



**Fall-Nr.:** IV 2018/240  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 18.11.2021  
**Entscheiddatum:** 10.08.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 10.08.2020**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gestützt auf ein für beweistauglich befundenes Gutachten besteht in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Diese Schätzung berücksichtigt sämtliche psychischen Beeinträchtigungen. Eine geltend gemachte sensible Symptomatik an Ellbogen und Hand links begründet mangels Objektivierbarkeit keinen Grund für einen Tabellenlohnabzug. Der Einkommensvergleich ergibt einen keinen Rentenanspruch begründenden Invaliditätsgrad von 36,6 % (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. August 2020, IV 2018/240).**

#### **Entscheid vom 10. August 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/240

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG,  
Dorfstrasse 33, 9313 Muolen,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherte), meldete sich bei der Invalidenversicherung (IV) am 28. November 2014 zur Früherfassung (IV-act. 1) und am 16. Dezember 2014 zum Leistungsbezug an (IV-act. 6).

**A.b.** Die Versicherte war als Fahrerin ihres Autos am 4. April 2014 frontal mit einem entgegenkommenden, nach links abbiegenden Personenwagen kollidiert und hatte dabei ein HWS-Distorsionstrauma erlitten (Schadenmeldung UVG vom 11. April 2014, Fremdakten, act. 2-173, Untersuchungsbericht Spital B.\_\_\_\_ vom 4. April 2014, Fremdakten, act. 2-137 f.; vgl. auch Bericht Kantonspolizei St. Gallen vom 11. April 2014, Fremdakten, act. 2-143 ff. und Einstellungsverfügung Untersuchungsamt B.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2014, Fremdakten, act. 2-37). Die SUVA hatte den Arbeitsplatz besichtigt und im entsprechenden Bericht vom 13. Mai 2014 festgehalten, die Versicherte habe am 22. April und 5. Mai 2014 je einen Arbeitsversuch von einigen Stunden absolviert. Beide Versuche hätten wegen starker Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten abgebrochen werden müssen. Die Versicherte beklage fast täglich ständige Kopfschmerzen, einen ständigen Pfeifton im linken Ohr, seit dem Unfall auch Schmerzen im linken Arm, Einschlafprobleme und bei Belastung leichte Knieschmerzen links (Fremdakten, act. 2-115 ff.). Ab dem 19. Mai war die Versicherte zunächst zu 70 % und vom 2. Juni bis zum 12. August 2014 im Wesentlichen zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben worden (Abrechnungen Taggeld SUVA, Fremdakten, act. 3-2 ff.). In der Folge war die Versicherte im Hinblick auf die Schmerzen, die



Sensibilitätsstörungen im Arm (Sulcus-ulnaris-Syndrom, Karpaltunnelsyndrom) und neurokognitive Probleme durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, (Bericht vom 3. Juni 2014, Fremdakten, act. 2-67 ff.) und PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberärztin Neurologie Klinik E.\_\_\_\_ (Bericht vom 20. August 2014, Fremdakten, act. 2-8 ff.) abgeklärt worden. Dr. D.\_\_\_\_ hatte aufgrund der Chronifizierung der Nackenschmerzen, der Kopfschmerzen und der depressiven Stimmungslage eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Diese war vom 17. September bis 22. Oktober 2014 in der Rehaklinik F.\_\_\_\_ erfolgt, wo eine HWS-Distorsion QTF 1, eine Kniekontusion rechts, ein klinisch sensibles Sulcus-ulnaris-Syndrom links, ein leichtgradiges rein sensibles Karpaltunnelsyndrom links, eine aktuell in Remission übergehende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und differenzialdiagnostisch eine depressive Episode in Remissionsphase sowie eine psychosoziale Belastung durch Kündigung ihrer Arbeitsstelle und derjenigen ihres Ehemannes erhoben worden waren. Im Austrittsbericht vom 24. Oktober 2014 war festgehalten worden, aufgrund der noch reduzierten psychischen Belastbarkeit (Konzentrationsschwäche, durchgemachte depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung in Remissionsphase) führten Anforderungen und Stressbelastungen rasch zu einer Überforderung und einer damit verbundenen Verschlechterung der psychischen Verfassung. Dabei handle es sich um eine Beurteilung der momentanen Situation. In körperlicher Hinsicht (unfallkausal) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in leichten bis mittelschweren Arbeiten (IV-act. 3).

**A.c.** Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 9. Januar 2015 aus, in der neurologischen Untersuchung finde sich kein Defizit. Die geschilderten Beschwerden seien mit somatoformen Beschwerden im Sinne eines depressiven Syndroms, differenzialdiagnostisch einer posttraumatischen Belastungsstörung vereinbar. Er erhob einen Verdacht auf eine somatoforme Störung und ein depressives Syndrom (IV-act. 18).

**A.d.** Die die Versicherte seit August 2014 behandelnde Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Sie attestierte vom 1. bis 21. Dezember 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Am 11. Februar 2015 hielt sie leichte, körperlich nicht belastende Tätigkeiten ohne Verantwortungsübernahme, bei denen sich die Versicherte immer wieder zu Pausen



## St.Galler Gerichte

zurückziehen könne, ca. zwei Stunden pro Tag für zumutbar. Am 20. Februar 2015 berichtete sie, aus medizinischer Sicht werde die Versicherte zurzeit als nicht arbeitsfähig eingeschätzt (Arztbericht vom 11. Februar 2015 IV-act. 21; Bericht zuhanden der SUVA vom 20. Februar 2015, Fremdakten, act. 7-102 f.).

**A.e.** Am 6. Februar 2015 hatte die Versicherte eine tagesklinische Behandlung in der Klinik I.\_\_\_\_ begonnen. Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte einen Zustand nach mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode mit somatischen Symptomen; gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (Bericht vom 14. April 2015 zuhanden der SUVA, Fremdakten, act. 7-95 f.). Im Arztbericht vom 3. Juli 2015 erwähnte er zusätzlich die Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1). Die Versicherte sei vom 3. Februar bis 31. Mai 2015 zu 100 % und ab 1. Juni 2015 zu 80 % arbeitsunfähig. Es fänden sich gröbere mnestiche Störungen, im formalen Denken sei sie leicht verlangsamt, im Affekt vordergründig verunsichert und innerlich angespannt, leicht affektlabil. Die affektive Schwingungsfähigkeit, der Antrieb und die Motorik seien leicht vermindert (IV-act. 29). Ab 1. August 2015 attestierte er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Arztbericht vom 13. Juni 2016, IV-act. 56). RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt Für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nahm am 3. August 2015 Stellung: Medizintheoretisch müsse in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin und in einer adaptierten Tätigkeit von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit, schrittweise steigerbar auf Vorniveau, ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in der Stellensuche eingeschränkt (IV-act. 31).

**A.f.** Mit Mitteilung vom 29. September 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 41). Nachdem die Versicherte in einem vom RAV vermittelten Einsatzprogramm bei der L.\_\_\_\_ lediglich zu 20 % arbeiten konnte und durch Dr. M.\_\_\_\_ zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde, schloss der Eingliederungsverantwortliche seinen Fall am 5. Januar 2016 ab (Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, IV-act. 43), und die IV-Stelle wies das Begehren hinsichtlich beruflicher Massnahmen mit Mitteilung vom 14. Januar 2016 ab, da sich die Versicherte subjektiv nicht leistungsfähig fühle (IV-act. 47).



**A.g.** Dr. J.\_\_\_\_ attestierte der Versicherten infolge der Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen, der Einschränkung der geistigen Flexibilität aufgrund der formalen Denkstörungen, der Störungen der Psychomotorik und der sozialen Fertigkeiten ab 27. Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach einer vorübergehenden Verbesserung der depressiven Symptomatik, der sozialen Fertigkeiten und einem Abbau der Vermeidungshaltung nach Beginn der Therapie habe seit Spätsommer 2015 die depressive Symptomatik mit Rückzugstendenzen, psychophysischer Erschöpfung und generalisierter Ängstlichkeit zugenommen (Arztberichte vom 11. April 2016, Fremdakten act. 13, und vom 13. Juni 2016, IV-act. 56).

**A.h.** Vom 30. Mai bis 2. Juli 2016 befand sich die Versicherte in stationärer Behandlung in der Klinik N.\_\_\_\_. Dort wurden unter anderem eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein klinisch sensibles Sulcus-ulnaris-Syndrom links, ein leichtgradiges rein sensibles Karpaltunnelsyndrom links sowie ein Status nach Kniekontusion rechts erhoben. Im formalen Denken sei die Versicherte verlangsamt und berichte von mittelgradigem Gedankenkreisen und Existenzängsten. Im Affekt imponiere sie deprimiert, hoffnungslos und leicht affektstarr, erlebe sich als gereizt und innerlich unruhig, äussere Gefühllosigkeit, Störungen der Vitalgefühle und Insuffizienzgefühle. Der Antrieb sei gehemmt, es bestehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug. Es habe eine leichte Stabilisierung des physischen und psychischen Zustandes erreicht werden können (Austrittsbericht vom 25. Juli 2016; IV-act. 59).

**A.i.** Dr. J.\_\_\_\_ hielt am 19. Oktober 2016 gegenüber der SUVA fest, die Versicherte klage vordergründig über Nacken- und Kopfschmerzen, schmerzbedingte Schlafstörungen, Müdigkeit, Deprimiertheit, Lust- und Freudlosigkeit, Ängste und innere Anspannung sowie Zurückgezogenheit. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie zu höchstens 50 % arbeitsunfähig. Die bisherige 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei aus "psychosomatischer Sicht" attestiert worden (Fremdakten, act. 47).

**A.j.** Gestützt auf eine psychiatrische Beurteilung von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. Dezember 2016 (Fremdakten, act. 51) stellte die SUVA mit Verfügung vom 18. Januar 2017 ihre Leistungen per 1. Februar 2017 ein. Die aktuell geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend



## St.Galler Gerichte

nachweisbar. Die Adäquanz sei nach einschlägiger Rechtsprechung zu verneinen (Fremdakten, act. 56-1 ff.). Eine Einsprache gegen diese Verfügung wurde abgewiesen (Entscheid vom 9. Januar 2018, Fremdakten, act. 67).

**A.k.** Dr. J.\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 16. März 2017 aus, es bestehe eine zunehmende körperliche und geistige Verwahrlosung. Seit Mai 2016 habe sich die depressive Symptomatik erheblich verschlechtert mit zunehmenden Antriebsstörungen, Deprimiertheit, Konzentrationsstörungen, allgemeiner Erschöpfung, Schlafstörungen und sozialem Rückzug (IV-act. 67).

**A.I.** Die IV-Stelle liess daraufhin die Versicherte durch die SMAB AG polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 3. Januar 2018, med. pract. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; Lic. phil. S.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie; Untersuchungen vom 21. November, 4. und 12. Dezember 2017; IV-act. 79). Aus interdisziplinär massgeblicher psychiatrischer Sicht kamen die Gutachter zum Ergebnis, aufgrund der Anamnese, Fremdanamnese, Vorgeschichte und der aktuellen Exploration liege eine chronische mittelgradige Depression vor. Neuropsychologisch hätten leichte bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Funktionen objektiviert werden können. Unter Berücksichtigung der Quantität und Qualität der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen auf der einen Seite und der kognitiven Anforderungen bei der letzten Tätigkeit auf der anderen Seite schränkten diese unter Berücksichtigung der übrigen, rein psychischen Symptome, die Arbeitsfähigkeit um 50 % ein. In einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund der verminderten psychomentalen Belastbarkeit und Ausdauer 70 %. Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg ohne wesentliche Einschränkungen durchzuführen. Unter Zugrundelegung einer umschriebenen Sensibilitätsstörung in der linken Hand könnten allenfalls Tätigkeiten erschwert sein, bei denen bimanuell getastet werden bzw. der Tastsinn unbedingt bimanuell intakt sein müsse. Ansonsten sei bei jeglicher neuen Tätigkeit eine verlängerte Einarbeitungszeit zu berücksichtigen. Es bestünden ein erhöhter Regenerationsbedarf und ein Mehraufwand in Vorbereitung und Planung.



## St.Galler Gerichte

Multitasking könne nicht zugemutet werden. Einfache Routinetätigkeiten seien vorzuziehen. Zeitdruck sollte vermieden werden (IV-act. 79-13 f.).

**A.m.** RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ nahm am 19. Januar 2018 Stellung, das Gutachten erfülle formal und inhaltlich die Konventionen (IV-act. 80). Mit Vorbescheid vom 7. Februar 2018 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 87). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, am 16. Februar 2018 Einwand und machte geltend, in Berücksichtigung der notwendigen Pausen, der verminderten Arbeitgeberresonanz und des gestörten interaktionellen Konfliktverhaltens etc. sei davon auszugehen, dass sie weiterhin mindestens zu 50 % eingeschränkt bleibe. Es sei ihr daher rückwirkend und für die nächsten zwei Jahre eine halbe Rente zu gewähren (IV-act. 91).

**A.n.** Mit Verfügung vom 5. Juni 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Die im Einwand geltend gemachten Einschränkungen seien bereits bei der gutachterlichen Festlegung der Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierten Tätigkeiten hinreichend berücksichtigt worden. Es bestehe Anspruch auf Arbeitsvermittlung. Dieser tangiere (jedoch) den Rentenentscheid nicht (IV-act. 95).

**A.o.** Mit Mitteilung vom 20. Juni 2018 sprach die IV-Stelle der Versicherten Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 103).

### **B.**

**B.a.** Mit Beschwerde vom 6. Juli 2018 (Postaufgabe) beantragt A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt MLaw M. Glavas, die Verfügung vom 5. Juni 2018 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihr vorerst eine halbe Rente zu gewähren. Es sei in zwei Jahren eine Neuevaluation vorgesehen. Sie habe ab dem 4. April 2014 bis zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf eine halbe Rente. Einerseits liege der definitive medizinische Zustand noch nicht vor, andererseits seien die beruflichen Massnahmen nicht abgeschlossen. Die Beschwerdegegnerin blende die Zeit bis zur Begutachtung gesetzeswidrig völlig und grundlos aus. Dies sei umso weniger korrekt, als die medizinische Beurteilung nicht in jeder Hinsicht überzeuge. Vor Eintritt der Rechtskraft der angefochtenen Verfügung sei



abzuklären, ob die Sensibilitätsstörung der linken Hand die Ausübung von Tätigkeiten, welche bimanuell auszuführen seien, erschwere. Auch die Diskrepanz zwischen der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit und von 70 % in adaptierten Tätigkeiten verlange, dass vorerst die beruflichen Massnahmen abzuwarten seien. Es sei in sechs Monaten (ab Beschwerdeeinreichung) ein medizinischer Bericht einzuholen. Die Beschwerdeführerin habe allfällige Abzüge betreffend Teilarbeitsfähigkeit, eine allfällige Unfähigkeit, sich wieder einzugliedern, einen erhöhten Pausenbedarf sowie ein gestörtes Konfliktverhalten nicht mitberücksichtigt. Auch diese Faktoren seien weiter abzuklären (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Aus dem SMAB-Gutachten vom 3. Januar 2018 gehe hervor, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stabil sei, was auch RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2018 festhalte. Sie sei nicht verpflichtet, die weiteren Entwicklungen des Gesundheitszustandes abzuwarten und erst zu verfügen, wenn sich dieser stabilisiert habe. Dass über die Rentenfrage erst befunden werden könne, wenn vorgängig oder (mindestens) gleichzeitig über den Anspruch auf berufliche Massnahmen entschieden würde, treffe nicht zu. Könne ein Rentenanspruch durch noch vorzunehmende berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht mehr beeinflusst werden, weil etwa ein rentenbegründender Invaliditätsgrad nicht gegeben sei, könne der Rentenentscheid unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen gefällt werden. Auf das SMAB-Gutachten vom 3. Januar 2018 sei abzustellen. Dass beim Tätigkeitsprofil die Sensibilitätsstörung in der linken Hand erwähnt, jedoch nicht berücksichtigt worden sei, begründe keinen Mangel am Gutachten. Die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin seien bereits in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung berücksichtigt worden. Eine darüber hinausgehende Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Ein reduzierter Beschäftigungsgrad falle bei Frauen kaum ins Gewicht. Der Einkommensvergleich sei nicht zu beanstanden (act. G 4).

**B.c.** Mit Replik vom 19. Oktober 2018 bestreitet die Beschwerdeführerin, sich nicht arbeitsfähig zu fühlen bzw. gefühlt zu haben. Weiter reicht sie ein Schreiben eines Instruktionsrichters des Bundesverwaltungsgerichts an das Bundesamt für



## St.Galler Gerichte

Sozialversicherungen (BSV) ein, woraus hervorgehe, dass seitens der Leitung der SMAB AG Druck auf einen begutachtenden Arzt ausgeübt worden sei, sein Gutachten in den Kernaussagen grundlegend und fundamental abzuändern (act. G 6.1). Auch in ihrem Fall sei nicht korrekt vorgegangen worden. So habe der neuropsychologische Gutachter geäussert, dass sie zumindest vorübergehend eine ganze Rente erhalten werde. Die Begutachtung müsse wiederholt werden. Es werde die Evaluation beantragt, in wie vielen Fällen die Gutachterstellen eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in einem invalidisierenden Ausmass überhaupt bestätigt hätten. Vor deren Abschluss dürfe den Obergutachtern das Gutachten nicht zur Verfügung gestellt werden (act. G 6).

**B.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf eine Duplik (act. G 7).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte



Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**1.3.** 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 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft



zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2018 bildet das Gutachten der SMAB AG vom 3. Januar 2018 (IV-act. 79). Über dessen Beweistauglichkeit ist vorab zu befinden.

### 2.1.

**2.1.1.** Die Beschwerdeführerin macht unter Hinweis auf angebliche betrügerische Machenschaften bei der SMAB AG geltend, es bestehe der begründete Verdacht, dass die Gutachterstelle auch in ihrem Fall nicht korrekt gearbeitet habe. Der neuropsychologische Gutachter habe der Beschwerdeführerin gegenüber in Anwesenheit ihres Sohnes gesagt, dass sie mindestens vorübergehend ein ganze Rente erhalten werde, was für eine unsaubere Arbeitsweise der Gutachterstelle auch in ihrem Fall spreche (act. G 6-2).

**2.1.2.** Vorliegend handelt es sich um ein polydisziplinäres Gutachten, das entsprechend dem in Art. 72<sup>bis</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festgelegten Zufallsprinzip vergeben wurde (vgl. IV-act. 75). Damit ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Gefahr, dass eine konkrete Gutachterstelle aus wirtschaftlichen Interessen (Erhalt einer grossen Zahl von Aufträgen) im Sinne der beauftragenden IV-Stelle handeln könnte, ausreichend Rechnung getragen (BGE 137 V 239, E. 2.4.3 f. und S. 242, E. 3.1.1). Bei der SMAB AG handelt es sich um eine vom



BSV anerkannte Gutachterstelle (Liste des BSV der polydisziplinären Gutachterstellen, welche über einen Vertrag mit dem BSV nach Artikel 72<sup>bis</sup> IVV verfügen, Stand: 1. Juni 2020; eingesehen unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/organisation-iv/medizinische-gutachten-iv.html>).

**2.1.3.** Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermögen etwa das blosse Auftragsvolumen bei einem Gutachter oder einer Gutachterstelle bzw. der regelmässige Beizug derselben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2019, 9C\_704/2018, E. 5.1, vom 25. Oktober 2016, 8C\_354/2016, E. 5 und 29. Mai 2015, 8C\_467/2014, E. 4), kritische Äusserungen zu behandelnden Ärzten durch einen Gutachter (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2016, 9C\_276/2016, E. 3.1.2 mit Hinweis), eine frühere Tätigkeit des Gutachters beim RAD (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2016, 9C\_257/2016, E. 4.2), ein durchgeführtes Strafverfahren gegen einen Gutachter betreffend die Abgabe einer Gesamtbeurteilung ohne Rücksprache mit einem Teilgutachter (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2013, 9C\_970/2012, E. 4) oder eine starke Abweichung bei der Auswertung der Häufigkeitsverteilung von attestierten Arbeitsunfähigkeitsgraden für sich allein genommen nicht objektiv den Anschein von Befangenheit eines Gutachters oder einer Gutachterstelle zu wecken. Für die Annahme des Vorliegens einer Befangenheit bedarf es weiterer, die konkrete Begutachtung betreffende Umstände (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2020, 9C\_25/2020, E. 5.1.2.2).

**2.1.4.** Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, es sei eine vergleichende Untersuchung über die von einzelnen Gutachterstellen im Durchschnitt attestierten Arbeitsfähigkeiten durchzuführen, anerkannte das Bundesgericht zwar ein entsprechendes privates Interesse versicherter Personen an der Einsicht in die Daten (BGE 144 I 170). Einen Anspruch auf Erstellung und Zurverfügungstellung einer solchen Erhebung hat es aber hinsichtlich begutachtender Institutionen mit dem Hinweis verneint, dass diese nicht befangen sein könnten. Hinsichtlich einzelner Gutachter erwog es, dass die Aussagekraft einer allfälligen Tendenz, Arbeitsunfähigkeit eher zurückhaltend oder grosszügig anzuerkennen, im einzelnen Leistungsverfahren zu beurteilen sei. Im konkreten Fall verneinte es, dass die Kenntnis der vom betreffenden Experten in anderen Fällen attestierten Arbeitsunfähigkeiten mangelnde Ergebnisoffenheit zu belegen vermöge. Konkrete Anhaltspunkte, die auf einen Befangenheitsanschein hindeuten könnten, seien ohnehin nicht vorgetragen worden (Urteil vom 22. April 2020, 8C\_25/2020, E. 5.1.2.2). Was die vorliegend geltend gemachte Äusserung des neuropsychologischen Gutachters zum Anspruch auf eine befristete Rente betrifft, ist nicht ersichtlich, inwiefern diese auf ein unkorrektes



Arbeiten Hinweise geben sollte. Zum einen ist die Aussage nicht belegt, zum anderen betrifft sie die rechtliche Würdigung des Sachverhaltes, welche nicht dem Gutachter obliegt, und die Beschwerdeführerin könnte hieraus auch gestützt auf den Vertrauensschutz nichts zu ihren Gunsten ableiten. In medizinischer Hinsicht hat die neuropsychologische Gutachtensperson - bei der es sich notabene um eine Frau handelt - überdies eine ausführliche Beurteilung abgegeben und die Adaptionskriterien für eine angepasste Tätigkeit festgelegt. Die genaue Arbeitsfähigkeitsschätzung werde durch den psychiatrischen Gutachter erfolgen (vgl. IV-act 79-71 f.).

**2.2.** Somit besteht kein Grund, dem Gutachten oder einem Teil davon von vornherein wegen Befangenheit die Beweistauglichkeit abzusprechen. Es erfüllt auch die übrigen von der Rechtsprechung festgelegten formellen Kriterien (vgl. E. 1.4 vorstehend).

**3.** Nachfolgend ist das Gutachten inhaltlich zu prüfen.

**3.1.** Die Beschwerdeführerin schilderte, primär leide sie unter Kopfschmerzen, die täglich, meist abends, in unterschiedlicher Intensität aufträten, sowie unter einem linksseitigen Tinnitus, besonders wenn es unter vielen Menschen laut sei. An zweiter Stelle stünden Konzentrationsstörungen. Früher habe sie ohne Probleme ein Buch gelesen, nun müsse sie etwas mehrfach lesen, um den Inhalt überhaupt zu verstehen. Sie sei auch beim Lesen abgelenkt, müsse viel über ihre Gesundheit und ihre Perspektive nachdenken. Sie habe auch das Gefühl, dass ihr Ehemann sie provoziere und belüge. Sie sei immer traurig, nur die Kinder ihrer Schwester bereiteten ihr etwas Freude. Sie sei vergesslich, ständig müde, habe keine Kraft, sei schnell nervös, erschöpft, beginne dann auch zu zittern und habe Ein- und Durchschlafprobleme. In der linken Hand (auch im Arm und an den Fingern) verspüre sie Kribbelempfindungen bzw. ein Taubheitsgefühl. Schliesslich werde ihr beim Aufstehen vom Liegen oder beim Hin- und Herbewegen des Kopfes schwindlig. Dies sei im normalen Alltag nicht relevant (IV-act. 79-25, 33, 45, 54 f.). Aufgrund der Durchschlafstörungen stehe sie in der Regel erst gegen Mittag auf und nehme das Mittagessen bei ihrer Schwester ein. Danach lege sie sich wieder hin und gehe mit ihrer Schwester gegen 15.00 Uhr spazieren, sofern es ihr möglich sei. Danach warte sie, bis ihre Söhne und der Ehemann gegen 17.00 Uhr nach Hause kämen. Sie versuche, zwischendurch Romane zu lesen, schaue nicht mehr fern und benutze keinen Computer. Sie fahre mit dem Auto beispielsweise zum Arzt. Im Sommer sei sie für zwei Wochen in Mazedonien gewesen (IV-act. 79-25, 33, 45, 55, 68). Am letzten Arbeitsplatz hätten Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Konzentrationsstörungen zu Fehlern geführt. Sie habe sich nicht wohl gefühlt, habe Probleme mit Arbeitskollegen gehabt, die immer wieder Fragen gestellt, sie provoziert und teilweise schikaniert hätten, was (zusätzlich) Auswirkungen auf ihre



Konzentrationsfähigkeit gehabt und zu Fehlern geführt habe (IV-act. 79- 27, 57). Einen Arbeitsversuch im Recycling habe sie 2016 nach zwei Wochen abbrechen müssen, da sie überfordert gewesen sei (IV-act. 79-27, 57). Von der Rehabilitationsbehandlung in der Klinik F.\_\_\_\_ habe sie nur kurzfristig profitiert und von den Behandlungen kaum Linderung erfahren. Der Unfall bzw. die Erkrankung habe ihr Leben erheblich verändert (IV-act. 79-33).

**3.2.** Der neurologische Gutachter diagnostizierte Spannungskopfschmerzen und eine unklare Sensibilitätsstörung an Unterarm und Hand links (IV-act. 79-29). Er befand, die früheren Diagnosen eines Sulcus-ulnaris-Syndroms und eines Karpaltunnelsyndroms könnten nicht bestätigt werden (IV-act. 79-30). Bei dezidierter Untersuchung des Berührungsempfindens an der Hand und am Arm beschreibe die Beschwerdeführerin Ausfälle in einem Bereich, der keinem peripheren Nerv oder einer Nervenwurzel eindeutig und ausreichend zugeordnet werden könne. Ähnliches gelte für die beschriebenen intermittierend auftretenden Kribbelparästhesien vom Unterarm bis in die Hand links. Letztendlich hätten aber die vorgetragenen Beschwerden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Allenfalls seien Tätigkeiten mit erforderlichem intaktem bimanuellem Tastsinn beeinträchtigt (IV-act. 79-29). Hier waren schon die früheren Beurteilungen uneinheitlich: Während Dr. C.\_\_\_\_ klinisch ein sensibles Sulcus-ulnaris-Syndrom und elektrophysiologisch ein leichtgradiges rein sensibles Karpaltunnelsyndrom feststellte (Bericht vom 3. Juni 2014, Fremdakten, act. 2-67 ff.), fand einige Wochen später Dr. D.\_\_\_\_ klinisch keinen Anhalt für ein Sulcus-ulnaris- oder Karpaltunnelsyndrom (Bericht vom 20. August 2014, Fremdakten, act. 2-8 ff.). Es ist daher nachvollziehbar, dass der neurologische Gutachter keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende wesentliche Symptomatik annimmt. Er führte weiter aus, die beschriebene Schwindelproblematik sei uneinheitlich. Hinweise auf eine neurologische Genese lägen nicht vor (IV-act. 79-30). Dabei kann es sein Bewenden haben, nachdem die Beschwerdeführerin selbst sich durch den Schwindel nicht wesentlich eingeschränkt fühlt. In der letzten Tätigkeit (Montage) oder einer Verweistätigkeit attestierte der neurologische Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 79-29). Auch retrospektiv habe aus rein klinisch-neurologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit bestanden (IV-act. 79-30).

**3.3.** Der orthopädische Gutachter erhob chronisch-rezidivierende Zervikozephalgien mit freier Funktion der Halswirbelsäule und rezidivierenden Muskelspannungsstörungen im Schulter-/Nackenbereich (IV-act. 79-37) und kam zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin und in



leidensangepasster Tätigkeit sei nicht eingeschränkt. Spätestens drei Wochen nach dem Unfallereignis sei die Beschwerdeführerin (aus orthopädischer Sicht) wieder arbeitsfähig gewesen (IV-act. 79-38).

**3.4.** Auch aus dem internistischen Fachgebiet konnten keine Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (IV-act. 79-50 f.).

**3.5.** Die Neuropsychologin kam zum Schluss, es bestünden aktuell leichte bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen. Diese seien qualitativ mit der beschriebenen depressiven Symptomatik zu vereinbaren. Aufmerksamkeits-, Antriebs- und Lerndefizite seien bei depressiven Störungen sehr typisch (IV-act. 79-71).

### **3.6.**

**3.6.1.** Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine chronische mittelgradige Depression (ICD-10: F32.2). Im psychiatrischen Befund seien eine depressive Stimmungslage mit verminderter affektiver Resonanz, gestörtem interaktionellen Kontaktverhalten (Zurückhaltung, kaum Blickkontakt) und Beeinträchtigungen in Denken, Antrieb und Psychomotorik feststellbar. Darüber hinaus beschreibe die Beschwerdeführerin ausgeprägte Schlafstörungen; Initiative, Freude und Durchhaltefähigkeit hätten abgenommen (IV-act. 79-60). Dr. H.\_\_\_\_ hatte zusätzlich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) gestellt und dazu ausgeführt, diese habe im Februar 2015 erhärtet werden können. An Symptomen seien Erinnerungslücken an Teile des Unfalls, Trigger (vor allem Geräusche), Hyperarousal, erhöhte psychische Sensivität, kognitive Probleme, Reizbarkeit, Schlafstörungen und somatische Symptome explorier- und beobachtbar gewesen. Die Beschwerdeführerin erlebe sich gegenüber der Familie abgestumpft und fühle sich isoliert und unverstanden (Arztbericht Dr. H.\_\_\_\_ vom 10. April 2016, IV-act. 53). Der psychiatrische Gutachter nahm dazu Stellung, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei überhaupt nicht nachvollziehbar. Weder das Unfallereignis noch die spätere Symptomatologie (und der aktuelle Befund) liessen eine solche diagnostische Annahme zu (IV-act. 79-63).

**3.6.2.** Zur selben Ansicht war auch Dr. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seinen psychiatrischen Beurteilungen vom 16. November 2015 und vom 12. Dezember 2016 zuhänden der SUVA gelangt (Fremdakten, act. 7-14 ff.; Fremdakten, act. 51). Die Diagnose beschreibt die Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen



Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Als Beispiel wird unter anderem ein schwerer Unfall erwähnt (vgl. H. Dilling/W. Mombour/M.H. Schmidt, ICD-10, 10. Aufl., 2015, S. 207). Da beim Unfall vom 4. April 2014 keine Personen schwer verletzt wurden und auch die Beschwerdeführerin selbst nicht lebensbedrohlich verletzt war, ist von einem solchen Ereignis nicht auszugehen. Zudem erhärtete sich die Diagnose erst im Februar 2015, mithin kurz vor Beendigung der Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ am 23. März 2015 (IV-act. 53).

**3.6.3.** Sodann verneinte der Gutachter das Vorliegen einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1), wie sie Dr. J.\_\_\_\_ diagnostiziert hatte (Arztbericht vom 3. Juli 2015, IV-act. 29). Diese könne jedenfalls zum aktuellen Zeitpunkt nicht bestätigt werden (IV-act. 79-63). Die Diagnose einer Angststörung wurde weder in der Klinik N.\_\_\_\_ gestellt (Austrittsbericht vom 25. Juli 2006, IV-act. 59) noch von Dr. O.\_\_\_\_ (Beurteilungen vom 16. November 2015 und vom 12. Dezember 2016 zuhanden der SUVA, Fremdakten, act. 7-14 ff.; Fremdakten, act. 51) bestätigt. Der Gutachter erhob keine befundlichen Hinweise für Phobien oder eine Panikstörung (IV-act. 79-59).

**3.6.4.** Nicht ausdrücklich äusserte er sich zum Vorliegen der in der Klinik N.\_\_\_\_ erhobenen anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; Austrittsbericht vom 25. Juli 2016, IV-act. 59). Er ordnete die Kopfschmerzen als psychosomatisches Korrelat der Depression zu (IV-act. 79-60) und berücksichtigte, dass sich Depression und Kopfschmerzen gegenseitig verstärkten (IV-act. 79-62). Dass er die Schmerzen in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezog, zeigt sich auch daran, dass er einerseits eine mittelgradige Depression diagnostizierte, andererseits aber die psychischen Befunde als schwer ausgeprägt bezeichnete (IV-act. 79-61). Ähnlich hatte zudem Dr. O.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. November 2015 festgehalten, die beschriebene Symptomatik lasse eher an eine depressive Störung und eine Überlastung mit somatoformen Symptomen denken. Diagnostisch stünden die depressiven Symptome mit den Auswirkungen auf Affekt und Schmerzen im Vordergrund (Fremdakten, act. 7-22).

**3.6.5.** Der psychiatrische Gutachter erwähnte übereinstimmend, bei den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Konzentrationsstörungen handle es sich um eine sogenannte depressive Pseudodemenz. Hierzu passten auch die neuropsychologisch objektivierten kognitiven Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Funktionen (IV-act. 79-60). Er stufte den Schweregrad der neuropsychologischen Befunde nachvollziehbar als leicht bis mittelgradig ein (IV-act. 79-61).



**3.7.** Der psychiatrische Gutachter bestimmte die Arbeitsfähigkeit anhand der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens: Er führte aus, durch die erhebliche Einschränkung der psychomentalen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit insgesamt, aber auch durch die Abnahme von Antrieb und Durchhaltevermögen seien die pro Zeiteinheit mögliche Leistungsfähigkeit und das Rendement eingeschränkt. Hinzu kämen die neuropsychologischen Defizite. Die mit der bisherigen Tätigkeit verbundene gleichzeitige Überwachung mehrerer Parameter wäre aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen erheblich erschwert (IV-act. 79-60, 71). Die neuropsychologischen Befunde seien als leicht bis mittelgradig, die psychischen Befunde als schwer einzustufen. Sie führten zu einer erheblichen Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag. Es finde seit wenigen Monaten nach dem Unfall eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt. Unverständlich sei, dass die antidepressive Medikation seit über zwei Jahren nicht verändert worden sei. Die medikamentösen Therapieansätze seien nicht ausgeschöpft (IV-act. 79-61). Die Beschwerdeführerin verfüge über gute Ressourcen in den Komplexen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung und Interaktionskompetenz. Die Selbstwertregulation, Regressionsfähigkeit und Intentionalität seien herabgesetzt. Der Antrieb sei reduziert. Sie sei aber durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren. Ein krankhaft bedingter Rückzug aus sozialen Bereichen liege teilweise vor. Das unmittelbare soziale Umfeld sei intakt. Es bestehe eine familiäre Unterstützung, die als interpersonelle Ressource gelte. Das Aktivitätsniveau sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt. Eine Diskrepanz zwischen den Bereichen Haushalt, Freizeitgestaltung, Benutzung von Verkehrsmitteln und Führungs- und Kontrollfunktionen sei insofern nicht feststellbar (IV-act. 79-62). Flexibilität und Urteilsfähigkeit, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Selbstbehauptungsfähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und die Durchhaltefähigkeit seien mittelgradig, die Kontaktfähigkeit zu Dritten leicht und die Anpassung an Regeln und Routinen, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Gruppenfähigkeit, die Verkehrsfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und die Selbstpflege seien nicht beeinträchtigt. Bei der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit lägen darüber hinaus Einschränkungen in den Bereichen Sicherheit, Arbeitsleistung (Leistungs- und Zeitkomponente), Lebensqualität (mangelnde Erholung und Partizipation bei Erschöpfung), nicht jedoch in den Bereichen Gesundheit und soziales Interaktionsverhalten vor (IV-act. 79-63).

**3.8.** Zur Arbeitsfähigkeit hielt der psychiatrische Gutachter fest, die psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen begründeten unter Berücksichtigung der



anderen intakten psychischen und kognitiven Funktionen in der in dieser Hinsicht anforderungsreichen bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Zusammenfassend bestehe ein erhöhter Regenerationsbedarf und ein Mehraufwand bei Vorbereitung und Planung. Multitasking könne nicht zugemutet werden. Einfache Routinetätigkeiten seien vorzuziehen. Es sollte Zeitdruck vermieden werden und sei eine verlängerte Einarbeitungszeit zu berücksichtigen (IV-act. 79-63). In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit hingegen 70 %. Die verminderte psychomentele Belastbarkeit und Ausdauer blieben auch hier relevant, unter Berücksichtigung des Leistungsprofils würden aber die anderen die Leistungsfähigkeit einschränkenden Komponenten wegfallen (IV-act. 79-14, 61). Daraus erhellt, dass die psychiatrischen und neuropsychologischen Einschränkungen in der geschätzten Arbeitsfähigkeit von 70 % vollumfänglich berücksichtigt sind.

### 3.9.

**3.9.1.** Zum Verlauf legte der psychiatrische Gutachter dar, in Annahme der Entwicklung einer mittelgradigen Depression im baldigen Verlauf nach dem Unfall (Juni 2014) dürfte die Arbeitsfähigkeit bis Oktober 2014 in einer Grössenordnung von 70 % gelegen haben. Zu diesem Zeitpunkt habe sich die Depression in einer Remissionsphase befunden. Spätestens ab Februar 2015 habe eine mittelgradige Depression vorgelegen. Auch wenn diese im Verlauf Schwankungen unterworfen gewesen sei, sei im Längsschnitt von wenigen Änderungen der Funktionsfähigkeit auszugehen, so dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit dieser Zeit bis anhaltend bei 50 % anzusiedeln sei. Es sei davon auszugehen, dass es durch die Chronifizierung zu einer quantitativen und qualitativen Zunahme der depressiogenen kognitiven und psychischen Symptome gekommen sei, sodass die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders als in der ersten Zeit nach dem Unfall zu beurteilen seien. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei entsprechend diesem Verlauf von Juni bis Oktober 2014 von einer 80%igen, von Oktober 2014 bis Februar 2015 von einer 100%igen und seit Februar 2015 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 79-64).

**3.9.2.** Dr. J. \_\_\_ attestierte ab 1. Juli 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Besprechung SUVA vom 28. April 2015, Fremdakten, act. 7-91 ff.). Aufgrund einer Zunahme der depressiven Symptomatik erhöhte er die Arbeitsunfähigkeit ab 27. Januar 2016 auf 100 % (Berichte vom 11. April 2016, Fremdakten, act. 13, und vom 13. Juni 2016, IV-act. 56). Ab Mai 2016 berichtete er von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Verlaufsbericht vom 16. März 2017, IV-act. 67). Der stationäre



Aufenthalt in der Klinik N.\_\_\_\_ führte zu keiner Verbesserung der Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen und im affektiven Bereich zu einer leichten Verbesserung der Vitalgefühle, der inneren Unruhe, der Insuffizienzgefühle und der Antriebshemmung bei nach wie vor vorhandener Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit, Affektstarre, Gereiztheit, Gefühlslosigkeit und einem ausgeprägten sozialen Rückzug (Austrittsbericht vom 25. Juli 2016, IV-act. 59, ergänzende Stellungnahmen zuhanden der SUVA vom 4. August 2016, Fremdakten, act. 36-3 ff.). Dr. J.\_\_\_\_ hielt gegenüber der SUVA am 19. Oktober 2016 fest, die bislang attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei aus "psychosomatischer Sicht" erfolgt. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin höchstens 50 % arbeitsunfähig (Fremdakten, act. 47; Verlaufsbericht vom 16. März 2017, IV-act. 67). Diese Angabe bezieht sich auf die bisherige Tätigkeit (IV-act. 67-3, Ziff. 1.2). Geht man davon aus, dass Dr. J.\_\_\_\_ die von psychosozialen Belastungsfaktoren herrührenden und rein subjektiven Beschwerden ausklammert, stimmt seine Einschätzung mit derjenigen des psychiatrischen Gutachters überein. Dabei handelt es sich um den Gesundheitszustand nach der berichteten Verschlechterung im Mai 2016. Damit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Verlauf aus psychiatrischer Sicht vor der Begutachtung eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Dem Gutachter ist somit zu folgen, dass die 70%ige Arbeitsfähigkeit ab Februar 2015 bestanden hat.

**3.10.** Zusammenfassend berücksichtigt das Gutachten die geklagten Beschwerden, die vorhandenen medizinischen Akten, beruht auf üblicher Befundaufnahme und ist schlüssig und nachvollziehbar und die massgeblichen Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens werden erörtert. Auf die getroffene Arbeitsfähigkeitsschätzung ist für die Beurteilung des Rentenanspruches abzustellen.

#### 4.

**4.1.** Die Beschwerdeführerin war ab dem 4. April 2014 zu 100 % beziehungsweise 50 % arbeitsunfähig (Fremdakten, act. 3-2 ff.; Unfallschein UVG, Fremdakten, act. 2-54). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte am 16. Dezember 2014. Ein allfälliger Rentenanspruch besteht somit ab 1. Juni 2015 (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Gemäss den Gutachtern ist interdisziplinär führend aus psychiatrischer Sicht seit dem 1. Februar 2015 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten auszugehen.

**4.2.** Die ehemalige Arbeitgeberin gab für die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2014 ein Einkommen von 13 x Fr. 4'450.-- = Fr. 57'850.-- an (Angaben vom 21. Januar 2015, IV-act. 19-3). Die Beschwerdegegnerin ging von diesem Betrag als Valideneinkommen



aus. Hinzu kommt eine Gratifikation von Fr. 1'500.-- (IV-act. 19-4). Unter deren Berücksichtigung beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 59'350.--. Wird das Valideneinkommen aufgrund des durchschnittlichen Jahreseinkommens der Jahre 2010 bis 2014 (Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 10) berechnet, ergibt sich kein höherer Betrag (2010: Fr. 49'894.-- : 2579 x 2673 = Fr. 51'713.--; 2011: Fr. 59'240.-- : 2604 x 2673 = Fr. 60'810.--; 2012: Fr. 53'321 : 2630 x 2673 = Fr. 54'193.--; 2013: Fr. 58'820.-- : 2648 x 2673.-- = Fr. 59'375.--; Durchschnitt Fr. 57'088.--).

**4.3.** Das Invalideneinkommen bemisst sich nach dem Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1, Frauen, welches für das Jahr 2014 Fr. 53'793.-- beträgt. Entsprechend der Arbeitsfähigkeit von 70 % beläuft sich das Invalideneinkommen ohne Tabellenlohnabzug auf Fr. 37'655.--.

**4.4.** Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits in der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteile 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1; 8C\_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; je mit Hinweisen). Dabei rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil 8C\_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; 9C\_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.2, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 mit Hinweisen). Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 5.3.1).

**4.5.** Soweit die Beschwerdeführerin einen Teilzeitabzug geltend macht, ist ein Minderverdienst anhand der Statistik nicht ausgewiesen (vgl. BFS, T18, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2014). Auch sind in der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 % sämtliche Auswirkungen des psychischen Gesundheitsschadens berücksichtigt (vgl. E. 2.6). Aus somatischer Sicht verbleibt die Einschränkung für Tätigkeiten, die einen bimanuell intakten Tastsinn



erfordern. Deren Anteil im Spektrum der für die Beschwerdeführerin in Frage kommenden Tätigkeiten dürfte sehr klein sein, so dass diese in der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigte Einschränkung keinen Tabellenlohnabzug rechtfertigt. Mithin besteht keine Grundlage für einen Tabellenlohnabzug. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 59'350.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'655.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 36,6 % ( $[(Fr. 59'350.-- - Fr. 37'655.--) : 59'350.--]$ ). Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Rentenanspruch.

### 5.

Die Beschwerdeführerin macht geltend, über den Rentenanspruch hätte erst bei Vorliegen eines stabilen medizinischen Zustandes und nach oder zusammen mit dem Entscheid über berufliche Massnahmen entschieden werden dürfen.

**5.1.** Der Kreisarzt der SUVA kam am 26. November 2015 zum Schluss, aus organisch-orthopädischer Warte sei von einem erreichten stabilen Zustand auszugehen (Fremdakten, act. 7-30). Namentlich im Hinblick auf die Symptomatik in Arm und Hand links ist aufgrund der Akten nicht von einer Veränderung auszugehen und sind die Beschwerden ausreichend abgeklärt. Den psychischen Zustand betreffend hielt RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ am 19. Januar 2018 fest, dass (aus psychiatrischer Sicht) im Längsschnitt von einem stabilen Gesundheitszustand auszugehen sei (IV-act. 80). Der Gesundheitszustand war somit im Begutachtungs- und Verfügungszeitpunkt stabil.

**5.2.** Nachdem der Einkommensvergleich keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad ergibt, war es gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts zum einen ohnehin zulässig, zuerst über das Rentenbegehren und erst danach über allfällige weitere beruflichen Massnahmen zu entscheiden (Urteile vom 14. April 2003, I 99/02, E. 4.2; vom 20. Mai 2015, 8C\_187/2015, E. 3.2.1). Zum anderen hat die Beschwerdegegnerin vor der Prüfung des Rentenanspruches bereits Arbeitsvermittlung durchgeführt und einen weiteren Anspruch mangels Vorliegens der subjektiven Eingliederungsfähigkeit am 14. Januar 2016 abgewiesen (vgl. Assessmentprotokolle vom 14. August 2015, 29. September 2015 und 5. Januar 2016, IV-act. 36, 40 und 43, sowie Feststellungsblatt berufliche Massnahmen vom 14. Januar 2016 sowie Mitteilung vom 14. Januar 2016, IV-act. 47). Sollte zu einem späteren Zeitpunkt eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eintreten oder insbesondere die Symptomatik am Ellbogen und der Hand stärker und objektivierbar werden, wäre bei entsprechender Dokumentierung auch eine stärkere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit glaubhaft, so dass sich für eine allfällige spätere Wiederanmeldung für die Beschwerdeführerin kein Nachteil



ergeben sollte, weil die Beschwerdegegnerin mit dem Erlass der angefochtenen Verfügung nicht zuwartete.

### 6.

**6.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**6.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.