

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/2 vom 22. August 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_2

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/2 du 22 août 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/2 del 22 agosto 2008

Regeste

Art. 28 IVG. Rechtmässigkeit der Verwendung von Observationsmaterialien. Würdigung Gerichtsgutachten. Prüfung der auf den funktionellen Schweregrad und die Konsistenz bezogenen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Rentenanspruch bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. August 2016, IV 2012/2).

Erwägungen

E. 1

Im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

E. 2

Am 1. Januar 2008 traten die anlässlich der 5. IV-Revision vorgenommenen Änderungen und am 1. Januar 2012 die im Zug des ersten Massnahmenpakets der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft. In zeitlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 130 V 445 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Da die Anmeldung für Invalidenversicherungsleistungen am 22. August 2008 erfolgte, sind in Bezug auf den allfälligen Rentenbeginn die ab 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen anzuwenden. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 16. November 2011 und somit vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a erlassen. Für die Invaliditätsbemessung hat sich damit die Rechtslage in materieller Hinsicht indessen nicht geändert, weshalb in diesem Zusammenhang die bereits gültigen Bestimmungen wiedergegeben werden.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar

ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten (vgl. Art. 6 ATSG). Dabei ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

3.2 Einen Rentenanspruch haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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 Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

3.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen und somit 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 gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.6, 125 V 351 E. 3a und 3b/aa mit Hinweis; UELI KIESER,

ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N55 zu Art. 43).

E. 4

4.1 Als Erstes stellt sich die Frage, ob die von der Haftpflichtversicherung erstellten Observationsunterlagen im vorliegenden Verfahren zu verwenden sind. Diese wurden zur Anfertigung des Gerichtsgutachtens der asim, Universitätsspital Basel, beigezogen (vgl. Schreiben vom 18. November 2013, UV 2011/96; act. G43.1 Beilage 2, S. 9, 12) und bei der darin erfolgten Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin berücksichtigt. 4.2 Die Rechtmässigkeit der Observation beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210), wonach eine Verletzung der Persönlichkeit widerrechtlich ist, wenn sie nicht durch Einwilligung der verletzten Person, durch ein überwiegendes privates oder öffentliches Interesse oder durch Gesetz gerechtfertigt ist. Unter den Persönlichkeitsschutz fällt auch das vorliegend tangierte Recht am eigenen Bild (BGE 136 III 401). Das Bundesgericht sieht im Verhältnis zwischen privater Haftpflichtversicherung und einer Privatperson vorgenommene Überwachungen als durch ein überwiegendes privates und öffentliches Interesse gerechtfertigt an, da weder die Versicherung noch die dahinter stehende Versichertengemeinschaft zu Unrecht Leistungen erbringen müsse und die versicherte Person gegenüber der Haftpflichtversicherung (und vorliegend der Invalidenversicherung) einen Anspruch erhebe, der sich auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit abstütze, so dass diesbezüglich Eingriffe in die Persönlichkeit zu erdulden seien, was das Interesse der versicherten Person geringer erscheinen lasse. Hinweise dafür, dass der durch Art. 179quater des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) strafrechtlich gezogene Rahmen (Verletzung des Geheim- oder Privatbereichs durch Aufnahmegерäte) nicht eingehalten worden wäre, ergeben sich nicht, fanden doch die Überwachungen der Beschwerdeführerin durchgehend im öffentlichen bzw. im (privaten) frei einsehbaren Raum statt (BGE 137 I 327). Wie es sich mit den im M.____, N.____, O.____, P.____ und Q.____ vorgenommenen Observationen mit Blick auf den Hausfriedensbruch (Art. 186 StGB; Antragsdelikt) und den Besitzschutz (Art. 928 i.V.m. Art. 641 Abs. 2 ZGB) verhält und ob hier allfällige Melde- oder Bewilligungspflichten wünschenswert wären (vgl. dazu LUCIEN MÜLLER, Videouberwachung in öffentlich zugänglichen Räumen - insbesondere zur Verhütung und Ahndung von Straftaten, Diss. Zürich/ St. Gallen 2011, 346 ff., 375 f.), kann vorliegend offen bleiben. Der höchstrichterlichen Betrachtung der Rechtslage entsprechend ist auch im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass die von der Privatversicherung erhobenen Beweismittel rechtmässig erlangt worden sind (BGE 136 III 410, E. 2.2.3; BGE 129 V 323). 4.3 Eine andere Frage ist, ob solche Beweise auch von der IV-Stelle verwertet werden dürfen. Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen ist eine kantonale öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und nimmt bundesrechtlich definierte Aufgaben hoheitlich wahr (Art. 53 Abs. 1, 54 Abs. 2 und 57 IVG; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2014, N3 zu Art. 53-57). Als solche hat sie - analog der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), die eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes (Art. 61 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) ist - die Grundrechte der Beschwerdeführerin zu achten (Art. 35 Abs. 2 BV; RAINER J. SCHWEIZER, Die schweizerische Bundesverfassung, St. Galler Kommentar, in: BERNHARD EHRENZELLER/BENJAMIN SCHINDLER/RAINER J. SCHWEIZER/KLAUS A. VALLENDER [Hrsg.], 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2014, N 43 zu Art. 35). Die Anordnung der Observation wie auch die Verwertung der Ergebnisse

beschlagen den Schutzbereich des Grundrechts auf Schutz der Privatsphäre gemäss Art. 13 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101). Eine Einschränkung der Grundrechte ist nur unter den Voraussetzungen des Art. 36 BV gerechtfertigt, wenn also eine gesetzliche Grundlage vorliegt (Abs. 1), ein öffentliches Interesse an der Einschränkung besteht (Abs. 2), die Einschränkung verhältnismässig ist (Abs. 3) und der Kerngehalt der Grundrechte nicht angegriffen wird (Abs. 4).

4.3.1 Spezialgesetzliche Grundlage bildet Art. 59 Abs. 5 IVG, der den Beizug von Spezialisten zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs zulässt. Dass hiermit insbesondere der Beizug von Privatdetektiven zur Observation versicherter Personen gemeint ist, steht ausser Frage (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., N20 zu Art. 59; BGE 137 I 327 E. 5.2 mit Hinweisen).

4.3.2 Das öffentliche Interesse an der Einschränkung des Schutzes der Privatsphäre liegt - wie bereits in Zusammenhang mit der Persönlichkeitsverletzung (E. 4.2) erwähnt - darin, nur geschuldete Leistungen zu erbringen, um die Versichertengemeinschaft nicht zu schädigen (BGE 137 I 327 E. 5.3). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist auch das Interesse der IV-Stelle, Unterlagen, welche Hinweise auf laufende Observationsabklärungen enthalten, erst nach deren Durchführung den Akten hinzuzufügen, um die Observation nicht zu gefährden, nachvollziehbar und berechtigt; insbesondere werde dadurch der Anspruch auf Akteneinsicht nicht verletzt (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2012, 8C_866/2011, E. 3.2). Die Rechtsprechung lässt ebenfalls zu, dass ein durch eine Haftpflichtversicherung gestützt auf die (rechtmässig) durchgeführte Überwachung erstellter Bericht im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren als Beweismittel zu den Akten genommen wird, selbst wenn nicht Einblick in die gesamten Akten des Haftpflichtversicherers genommen werden konnte (BGE 132 V 241, 129 V 323; Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2011, 8C_195/2011, E. 3.3, bezogen auf die Verwertung durch die Invalidenversicherung).

4.3.3 In Bezug auf die Verhältnismässigkeit hat eine Interessenabwägung unter den Aspekten der Eignung, Erforderlichkeit und Zumutbarkeit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) zu erfolgen.

Rechtsprechungsgemäss wird die Anordnung einer Observation als ein zur wirksamen Bekämpfung von Missbräuchen grundsätzlich geeignetes Mittel betrachtet (BGE 137 I 327 E. 5.4.1). Bei der Erforderlichkeit stellt sich die Frage, ob die Observation objektiv geboten ist, womit gemeint ist, dass konkrete Anhaltspunkte vorliegen müssen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung u.Ä. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vertritt die Ansicht, dass die Observation objektiv nicht geboten gewesen sei und es sich um eine reine "fishing expedition" der Haftpflichtversicherung gehandelt habe, welche schliesslich keinerlei brauchbare Ergebnisse erbracht bzw. die Beschwerden und Einschränkungen gar bestätigt habe. Die Basler Versicherung AG äusserte sich am 27. Juli 2011 zur Frage des "Anfangsverdachts" folgendermassen (IV-act. 52): Die Versicherte sei bereits schon dreimal in einer Reha gewesen, ohne dass diese Aufenthalte eine Besserung des Gesundheitszustands ergeben hätten. Bei den jeweiligen Besprechungen mit der Case-Managerin der Suva und dem Schadeninspektor (der Basler Versicherungen AG) habe die Versicherte jeweils sehr zurückgezogen gewirkt: sie habe mit dünner, kaum hörbarer Stimme gesprochen; ihr Ehemann habe jeweils als Dolmetscher fungiert. Der Ehemann

habe bei den Besprechungen geäußert, dass die Versicherungen da seien, um alles Mögliche zu unternehmen, dass seine Ehefrau wieder gesund werde. Das Ehepaar sei aber nicht bereit, seinen Anteil dazu beizutragen. Nach der ersten Reha in Bellikon habe die Versicherte klare Vorgaben gehabt, welche Therapien sie zu Hause durchführen müsse. Leider habe dies nicht geklappt, die Therapietermine seien vergessen gegangen oder sie habe sich gar nicht erst angemeldet. Nach der ersten Besprechung mit allen Beteiligten im Februar 2009 seien die Therapien wieder aufgenommen worden. Auch nach dem zweiten Reha-Aufenthalt in Bellikon habe das gleiche Spiel wieder begonnen. Die Therapien seien nur bis zu einem gewissen Zeitpunkt wahrgenommen oder gar krankheitshalber immer wieder abgesagt worden. Die Suva und die Basler Versicherungen AG hätten sich überlegt, ob die Familie mit der ganzen Situation überfordert oder ob hier gar kein Wille vorhanden sei, wieder gesund zu werden, um allenfalls auf eine Rente zu spekulieren. In der Verfügung vom 16. November 2011 (IV-act. 56) hält die Beschwerdegegnerin unter anderem fest, es habe sich eine medizinisch diffuse Situation präsentiert, die eine Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig zu begründen vermöge. Auch bei der Behandlung habe die Beschwerdeführerin eine nicht optimale Compliance gezeigt. Der Umstand, dass für diese Situation keine hinreichende medizinische Erklärung greifbar gewesen sei, müsse als Anhaltspunkt dafür gelten, dass eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit hätte bestehen können. Da in den Akten Aggravationen und andere Verhaltensweisen (übertriebene oder simulierte psychische Dysfunktionen, Verfälschungstendenzen; vgl. Bericht Rehaklinik Bellikon vom 21. September 2010, act. G7.2, 11-51/71) beschrieben seien, die von einer gutachterlichen Abklärung kein Ergebnis mit einem guten Beweiswert erwarten liessen, habe eine Observation das Abklärungsinstrument der Wahl dargestellt. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung stellt an die Zulässigkeit einer Observation im Einzelfall keine hohen Anforderungen (vgl. etwa BGE 137 I 327 mit Hinweisen auf weitere Urteile). Die von der Beschwerdegegnerin beschriebenen Anhaltspunkte hätten daher wohl auch zur Rechtfertigung einer Observation durch die IV-Stelle selbst genügt, weshalb sich Weiterungen erübrigen. 4.3.4 Die Zumutbarkeit wird anhand einer Interessenabwägung beurteilt. Die Beschwerdeführerin beantragt eine ganze Rente. Mit Blick auf ihr Alter (Jahrgang 1984) stehen vorliegend umfangreiche Leistungen zur Diskussion. Das Ausmass der Observation liegt in zeitlicher Hinsicht angesichts der bescheidenen Ergebnisse zwar im oberen Grenzbereich (Phase 1: sieben Tage; Phase 2: vier Tage und Phase 3: sechs Tage), ist allerdings gesamthaft gesehen nicht zu beanstanden, da das Ausmass auch in inhaltlicher Hinsicht nicht überschritten wurde. Insgesamt ist das Verhältnis zwischen dem Ziel der Verhinderung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs und dem durch die Observation erfolgten Eingriff in die Privatsphäre der Versicherten als angemessen und das öffentliche Interesse einer wirksamen Missbrauchsbekämpfung als höherwertig zu betrachten. 4.3.5 Da auch der Kerngehalt von Art. 13 BV durch die Anordnung einer solchen Überwachung nicht angetastet wird (BGE 135 I 169, E. 5.4.2; 129 V 323, E. 3.3.3), ist die erfolgte Überwachung der Beschwerdeführerin als rechtmässig zu qualifizieren. Die Observationsergebnisse konnten folglich als Beweismittel verwertet werden.

E. 5

5.1 Zu prüfen ist, ob das asim-Gutachten des Universitätsspitals Basel vom 11. Januar 2016 (act. G43.1) zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Beweisgrundlage tauglich ist. 5.2 Im asim-Gutachten des Universitätsspitals Basel vom 11. Januar 2016 wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Panikstörung, ein chronisches

Zervikalsyndrom mit Halswirbelsäulenfehlform und erheblicher HWS-Motilitätsstörung, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein Status nach vorderer Beckenringfraktur links und intraartikulärer Fraktur der linken Massa lateralis des Os Sacrum und ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wie auch für Verweistätigkeiten betrage aktuell zeitlich 70% Präsenzfähigkeit, darin 50%-ige Leistungsfähigkeit (bezogen auf eine volle Leistungsfähigkeit im Vollpensum). Durch die vorgeschlagenen Massnahmen (berufliche Reintegrationsmassnahmen, psychotherapeutische Behandlung mit Schwerpunkt der Stärkung der Ressourcen und der Reintegration und der Eigenaktivität, fachneurologische Mitbetreuung bezüglich Kopfschmerzbehandlung) sei eine Steigerung der Präsenzfähigkeit auf 80% bei voller Leistung (80%) zu erhoffen. Die verbleibende Einschränkung von 20% sei somatisch begründet durch den Restzustand am Bewegungsapparat (orthopädisch; vermehrter Pausenbedarf aufgrund der schmerzhaften HWS-Motilitätsstörung, der Statikstörung der LWS und des sekundären ISG-Syndroms). Als qualitativ zumutbar wurde eine leichte, wechselbelastende Arbeit in Tischhöhe ohne Vorneigehaltung, Bücken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 4kg, mit regelmässigem, ca. stündlichem Positionswechsel und ohne Kälteeinfluss formuliert.

5.3 Die Beschwerdegegnerin anerkannte die im asim-Gutachten aus somatischer Sicht auf 20% angesetzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar und grundsätzlich überzeugend. Hingegen werfe die psychiatrische Beurteilung Fragen auf.

5.3.1 Die Beschwerdegegnerin rügt zunächst, das psychiatrische Teilgutachten vom 13. November 2013 weise auf die zum Zeitpunkt seiner Erstellung noch nicht existierende neuropsychologische Abklärung hin, was den Anschein auf eine falsche Datierung des Gutachtens erwecke. Die Aussage von R. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH - in Abwägung der aktuellen Befunde sowohl in der psychiatrischen als auch der neuropsychologischen Untersuchung und unter Einbezug der Aktenlage fänden sich trotz eindeutig bestehender psychischer Beeinträchtigungen auch Hinweise auf Aggravation, die eine angemessene Beurteilung aus psychiatrischer Sicht erschweren - erscheint in Anbetracht dessen, dass die neuropsychologische Untersuchung zum Zeitpunkt der auf den 13. November 2013 datierten psychiatrischen Berichterstattung noch nicht stattgefunden hatte, auf den ersten Blick tatsächlich nicht schlüssig. Der Umstand, dass das auf das Untersuchungsdatum am 12. November 2013 datierte neurologische Fachgutachten ebenfalls Bezug auf die testneuropsychologischen Befunde (erste Untersuchungsdaten 14./15. November 2013) nimmt (act. G43.1, Beilage 4, S. 11), legt den Schluss nahe, dass die Fachgutachter ihre Berichte zwar am Untersuchungs- bzw. am Folgetag ihrer Untersuchung angelegt, jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt fertiggestellt haben. Unter Berücksichtigung, dass die neuropsychologischen Untersuchungen im Anschluss an den Beschluss der bei der Konsensbesprechung beteiligten Gutachter vom 26. März 2014 am 19. und 22. Mai 2014 wiederholt wurden (vgl. act. G43.1 S. 4 und Beilage 5, S. 2), rückt das Erstellungsdatum der Fachgutachten wesentlich in den Hintergrund. Zumindest lässt das ungewisse genaue Datum der Fachgutachten allein keine Zweifel an den Ergebnissen des asim-Gutachtens nach der zweiten Konsensbesprechung am 20. August 2014 zu.

5.3.2 Nach Ansicht der Beschwerdegegnerin fehlt im asim-Gutachten angesichts der in der neuropsychologischen Abklärung nachgewiesenen bewussten Aggravation eine zuverlässige Abgrenzung zwischen den IV-rechtlich relevanten krankheitswertigen Einschränkungen und den vorgespilten Anteilen. Die Psychiaterin stellte erkennbare Inkonsistenzen zwischen ihren Beobachtungen und den Aussagen der Beschwerdeführerin fest, welche die

Glaubwürdigkeit des Ausmasses der Symptome fraglich erscheinen liessen (act. G43.1 Beilage 2, S. 11). Hierbei bezog sie sich auf die von der Beschwerdeführerin geschilderten Erscheinungen wie Schlafstörungen, "schlechte Gedanken" (Angst, ihr oder ihrer Familie könne etwas zustossen), anfallsweise Panik mit Druckgefühl auf der Brust, Herzklopfen, Schwindel, Atemnot und Angst zu sterben. Diese Symptome diskutierte sie unter dem Aspekt der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sie kam zum Schluss, dass sich aufgrund dieser fraglichen Symptome gegenwärtig keine PTBS diagnostizieren lasse. Im Zusammenhang mit der von ihr diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hielt sie fest, dass trotz eindeutig bestehender psychischer Beeinträchtigungen Hinweise auf Aggravation eine angemessene Beurteilung aus psychiatrischer Sicht erschwerten (act. G43.1 Beilage 2, S. 12). Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als direkte Unfallfolge sei gesichert. Ebenfalls gesichert sei die spezifische Phobie, selbständig ein Fahrzeug zu führen. Zudem sei eine subdepressive Verstimmung beobachtbar. Fraglich beständen eine Panik bzw. generalisierte Ängste im Rahmen einer Anpassungsstörung, wie sie noch 2009 diagnostiziert worden sei. Die Angaben zu den Ängsten und Befürchtungen, das beobachtbare Verhalten in der Exploration als auch die Videoaufzeichnung sprächen gegen eine derart beeinträchtigende Störung. Damit sonderte die begutachtende Psychiaterin die von ihr festgestellten Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin aus und sprach ihnen einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und damit auch auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab. Nach zweimaliger, eingehender neuropsychologischer Abklärung hielten dipl. psych. S.____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und lic. phil. T.____, Psychologin FSP, Neuropsychologin, fest, weder eine HWS-Distorsion noch eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) Grad I eigneten sich nach derzeitigem Kenntnisstand als Erklärung für über Jahre hinweg persistierende kognitive Beeinträchtigungen im von der Beschwerdeführerin demonstrierten Ausmass. Selbst wenn die im MRI sichtbaren kleinen Veränderungen im Bereich des Frontalhirns tatsächlich traumatisch bedingt sein sollten, könne hieraus lediglich abgeleitet werden, dass neuropsychologische Funktionsstörungen vorhanden sein könnten. Rückschlüsse über Art und Ausmass seien angesichts der in mehreren neuropsychologischen Abklärungen nachgewiesenermassen unzureichenden Mitwirkung der Beschwerdeführerin nicht möglich. Die psychiatrischerseits festgehaltene chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vermöge weder das nicht-authentische Antwortverhalten noch das Ausmass der auf Testebene gezeigten kognitiven Defizite zu erklären. Aufgrund der negativen Antwortverzerrung seien eventuell bestehende, authentische schmerzbedingte kognitive Leistungseinbussen nicht nachweisbar. Zweifelsohne lägen bei der Beschwerdeführerin (trotz ihrer Eigenangaben über durchweg gute und stabile Befindlichkeit bis zum Unfallereignis) mit einer nicht ganz unbelasteten Kindheit und Migrationshintergrund psychosoziale Belastungsfaktoren vor, die psychische Störungen begünstigten. Im Fall der Beschwerdeführerin unterlägen die negativen Antwortverzerrungen aber zumindest in Teilen der bewussten Reflexion und Steuerung. Diese Einschätzung hatte zur Folge, dass aufgrund der invaliden Testbefunde aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin getroffen werden konnte. Als nicht einzuordnende Diagnose wurde schliesslich eine nicht-authentische neuropsychologische Störung auf dem Boden möglicher echter leicht bis maximal mittelgradiger Leistungseinbussen festgehalten. Damit wurden die krankheitswertigen Gesundheitseinschränkungen der Beschwerdeführerin im

asim-Gutachten gestützt auf eine sorgfältige Begutachtung eruiert, allfällige Inkonsistenzen benannt und ausgesondert, weshalb die Rüge der Beschwerdegegnerin unbegründet ist.

5.3.3 Die Beschwerdegegnerin äusserte aufgrund der psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsschätzung weitere Zweifel an der psychiatrischen Beurteilung, da die Präsenzfähigkeit von 70% zusätzliche Einschränkungen auf eine Leistungsfähigkeit von 50% für Tätigkeiten unter Zeit- und Leistungsdruck erfahre, aber nicht alle Tätigkeiten mit einem solchen Druck verbunden seien. Die neuropsychologische Testung habe zudem keine verminderte Stressresistenz ergeben. Schliesslich weise das psychiatrische Teilgutachten darauf hin, dass die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft seien, weshalb noch keine Erwerbsunfähigkeit angenommen werden könne. Die Beschwerdeführerin habe durch die Aggravation eine zuverlässige Beurteilung verunmöglicht, weshalb sie die Folgen der unsicheren Beweislage zu tragen habe. Entgegen der nicht näher begründeten Auffassung der Beschwerdegegnerin ist Folgendes zu bemerken: Jede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt untersteht einem gewissen Zeit- und Leistungsdruck, denn der Arbeitgeber erwartet im Gegenzug zum von ihm bezahlten Lohn eine Arbeitsleistung, die gewissen Qualitäts- und Quantitätsanforderungen zu entsprechen hat. Gerade bei den - für die Beschwerdeführerin wohl in Frage kommenden - einfachen und repetitiven Tätigkeiten ist die Leistung oftmals quantitativ messbar und ermöglicht einen direkten Vergleich mit Referenzwerten und/oder anderen Mitarbeitenden. Daher ist eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 50% als eine realistische gutachterliche Schätzung anzusehen. Die neuropsychologische Begutachtung lässt keine Schlüsse auf die Stressresistenz der Beschwerdeführerin (im Arbeitsumfeld) zu, auch wenn darin beschrieben wird, dass die Beschwerdeführerin auf Fehler gleichgültig reagiert habe, während der gesamten Testung nicht erkennbar unter Druck geraten und stets ruhig geblieben sei (act. G43.1, Beilage 5, S. 7). Schliesslich versuchte die Beschwerdeführerin gerade nicht, konsistente Leistungen in den neuropsychologischen Testungen zu erzielen bzw. resultieren aus den Testungen keine gültigen Befunde. Hinsichtlich der Ausschöpfung der Therapieoptionen ist festzuhalten, dass R.____ als einzige ärztliche Behandlung eine begleitende psychotherapeutische Behandlung empfahl und eine solche gemäss den anamnestischen Angaben bis vor zwei Jahren durchgeführt worden war (act. G43.1, Beilage 2, S. 5 und 9). Was die gutachterlich nahegelegten beruflichen Reintegrationsmassnahmen anbelangt, so dienen diese wohl eher dazu, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich wieder Fuss im Arbeitsleben fasst. Insgesamt vermag die Kritik der Beschwerdegegnerin keine Zweifel an der psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsschätzung zu wecken. 5.4 Zusammenfassend handelt es sich beim asim-Gutachten an sich um eine beweistaugliche Grundlage und es kann darauf abgestellt werden.

E. 6

6.1 Allerdings verhält es sich bei der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren um eine solche, die unter die (mit BGE 141 V 281 teilweise geänderte) Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den somatoformen Schmerzstörungen fällt (Urteile des Bundesgerichts vom 4. März 2014, 8C_759/2013, E. 3.1, vom 5. November 2014, 8C_264/2014, E. 4.5.1.3 und vom 18. November 2015, 9C_125/2015, E. 4.3f.). Daher sind die gemäss BGE 141 V 281 auf den funktionellen Schweregrad und die Konsistenz bezogenen Indikatoren nachfolgend zu diskutieren. 6.1.1 Die gutachterlich festgestellten Diagnosen wurden im Umfang der Aggravation bereinigt (vgl. E. 5.3.2; die inzwischen remittierte posttraumatische Belastungsstörung und die Anpassungsstörung wurden trotz weiterhin berichteter Symptomatik aufgrund eines

erheblichen sekundären Krankheitsgewinns von R.____ nicht berücksichtigt; vgl. act. G43.1, Beilage 2, S. 13). Hinsichtlich des funktionellen Schweregrads und namentlich der im Komplex Gesundheitsschädigung zu prüfenden Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde stehen bei einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41) - wie sie R.____ bei der Beschwerdeführerin diagnostiziert hat - seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen im Vordergrund, die in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (Urteil des Bundesgerichts vom 18. November 2015, 9C_125/2015, E. 7.1). Die Beschwerdeführerin leidet seit dem Unfall vom 7. März 2008 an durchgehend dokumentierten Kopfschmerzen, die bis heute in einer anhaltend starken Ausprägung (VAS 7), mit Zunahme unter Belastung (VAS 8-9) beklagt werden und laut eigenanamnestischer Angaben zu Einschränkungen in der Alltagsgestaltung und -bewältigung führen. Des Weiteren bestehen Schmerzen in den Schultern, im Rücken und in den Beinen. Laut R.____ droht kein selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität. Als die Beschwerdeführerin noch vor drei Jahren viele Therapien wahrgenommen hatte, sei es ihr insbesondere morgens viel besser gegangen und sie sei in der Lage gewesen, die Kinder zur Schule zu bringen oder spazieren zu gehen. Sie habe damals viele Kontakte gehabt und viele Menschen hätten sich um sie gekümmert. Gerade im sozialen Bereich der Alltagsfunktionen verspricht die von R.____ empfohlene Fortsetzung der begleitenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung daher eine Besserung. Bei der Beschreibung ihres Tagesablaufs äusserte die Beschwerdeführerin gegenüber R.____, sie gehe spazieren, kaufe Kleinigkeiten ein, bereite das Mittagessen vor und führe leichtere Haushaltarbeiten aus. Insofern werden Aktivitäten körperlicher Art durchgeführt. Auch wenn die Beschwerdeführerin in gewissen Alltagsfunktionen durchaus beeinträchtigt ist, fällt eine schwere Ausprägung der Störung ausser Betracht. 6.1.2 Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist festzuhalten, dass psychische Störungen der hier interessierenden Art nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind. Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich nicht nur aus der medizinischen Behandlung, sondern auch aus der Eingliederung im Rechtssinne (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Die Beschwerdeführerin nahm nach dem Unfall am 7. März 2008 regelmässig diverse Therapien wahr und die Suva bezahlte bis am 28. Februar 2011 Taggeldleistungen (Suva-act. 351). Die Beschwerdegegnerin hatte ihre Eingliederungsbemühungen bereits am 24. November 2008 abgeschlossen, da die Ärzte bis zum Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon vom 4. Mai bis 30. Juni 2009 noch primär von einer hirnorganischen Schädigung mit vollumfänglicher Arbeitsunfähigkeit ausgegangen waren (IV-act. 26, Suva-act. 204/1ff.). Die ab 30. Juni 2009 weiterhin ärztlich attestierte volle Arbeitsunfähigkeit war insbesondere mit der zu jenem Zeitpunkt diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung begründet worden, doch blieb die traumatische Hirnverletzung weiterhin als Diagnose erwähnt (vgl. auch Stellungnahme des Kreisarztes Dr. E.____ vom 21. Juli 2009, wonach eine kognitive Gesundheitsproblematik im Vordergrund stehe; Suva-act. 208/1). Die ambulante Rehabilitation vom August bis Oktober 2009 im Haus J.____ - einem Kompetenzzentrum für Menschen mit einer Hirnverletzung - bezweckte das Training alltagsrelevanter Fähigkeiten und eine Tagesstrukturierung (Suva-act. 202/5). Insofern war die Behandlung und die Eingliederung der Beschwerdeführerin lange Zeit unter dem (rückblickend nicht zutreffenden) Aspekt einer organischen Hirnschädigung betrachtet

worden. Entsprechend sieht R.____ einen Anteil an der Entstehung bzw. Ausprägung der Symptomatik auch in den Behandlungsfolgen begründet (act. G43.1, Beilage 2, S. 6). Gemäss R.____ wird in den Akten im Mai/Juni 2010 eine Befundverbesserung des psychischen Beschwerdebilds beschrieben (vgl. act. G43.1, Beilage 2, S. 9). Erst in diesem Zeitraum war der Beschwerdeführerin die notwendige Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und der Anpassungsstörung zugekommen, so dass diese schliesslich remittierten. Die asim-Gutachter empfehlen aus heutiger Sicht in erster Linie berufliche Reintegrationsmassnahmen. Durch den unfallbedingten Verlust des Arbeitsplatzes sei es, neben körperlichen Beeinträchtigungen, welche das Selbstvertrauen in die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit untergraben hätten, zu einer Entwöhnung von Arbeit gekommen. Deshalb seien begrenzte psychosomatische Rehabilitationsbehandlungen ungeeignet, sondern es sollte ein "praktisches Einüben" beruflicher Abläufe erfolgen. Aktuell bestehe eine geringe Eigenmotivation ins Erwerbsleben zurückzukehren. Hilfreich, um dies zu überwinden, sei ein Arbeitstraining, welches niedrigschwellig beginne (regelmässiges tägliches Training bei geringem wöchentlichem Pensum), ausreichend lange erfolge (mindestens ein Jahr) und sich an den Interessen und Fähigkeiten der Beschwerdeführerin orientiere und ihr gegebenenfalls die Möglichkeit zur langfristigen Qualifikation biete. Auch die empfohlene begleitende psychotherapeutische Behandlung hat zum Zweck, die Stärkung der Ressourcen, die Reintegration und die Eigenaktivität der Beschwerdeführerin zu bewirken. Zum funktionellen Schweregrad der Störung lässt sich aufgrund dieser Angaben ableiten, dass unter Umständen noch weitere (Eigen-)Ressourcen mobilisiert werden können (vgl. auch E. 5.3.3), damit aber gesamthaft erst begonnen werden konnte, als aus therapeutischer Sicht der Weg eines hirneigenen Einflusses verlassen und mittels Intensivierung der psychiatrischen Behandlung eine Remission der PTBS und der Anpassungsstörung erreicht werden konnte (vgl. act. G43.1, Beilage 2, S. 12). Damit ist bereits ein signifikanter Behandlungserfolg zu verzeichnen. Der Eingliederungserfolg kann bei diesen gutachterlichen Empfehlungen jedenfalls noch nicht als gescheitert betrachtet werden.

6.1.3 Obwohl R.____ eine subdepressive Verstimmung - welche im Rahmen verschiedener psychischer Störungen, z.B. als Begleitreaktion chronischer Schmerzen, anhaltender Ängste aber auch bei Dysthymie oder Persönlichkeitsakzentuierungen aufträte - beobachten konnte, war aus ihrer Sicht keine zusätzliche Diagnose zu stellen. Da sie die Diagnose einer Panikstörung als fraglich bezeichnet, und sich aufgrund der Angaben zu den Ängsten und Befürchtungen, des beobachtbaren Verhaltens in der Exploration als auch der Videoaufnahmen gegen eine derart beeinträchtigende Störung ausspricht, ist keine psychiatrische Komorbidität ausgewiesen. Es bestehen mehrere somatische Gesundheitsbeeinträchtigungen bei einem chronischen Zervikalsyndrom mit Halswirbelsäulenfehlform und erheblicher HWS-Motilitätsstörung, einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom, einem Status nach vorderer Beckenringfraktur links und intraartikulärer Fraktur der linken Massa lateralis des Os Sacrum und einem chronischen posttraumatischen Kopfschmerz. Der Restzustand am Bewegungsapparat begründet eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Die asim-Gutachter gehen davon aus, dass sich die psychische Störung im Gefolge der somatischen Verletzungen und reaktiv darauf entwickelt hat. Die chronische Schmerzstörung habe sich im Verlauf zentral in den Vordergrund geschoben und bestimme heute das klinische Bild. Unterliegend verbleibe aber ein somatischer Kern (act. G43.1, S. 17). Die organischen Begleiterkrankungen sind krankheitswertig und wirken sich somit unabhängig von der psychischen Störung invalidisierend aus.

6.1.4 Im Komplex

"Persönlichkeit" sind die Persönlichkeitsentwicklung, und -struktur, und die grundlegenden psychischen Funktionen aber - je nach Eignung - auch die "komplexen Ich-Funktionen" (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität [Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand zu beziehen] und Antrieb) der Beschwerdeführerin zu betrachten. Wie sie bereits in den Vorberichten geschildert wird, beschreibt auch R. ___ die Beschwerdeführerin als affektarm, ideenarm, verlangsamt und eingeengt. Es liesse sich eine affektive Beeinträchtigung erkennen. Ihre Belastungsfaktoren (psychische und somatische Unfallfolgen, als auch begleitende psychosoziale Auswirkungen) begünstigten das Entstehen affektiver Symptome. Zugrunde liegende Ursache könnte dabei zum Beispiel eine passiv-ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur sein. Hinweise dafür fänden sich in über die Jahre dokumentierten Verhaltensweisen (z.B. Ergotherapie). Der Ausgestaltung der Symptomatik der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei als Ausdrucksverhalten subjektiv erlebter Beeinträchtigung Bedeutung beizumessen. Die begrenzte Bildung und einfache Intelligenz spielten nicht nur bei der Ausgestaltung der Symptomatik, sondern auch bei der Überwindbarkeit dieser Störung eine Rolle. Die von R. ___ beobachtete subdepressive Stimmung ist im Komplex "Persönlichkeit" ebenfalls zu berücksichtigen. Auskünften bezüglich lebensgeschichtlich belastender Faktoren wich die Beschwerdeführerin bei der Exploration durch R. ___ aus. Zusammenfassend fallen einige der hier im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung zu prüfenden Merkmale negativ ins Gewicht. Die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin bietet nach dem Gesagten bei der Überwindbarkeit ihrer Beschwerden nur beschränkte Ressourcen und begünstigt gar das Entstehen psychischer Krankheiten.

6.1.5 Zum sozialen Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in der eigenen Familie (trotz Verlust der Mutter durch Suizid als Achtjährige und bei gutem Verhältnis zur Stiefmutter; drei Geschwister; act. G43.1, Beilage 2, S. 4f.) und in derjenigen des Mannes gut eingebettet ist. R. ___ stellte zwar eine Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus, mit innerhalb der Familie bestehendem sozialem Rückzug (durch frühes zu Bett gehen) fest. Zudem erklärte die Beschwerdeführerin trotz einem Wunsch nach sozialen Kontakten aufgrund der Schmerzen dazu nicht in der Lage zu sein. Begegnungen mit gesunden Freundinnen habe sie abgebrochen, da sie mit ihnen nicht unbeschwert zusammen sein könne, auf ihren eigenen Körper hören müsse und aufgrund ihrer Schmerzen nicht ausreichend belastbar sei (vgl. act. G43.1, Beilage 2, S. 4 und 11). Trotz dieser Einschränkungen bietet das familiäre Umfeld insgesamt viel Raum für Unterstützung und steht als Ressource zur Verfügung (vgl. etwa act. G43.1, Beilage 2, S. 5, wonach die Schwiegereltern der Beschwerdeführerin eine Sprachschule und den Führerschein ermöglichten, und bei der Betreuung der Kinder Hand boten). Von einem völligen sozialen Rückzug ist auch aufgrund der von der Beschwerdeführerin im Alltag wahrgenommenen familiären Aufgaben (vgl. Tagesablauf in act. G43.1, Beilage 2, S. 4) nicht auszugehen, und es sind potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren ersichtlich.

6.2 Bei der Konsistenzprüfung werden Gesichtspunkte des Verhaltens der Beschwerdeführerin in die Beurteilung miteinbezogen. Hier fallen auf den ersten Blick insbesondere die invaliden Testbefunde bei zweimaliger neuropsychologischer Begutachtung ins Gewicht (act. G43.1, Beilage 5). Bei der Diagnose nicht-authentische neuropsychologische Störung auf dem Boden möglicher echter, leicht bis maximal mittelgradiger Leistungseinbussen konnte aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemacht werden. R. ___ hielt zwar ebenfalls erkennbare Inkonsistenzen zwischen den

Aussagen der Beschwerdeführerin und ihren Beobachtungen fest, doch beschreibt sie entsprechende Verhaltensweisen wie Schmerzverhalten / Verdeutlichung auch im Bereich psychischer Symptome als Teil einer psychischen Störung, welche als unterschiedlich bewusstseinsnahe Handlung zu werten sei. Diese Verdeutlichung ermögliche der Beschwerdeführerin, die erlebte innere Beeinträchtigung (Leidensdruck) bei mangelhaften sprachlichen Kompetenzen oder reduzierter Introspektions- und Reflexionsfähigkeit auszudrücken (act. G43.1, Beilage 2, S. 7). Hinsichtlich der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen fällt auf, dass die Beschwerdeführerin die Gesprächspsychotherapie bis zwei Jahre vor der asim-Begutachtung wahrgenommen, und danach wegen der Distanz sistiert hatte (act. G43.1, Beilage 2, S. 3). Die asim-Gutachter gehen nicht von einer krankheitsbedingten Unfähigkeit der Beschwerdeführerin zur Therapieadhärenz aus, sondern trauen der Beschwerdeführerin zu, durch eine angemessene Begleitung eine (weitere) Besserung ihres psychischen Gesundheitszustands erreichen zu können. Gesamthaft kann der Beschwerdeführerin im Rahmen der Konsistenzprüfung ihr verdeutlichendes Verhalten nicht zur Last gelegt werden, da sie Teil der psychischen Störung bildet. 6.3 Bei gesamter Betrachtung sind in der Kategorie "funktioneller Schweregrad" organische Komorbiditäten gegeben und beim Komplex "Persönlichkeit" ressourcenhemmende Punkte ersichtlich. Beim Komplex "Sozialer Kontext" sind potenziell stabilisierende Faktoren vorhanden und der Beschwerdeführerin stehen im Rahmen der Schadenminderungspflicht die von den asim-Gutachtern empfohlenen Massnahmen zur Verfügung, die noch (weiter) auszuschöpfen sind. Bis zwei Jahre vor der asim-Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin diverse Therapieangebote wahrgenommen und es konnte so eine Remission der PTBS und der Anpassungsstörung erreicht werden. Für den vorliegend strittigen Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 16. November 2011 (IV-act. 56) hält das Verhalten der Beschwerdeführerin einer Konsistenzprüfung stand, so dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden in Anwendung der neuen Beweisindikatoren zu bejahen ist.

E. 6.4

6.4.1 Damit ist der Beschwerdeführerin qualitativ eine leichte, wechselbelastende Arbeit in Tischhöhe ohne Vorneigehaltung, Bücken, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 4kg, mit regelmässigem Positionswechsel, ohne Kälteeinfluss zumutbar. Zudem besteht ein vermehrter Pausenbedarf aufgrund der schmerzhaften HWS-Motilitätsstörung, der Statikstörung der LWS und des sekundären ISG-Syndroms. 6.4.2 Gestützt auf das beweiskräftige asim-Gutachten besteht in quantitativer Hinsicht seit 1. März 2011 (ab Leistungseinstellung Suva) eine 50%-ige Leistungsfähigkeit in einem zeitlich möglichen 70%-Pensum (act. G43.1, S. 13 und 16). 6.4.3 Da die IV-Anmeldung am 22. August 2008 erfolgte (IV-act. 1), beginnt ein möglicher Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, das heisst am 1. März 2009 (Art. 29 Abs. 1 IVG; bei verzögertem Heilverlauf des Beckens steht bereits aus somatischen Gründen eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall am 7. März 2008 bzw. während des Wartejahrs im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unbestrittenermassen fest). R.____ setzte sich mit den vorangehenden Diagnosen bzw. der bisherigen Aktenlage eingehend auseinander (vgl. act. G43.1, Beilage 2, S. 7ff.). Sie hielt im Zusammenhang mit den Vorakten insbesondere fest, dass erst die seit 10. Februar 2009 behandelnde Dr. H.____ im Bericht vom 27. März 2009 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) gestellt habe (Suva-act. 164). Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung hatte Dr. H.____ in diesem Bericht nicht abgegeben. Doch war gemäss R.____ unter

Berücksichtigung der Diagnose von Dr. H.____ im Rahmen des erneuten stationären Aufenthalts im Mai/Juni 2009 in der Rehaklinik Bellikon eine genauere Beobachtung der Symptomatik erfolgt und im diesbezüglichen Austrittsbericht vom 30. Juni 2009 (Suva-act. 204) ärztlich attestiert worden, dass der Beschwerdeführerin eine berufliche Tätigkeit aktuell nicht zumutbar sei. Es bestehe eine schwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Von dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung ist bereits ab Behandlungsbeginn bei Dr. H.____ bzw. ab 1. März 2009 auszugehen. Gemäss R.____ war die Symptomatik von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon einer PTBS zugeordnet worden. Möglicherweise habe zeitweilig das Vollbild einer PTBS bestanden, wobei diese gegen andere Traumafolgestörungen wie Angst- und Panikstörungen, aber auch Depressionen schwierig abgegrenzt werden könne. In den Berichten vom 19. Oktober 2009 (Suva-act. 231) und vom 29. Dezember 2009 (Suva-act. 251) sprach Dr. H.____ von einer organischen Persönlichkeitsstörung im Sinn eines Frontal-Hirn-Syndroms mit vorherrschender Antriebsminderung sowie einer PTBS. Am 10. Juni 2010 berichtete sie - nach einer Zeitspanne mit intensiver psychotherapeutischer Behandlung mit wöchentlichen Gesprächen - über eine deutliche Befundverbesserung bei psychischer Stabilisierung der Beschwerdeführerin, allerdings erneut ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu machen (Suva-act. 309). Ebenso äusserte med. pract. U.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Rehaklinik Bellikon, im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. November 2010 (Suva-act. 333) bei Diagnose einer PTBS (ICD-10: F43.1) und dem im Aktenverlauf erstmalig erhobenen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) die Auffassung, es sei in den letzten Monaten tendenziell eher zu einem Rückgang der Beschwerden und zu einer Zunahme der allgemeinen Belastbarkeit der Beschwerdeführerin gekommen und es empfehle sich mehr Ressourcen-orientiert zu arbeiten und Abstand zu nehmen von einer hirnganischen Komponente der Beschwerden. Zudem räumte sie ein, die Abgrenzung zur isolierten Diagnose einer Angst- oder Panikstörung oder aber auch einer depressiven Symptomatik sei schwer. Würde man primär die im Rahmen der Symptomvalidierung (vgl. dazu Suva-act. 332) beobachteten deutlichen Zeichen der Aggravation ausblendend von einer nahezu 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen, so müsse man in deren Berücksichtigung davon ausgehen, dass bei der Beschwerdeführerin durchaus eine Restarbeitsfähigkeit bestehe. Das Ausmass hänge davon ab, wie die diagnostizierte Aggravation gewichtet werde. Allerdings müsse man der Beschwerdeführerin auch zugutehalten, dass sie bis zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der zuvor gestellten Diagnosen und Therapien von einer organischen Hirnfunktionsstörung ausgehen musste, was den therapeutischen Prozess sicher zusätzlich erschwert habe. Aus aktueller psychiatrischer Sicht schliesst R.____ in Übereinstimmung mit med. pract. U.____ ebenfalls auf eine erfreuliche Verbesserung seit Juni 2010, welche den hirnganischen Einfluss an der Entstehung der psychopathologischen Symptomatik weiter in den Hintergrund treten lasse. Zusammenfassend ist daher seit der Berichterstattung von Dr. H.____ am 10. Juni 2010 eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als ausgewiesen zu betrachten, insbesondere weil die Remission der Anpassungsstörung und der PTBS von R.____ auf diesen Zeitpunkt hin angenommen wird (vgl. act. G43.1, Beilage 2, S. 12). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Dr. H.____ keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgab, und der von med. pract. U.____ erwähnte und unbezifferte Anteil der Aggravation von R.____ ausgesondert und angemessen gewichtet wurde (vgl. E.

6.1.1). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass die von R.____ nach der Exploration attestierte 50%-ige Leistungsfähigkeit in einem zeitlich möglichen 70%-Pensum bereits seit der von Dr. H.____ festgehaltenen Befundverbesserung vorliegt, da R.____ rückblickend von keiner weiteren dazwischenliegenden Verbesserung des Gesundheitszustands spricht und die ihrer Beurteilung zufolge seit 28. Februar 2011 bestehende verminderte Leistungsfähigkeit im gleichen Rahmen einzig im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Suva begründet liegt. Gemäss Art. 88a IVV ist jede Änderung des Anspruchs nach drei Monaten zu berücksichtigen. Vorliegend wirken sich die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und die damit verbundene Herabsetzung der Leistung somit ab 1. Oktober 2010 aus. 6.4.4 Die asim-Gutachter sehen ein Verbesserungspotential bis auf eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit (act. G43.1, S. 4). Einer allfälligen, weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin kann gegebenenfalls im Rahmen einer Revision (Art. 17 ATSG) Rechnung getragen werden.

E. 7

7.1 Soweit der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend macht, der Grundsatz der "Eingliederung vor Rente" sei verletzt worden, da die Beschwerdegegnerin keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen mehr geprüft habe, ist dem entgegenzuhalten, dass das Verfahren zur beruflichen Eingliederung mit Mitteilung vom 24. November 2008 abgeschlossen worden war (IV-act. 26). Auch im asim-Gutachten des Universitätsspitals Basel vom 15. Oktober 2014 wird auf eine geringe Eigenmotivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben hingewiesen (act. G43.1 S. 8 und S. 13). Der Beschwerdeführerin steht es frei, eine erneute Prüfung von beruflichen Massnahmen im Sinne von Arbeitsvermittlung zu beantragen, wenn sie sich subjektiv arbeitsfähig sieht (vgl. auch IV-act. 56). Von der Invalidenversicherung angeordnete Eingliederungsmassnahmen können notfalls auch abgemahnt werden. 7.2 Für den Einkommensvergleich (vgl. dazu E. 3.1) ist zunächst das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin zu ermitteln. Gemäss den Angaben der damaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin erzielte diese ein Jahreseinkommen von Fr. 28'817.15, wobei aus diesen Auskünften nicht klar hervorgeht, ob sich diese Zahl auf das Jahr 2007 oder 2008 bezieht (IV-act. 9-3/12). Den beigelegten Lohnkontoblättern ist zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin Entschädigungen für Überzeit, eine Zulage für Schichtbereitschaft, eine Leistungsprämie, eine Zulage für Nachtschicht und eine anteilige Wegentschädigung geleistet worden waren, so dass sich ihr Bruttoeinkommen im Jahr 2007 offenbar auf Fr. 49'504.85 belief (IV-act. 9-11/12). Aufgrund fehlender, aussagekräftiger Grundlagen ist als Valideneinkommen auf den LSE-Tabellenlohn 2006 abzustellen. Massgebend ist der in Tabelle TA1, privater Sektor, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Total Frauen, festgehaltene monatliche Bruttolohn von Fr. 4'019.-- bzw. ein Jahresbruttogehalt von Fr. 48'228.--. Angepasst an die Nominallohnentwicklung (+1,5%) und die Wochenarbeitszeit des Jahres 2007 (41,7 Wochenarbeitsstunden) ergibt dies Fr. 51'031.86. 7.3 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sind ebenfalls die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2006, nach Anpassung an die Teuerung und die Wochenarbeitszeit des Jahres 2007, beizuziehen. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (sog. Prozentvergleich, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis). 7.4 Mit dem Tabellenlohnabzug von maximal 25% ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im

Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Unter Berücksichtigung dessen, dass der Beschwerdeführerin nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von 4kg offenstehen, sie bei einer reduzierten Präsenzzeit von 70% lediglich 50% Leistungsfähigkeit zu erbringen vermag und sich ein Konkurrenznachteil aufgrund ihres erhöhten Pausenbedarfs ergeben könnte, da dies einem potenziellen Arbeitgeber zusätzliche organisatorische Vorkehrungen und eine erhöhte Flexibilität abverlangt, erscheint ein Tabellenlohnabzug im Umfang von 10% gerechtfertigt. 7.5 Für den Zeitraum vom 1. März 2009 bis 30. September 2010 bestand bei voller Arbeitsunfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 100%, weshalb die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente hat. Die Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt ab 1. Oktober 2010 einen Invaliditätsgrad von 55% ($1 - 0.5 \times 0.9$). Ab diesem Zeitpunkt hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Rente.

E. 8

8.1 Nach dem Gesagten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 16. November 2011 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2009 eine ganze Rente zuzusprechen. Ab 1. Oktober 2010 ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin auf eine halbe Rente herabzusetzen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 8.2 Die gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten hat ausgangsgemäss die Beschwerdegegnerin zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). 8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 16. November 2011 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2009 eine ganze Rente zugesprochen. Ab 1. Oktober 2010 wird der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin auf eine halbe Rente herabgesetzt. Zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.