgeleitete Arbeitsfähigkeit von 70% sei deshalb nicht korrekt. Weiter sei der Rentenbeginn auf den April 2011 festzusetzen und bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ein Leidensabzug von 20% vorzunehmen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es könne ohne weiteres auf das asim-Gutachten abgestellt werden und es sei zu Recht kein Leidensabzug vorgenommen worden (act. G 6).

B.c In der Replik vom 20. Januar 2014 hält die Beschwerdeführerin unverändert an der Beschwerde fest (act. G 9). Mit Schreiben vom 22. Januar 2014 (act. G 10) reichte die Beschwerdeführerin einen Kurzaustrittsbericht des Spitals E.____ vom 17. Januar 2014 betreffend eine hypertensive Entgleisung ein (act. G 10.1). Mit Schreiben vom 3. Februar 2014 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (act. G 13). Mit Schreiben vom 27. Juni 2014 (act. G 15) und vom 4. August 2014 (act. G 17) reichte die Beschwerdeführerin nochmals neue medizinische Unterlagen betreffend eine koronare Herzerkrankung ein.

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

2.



2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.



3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) i.V.m. Art. 87 Abs. 2 IVV erfüllt sind. Demnach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung (bzw. bei mehreren Ablehnungen seit der letzten materiellen Prüfung, die rechtskräftig geworden ist) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1). Tritt die Verwaltung (nach erfolgter Glaubhaftmachung) auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und zu prüfen, ob nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen sei (Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2008, 9C_733/2007, E. 1).

3.2 Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuansmeldung vom 29. Oktober 2010 (IV-act. 100 f.) eingetreten und hat in der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2013 einen materiellen Entscheid (Abweisung des Leistungsbegehrens) gestützt auf eigene Abklärungen gefällt. Zu prüfen ist demnach, ob die Ablehnung des Antrags auf eine Invalidenrente zu Recht erfolgte.

4.

4.1 In medizinischer Sicht stützt sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2013 auf das asim-Gutachten vom 27. April 2012 (IV-act. 144). Die Beschwerdeführerin erachtet dieses Gutachten jedoch für nicht beweistauglich.

4.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die medizinische Aktenlage sei nicht vollständig. Im rheumatologischen Bereich hätten sich die Gutachter auf die Auswertung u.a. einer Kernspintomographie vom 22. Mai 2008 und eines MRI Schädel vom 8. September 2008 gestützt. Diese radiologischen Untersuchungen seien nicht aktuell. Zudem stütze sich der neurologische Gutachter auf ein MRI Schädel vom 16. September 2009 (wohl 2008) und ein MRI HWS vom 5. Februar 2009. Es munde seltsam



an, wenn den Gutachtern unterschiedliche bildgebende Untersuchungen vorgelegen hätten. Weiter hätten zusätzliche diagnostische Untersuchungen zu den geltend gemachten Schmerzen im Hals- Schulter- und Rückenbereich erstellt werden müssen und Abklärungen im Bereich Konzentration und Gedächtnis wären aus neurologischer Sicht angezeigt gewesen (act. G 1, Ziff. 10).

4.3 Im rheumatologischen Gutachten wird unter der bisherigen Diagnostik ein MRI Schädel vom 8. September 2008 erwähnt (vgl. IV-act. 144-66). Im neurologischen Gutachten ist bei der Diagnose ein MRI Schädel vom 16. September 2008 aufgeführt (vgl. IV-act.144-74). Dabei handelt es sich um die gleiche Untersuchung, das unterschiedliche Datum ist darauf zurückzuführen, dass die Untersuchung am 8. September 2008 durchgeführt, der entsprechende Bericht jedoch am 16. September 2008 erstellt wurde (vgl. Bericht des Dept. Medizinische Radiologie, Institut für Neuroradiologie vom 16. September 2008; Fremdakten). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung obliegt es den Gutachtern zu entscheiden, ob noch zusätzliche Röntgenaufnahmen oder MRI für eine Begutachtung erforderlich sind (Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2011, 8C_882/2010, E. 5.2). Die Beschwerdeführerin legte nicht substantiiert dar, welche von der medizinischen Beurteilung der Gutachter abweichenden Erkenntnisse durch ein zusätzliches MRI zu erwarten gewesen wären. Zudem ist auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte nicht ersichtlich, dass eine Veranlassung für ein erneutes MRI besteht. Der Verzicht auf die Erstellung eines aktuellen MRI's vermag daher die Beweiskraft der gutachterlichen Einschätzungen nicht zu erschüttern.

4.3.1 Die Gutachter haben sich mit den beschriebenen Beschwerden der Beschwerdeführerin im Bereich von Kopf, Nacken, Schultern und unterem Rücken auseinandergesetzt und festgehalten, dass sich diese nur teilweise durch degenerative Veränderungen am Muskel-Skelett-Apparat erklären liessen. Insbesondere habe sich das Bewegungsausmass der Halswirbelsäule im Vergleich zum Befund von 2009 leicht verbessert. Damit könne von keinem degenerativen Prozess ausgegangen werden, der fortschreite. Weiter legten sie dar, dass eine Diskrepanz zwischen dem Beschwerdebild und den feststellbaren, weitgehend normalen Bewegungsgraden der einzelnen peripheren und zentralen Gelenke sowie zu den normalen Muskelreliefs und Ober- und Unterarmumfängen bestehe. Neben der psychosozialen Belastungssituation weise dies



auf wesentliche nicht-organische Schmerzanteile hin (vgl. IV-act. 144-68 f.). Unter diesen Umständen ist nicht anzunehmen, dass weitere Abklärungen die Beschwerden in ihrem Ausmass erklären könnten. Der Verzicht der Gutachter auf weitere Untersuchungen ist somit begründet.

4.3.2 Der psychiatrische Gutachter hat sich mit den Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auseinandergesetzt und entsprechende Tests durchgeführt (vgl. IV-act. 144-54). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurden zudem Einschränkungen durch die vorhandenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen berücksichtigt (vgl. IV-act. 144-62). Gleichzeitig hat jedoch der Gutachter darauf hingewiesen, dass verschiedene Gedächtnislücken, etwa bei Jahreszahlen sowie die Fehler in den kurzen Rechen- und Merkfähigkeitstests nicht zur detailliert auswendig aufgesagten Medikationsliste passten und dass in der fast dreistündigen Exploration kein Abfall der Aufmerksamkeit im zeitlichen Verlauf bestehe (vgl. IV-act. 144-61). Weiter hat auch der RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH dargelegt, dass eine Indikation für eine neuropsychologische Untersuchung nicht gegeben sei (vgl. IV-act. 181-2). Dies ist nicht zu beanstanden, auch wenn gemäss neurologischem Fachgutachten eine HWS-Distorsion Grad QTF II gegeben ist und nicht Grad QTF I, wovon der RAD-Arzt ausging.

4.4 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass das psychiatrische Fachgutachten nicht schlüssig und nachvollziehbar sei. Es werde erklärt, dass für ein somatisches Syndrom mindestens vier von verschiedenen aufgeführten Symptomen vorhanden sein sollten. In den Verlaufsberichten von Dr. B.____ sei wiederholt von Interesselosigkeit und Appetitverlust die Rede. Schlafstörungen und frühmorgendliches Erwachen dokumentiere auch der Gutachter. Nach seinen eigenen Kriterien sei ein somatisches Syndrom also gegeben, doch er ziehe aus unerfindlichen Gründen den gegenteiligen Schluss. Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, dass sich der Gutachter bei seiner Einschätzung einer leichten Depression auf die Hamilton-Skala beziehe, wonach die Beschwerdeführerin mit 16 Punkten am oberen Ende einer leichten Depression anzusiedeln sei. Aus dem Gutachten sei jedoch nicht erkennbar, wie der Gutachter zum Score von 16 Punkten gelangt sei. Angesichts der kurzen und einmaligen Exploration durch den Gutachter sei dieses Resultat zufällig und stehe nicht im



Einklang mit der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin. Weiter sei zu berücksichtigen, dass der Befund aus der SCL-90R nach Derogatis auffallend stark bis sehr stark erhöhte Werte aufzeige. Auf diese Befunde gehe der Gutachter überhaupt nicht ein (act. G 1, Ziff. 10).

4.4.1 Der psychiatrische Gutachter führt aus, dass für das somatische Syndrom mindestens vier der folgenden Symptome vorhanden sein sollten: Interessensverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, Schlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, morgendliches Stimmungstief, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust, deutlicher Libidoverlust (IV-act. 144-59). Gemäss Gutachter liegen die Kriterien für ein somatisches Syndrom nicht vor (IV-act. 144-61). Aus der Anamnese geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zu nichts Lust habe und nicht gut ein- und nicht gut durchschlafen könne (IV-act. 144-48). In der Untersuchung nach AMDP wird festgehalten, dass sie nicht mit einem ausgesprochenen Morgentief aufwache. Die Libido sei vermindert, sie habe aber noch gelegentlich Sex (IV-act. 144-55). Sie leide jedoch oft unter Früherwachen (IV-act. 144-55 f.). Der Appetit sei subjektiv vermindert, aber in den letzten 12 Monaten habe sich ihr Körpergewicht nicht verändert (IV-act. 144-56). Somit ist das Vorliegen von drei Symptomen (Interessensverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, Schlafstörungen und frühmorgendliches Erwachen) zu bejahen. Morgendliche Stimmungstiefs und Gewichtsverlust wurden eindeutig verneint. Hinsichtlich des verminderten Appetits und der verminderten Libido ging der Gutachter offensichtlich davon aus, dass die Symptome des deutlichen Appetitverlusts und des deutlichen Libidoverlusts nicht erfüllt sind. Die gutachterliche Beurteilung, dass kein somatisches Syndrom vorliege, ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Es ist zudem auch nicht ersichtlich, inwieweit die Diagnose "mit somatischem Syndrom" für die Arbeitsfähigkeitsschätzung relevant sein soll.

4.4.2 Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2013, 9C_344/2013, E. 3.1.5 mit Hinweisen). Im Rahmen des SCL-90-R-Tests gibt die untersuchte Person die innerhalb der letzten



sieben Tage subjektiv empfundenen körperlichen und psychischen Beschwerden an. Folglich spiegeln die Testresultate die Sicht der Explorandin wieder, und allein auf dieser Grundlage lässt sich eine Diagnose nicht stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2009, 9C_305/2009, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Das psychiatrische Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass das Zustandekommen des Scores von 16 Punkten nicht erklärt und somit nicht nachvollziehbar sei, vermag die psychiatrische Einschätzung des Gutachters nicht in Frage zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Januar 2010, 8C_516/2009, E. 3.3).

4.5 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass die Beurteilung durch Dr. B.____ mit einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 50% glaubwürdiger als die Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter sei, gilt es zu bemerken, dass es rechtsprechungsgemäss unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4 mit Hinweisen). Weiter ist zu beachten, dass – behandelnde und begutachtende – Psychiater, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen kann



nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen, wenn die gutachterliche Einschätzung die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten erfüllt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C_661/09, E. 3.2).

4.6 Der psychiatrische Gutachter nimmt dazu Stellung, weshalb er zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als Dr. B.____ kommt (IV-act. 144-62). Zudem bringt die Beschwerdeführerin keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, die im Gutachten unerkannt geblieben wären. Des Weiteren erfüllt das psychiatrische Gutachten wie bereits vorgängig dargelegt (vgl. vorgängige E. 4.3.2) die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten. Die Abweichung der Arbeitsfähigkeitseinschätzung des psychiatrischen Gutachtens zur Einschätzung von Dr. B.____ ist nicht zu beanstanden.

4.7 Die Beschwerdeführerin bringt zudem vor, dass sich der psychiatrische Gutachter – obwohl er bei der Beurteilung (und nicht unter der Diagnose) eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe – mit der Überwindbarkeit und insbesondere mit den Förster-Kriterien nicht auseinandergesetzt habe. Dabei seien die Kriterien für die Nichtüberwindbarkeit bei der Beschwerdeführerin erfüllt.

4.7.1 Sowohl im psychiatrischen Gutachten (vgl. IV-act. 144-59) als auch im Gesamtgutachten (vgl. IV-act. 144-36) wurde ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bestehend seit ca. 2008 unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Eine explizite Auseinandersetzung mit der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung wird vom psychiatrischen Gutachter jedoch nicht vorgenommen.

4.7.2 Aus dem Gutachten geht jedoch nicht hervor, dass die Gutachter die somatoforme Schmerzstörung als überwindbar eingeschätzt hätten. Entsprechend wurde diese auch unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Es ist folglich davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde. Da aufgrund der gutachterlich festgehaltenen Arbeitsfähigkeit von 70% kein Rentenanspruch besteht



(vgl. nachfolgende E. 5.4), kann vorliegend auf die Prüfung der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung verzichtet werden.

4.8 Zusammenfassend bestehen keine Zweifel an dem auf umfassenden Untersuchungen beruhenden, in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und in Berücksichtigung des gesamten Leidensbilds ergangenen, nachvollziehbaren asim-Gutachten vom 27. April 2012. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit über eine Arbeitsfähigkeit von 70% verfügt (IV-act. 144-40).

4.9 Im Verlaufsbericht vom 9. Februar 2013 berichtet Dr. B.____ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Sowohl die Diagnose als auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung liess sie jedoch unverändert (vgl. IV-act. 162). RAD-Arzt Dr. F.____ führte diesbezüglich in der Stellungnahme vom 4. März 2013 aus, dass die Depression sowohl im Bericht vom 20. Oktober 2011 (vgl. IV-act. 131-1) als auch im aktuellen Verlaufsbericht vom 9. Februar 2013 als "mittelgradig" bezeichnet worden und auch die übrigen Diagnosen unverändert seien, mit Ausnahme der "Störungen" im Rahmen der Menopause. Auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich sei in beiden Berichten mit einer Präsenzzeit von 50% und mit um 30% reduzierter Leistung angegeben, wie zudem auch bereits im Arztbericht vom 17. Januar 2011 (vgl. IV-act. 117-3). Die angegebenen menopausalen Beschwerden seien in der Regel mit einer Behandlung mit entsprechenden Pharmaka zugänglich. Es sei festzustellen, dass sich bei der IV eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch auf die Arbeitsfähigkeit niederschlagen müsse, um als Verschlechterung anerkannt zu werden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin jetzt wohl vermehrte Beschwerden verspüre, diese sich aber nicht signifikant auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (IV-act. 164-2). Dies geht auch aus dem Arztbericht von Dr. C.____ vom 22. Dezember 2012 hervor, der einen stationären Gesundheitszustand bestätigt, wenn auch zwischenzeitlich verstärkt Kniebeschwerden aufgetreten seien, welche zusätzlich zu den chronischen cervicecephalen, cervicovertebralen und cervicobrachialen Beschwerden und zeitweise auch thoracolumbalen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Bei der gesundheitlichen Störung, welche sich auf die bisherige Tätigkeit auswirke, gebe es keine Veränderung gegenüber dem Zustand anlässlich des Gutachtens (IV-act. 159-1



ff.). Von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der asim-Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ist somit nicht auszugehen, weshalb sich hier auch keine weiteren Abklärungen als notwendig erweisen.

4.10 Was die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2013 von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Unterlagen vom 17. Januar 2014 (act. G 10.1), vom 19. Mai 2014 (act. G 15.1), vom 5. Juni 2014 (act. G 17.1), vom 6. Juni 2014 (act. G 15.2) und vom 14. Juli 2014 (act. G 17.2) anbelangt, so beziehen sich diese alle auf einen Zeitraum nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung grundsätzlich auf den Zeitraum bis zum Erlass dieser Verfügung beschränkt. Nachträgliche Sachverhalts- und Rechtsänderungen werden nicht berücksichtigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2010, 9C_728/2009, E. 1 mit Hinweisen).

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass ein Tabellenlohnabzug von 20% vorzunehmen sei. Dies begründet sie damit, dass sie nur noch teilerwerbsfähig und bereits in einem fortgeschrittenen Alter sei. Weiter sei die zumutbare Arbeit mit verschiedenen Einschränkungen verbunden. Sie dürfe nur noch leichtere bis mittelschwere Arbeiten ausführen und habe einen erhöhten Bedarf an Pausen. Es bestünden Einschränkungen der Belastungsfähigkeit, des Konzentrationsvermögens und der Gedächtnisleistung. Repetitive Bewegungen der Hände, Überkopfarbeiten, Heben und Bewegen von Lasten über 15 kg seien zu vermeiden.

5.2 Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Nach der Rechtsprechung hängen die Fragen, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen – auch von invaliditätsfremden Faktoren – des konkreten



Einzelfalls ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenlohnabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b und 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.3 Dass die Beschwerdeführerin nur noch zu 70% arbeitsfähig ist, rechtfertigt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keinen Tabellenlohnabzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2012, 9C_315/2012, E. 3.2.3).

5.4 Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 8. August 2013 56-jährig. Der Abzugsgrund des fortgeschrittenen Alters ist somit erfüllt. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2009, 9C_72/2009, E. 3.4). Auch unter Berücksichtigung der weiteren geltend gemachten Einschränkungen erscheint ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10% als angemessen. Damit resultiert jedoch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

6.

6.1 Obwohl nicht beantragt, bleibt von Amtes wegen zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin allenfalls Anspruch auf eine befristete Rente hat. Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 29. Oktober 2010 zum Leistungsbezug angemeldet hat, besteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. April 2011 ein Rentenanspruch. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50% wurde von Dr. B. ___ erst ab erst 10. August 2010 ausgestellt (vgl. IV-act. 107-2). Da vorliegend die psychiatrischen Diagnosen im Zentrum stehen, ist für den Beginn der Wartezeit nicht auf die hausärztlichen Zeugnisse abzustellen, wie die Beschwerdeführerin geltend macht (act. G 1, Rz 12). Unter Berücksichtigung der rechtskräftigen Verfügung vom 23. März 2010, worin eine



100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten festgestellt wurde, ist nicht von einem früheren Beginn einer relevanten Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Nach Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG besteht ein Anspruch somit frühestens ab 1. August 2011.

6.2 Die Experten halten im asim-Gutachten fest, dass sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70% ab Gutachtenszeitpunkt (1. Februar 2012) bestehe. Die für das quantitative Ausmass der Arbeitsunfähigkeit wesentliche psychiatrische Symptomatik müsse retrospektiv anhand der Aktenlage zwischen der Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin im September 2011 sowie der psychosomatischen Klinik Gais im September 2011 und der aktuellen Begutachtung als teilremittiert angesehen werden, so dass vor dem Zeitpunkt der Begutachtung eine möglicherweise höhergradige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Deren Ausmass könne retrospektiv nicht festgelegt werden, jedoch erscheine die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus aktueller Sicht nachvollziehbar (IV-act. 144-40 f.).

6.3 Der psychiatrische Gutachter hielt im Fachgutachten demgegenüber fest, dass die eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit von 30% ab August 2011 gelte (vgl. IV-act. 144-62). Die Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfall habe sich im Laufe der Jahre zwischen 100% (verschiedene Berichte und Zeit während und unmittelbar nach der Hospitalisation in der Klinik Gais) und 0% (SUVA, März 2009) geändert. Die zuletzt von Dr. B.____ dokumentierte Arbeitsunfähigkeit von 50% mit zusätzlich um 30% verminderter Leistungsfähigkeit könne aufgrund der dokumentierten Befunde nicht nachvollzogen werden, es fehle dabei die Graduierung der einzelnen Symptome und eine nähere Beschreibung des Charakters und der Auswirkungen der Einschränkungen (vgl. IV-act. 144-62).

6.4 Im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2011 gab Dr. B.____ an, dass die Stimmung seit der vierwöchigen psychosomatischen Rehabilitation in Gais etwas stabilisiert sei. Die Beschwerdeführerin sei inzwischen bereit, ihr Leben aktiver zu gestalten (vgl. IV-act. 131-1). Dr. B.____ ging jedoch auch weiterhin unverändert von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% bei 30%iger verminderter Leistungsfähigkeit aus (IV-act. 131-3), wobei sie diese Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auch im letzten Verlaufsbericht vom



St.Galler Gerichte

17. Januar 2011 trotz deutlicher Verschlechterung des ängstlich-depressiven Zustands aufgrund einer akuten Belastungssituation (ihre 17-jährige Tochter sei als Fussgängerin von einem PKW angefahren worden) bestätigt hatte (vgl. IV-act. 117-2).

6.5 Dass die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung von Dr. B.____ über die ganze Zeit, trotz geltend gemachten Verbesserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in den verschiedenen Verlaufsberichten unverändert blieb, ist nicht nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass seit dem Klinikaufenthalt in Gais (23. Juni bis 20. Juli 2011), welcher sich positiv auf den Gesundheitszustand der Versicherten ausgewirkt hatte (vgl. IV-act. 128-3, 131-1, 144-24), bis zur Begutachtung im Februar 2012 keine Veränderung der gesundheitlichen Situation ersichtlich ist. Diesbezüglich ist die ursprüngliche Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70% gemäss beweiskräftigem asim-Gutachten bereits ab August 2011 (nach der Krankschreibung von 100% für die Zeit des Klinikaufenthalts und für zwei weitere Wochen zur Stabilisierung des verbesserten psychischen und physischen Gesundheitszustandes durch die Ärzte der Klinik Gais; vgl. IV-act. 128-3) bestanden habe, überzeugender als die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. B.____. Eine höhere als 30%ige Arbeitsunfähigkeit ab August 2011 ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben.

6.6 Im Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres am 10. August 2011 (vgl. E. 6.1) bestand somit eine nicht rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit von maximal 37%, weshalb auch keine befristete Invalidenrente zuzusprechen ist.

7.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vom 12. September 2013 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen.



Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.