



**Fall-Nr.:** IV 2022/10  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.01.2023  
**Entscheiddatum:** 05.10.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.10.2022**

**Art. 28 Abs. 1 IVG. Rentenanspruch. Beweiskraft des von der zuständigen Unfallversicherung eingeholten polydisziplinären Gutachtens bejaht. Abweisung der Beschwerde bezüglich Rente. Nichteintreten auf die Beschwerde bezüglich berufliche Massnahmen mangels eines Anfechtungsobjekts (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Oktober 2022, IV 2022/10). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_520/2022.**

#### **Entscheid vom 5. Oktober 2022**

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

IV 2022/10

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Christian Jaeggi, advo5 Rechtsanwälte,  
Waltersbachstrasse 5, Postfach, 8021 Zürich 1,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ erlitt am 6. Oktober 2014 einen Unfall beim Klettern. Sie stürzte, verhedderte sich mit dem linken Bein im Seil und prallte gegen die Wand (IV-act. 7). Zu diesem Zeitpunkt stand sie in unbefristeter Anstellung als Produkt Manager mit der B.\_\_\_\_ GmbH (IV-act. 9-1 f.). Am 15. Oktober 2014 suchte sie ihren Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Sportmedizin SGSM und Manuelle Medizin SAMM, auf, welcher die Diagnosen Commotio cerebri mit Hämatom am linken Oberschenkel sowie Reizdarmsyndrom erhob (vgl. Fremdakten der Eidgenössischen Invalidenversicherung [IV; nachfolgend: fremd-act.] 1-8). Da sich ein prolongiertes postkommotionelles Syndrom zeigte, leitete Dr. C.\_\_\_\_ am 21. Januar 2015 eine fachärztliche neurologische Untersuchung der Versicherten ein (fremd-act. 1-8), welche am 6. Februar 2015 bei Dr. med. D.\_\_\_\_ stattfand. Dieser beschrieb mit Bericht vom 9. Februar 2015 im Verlauf bei postkommotionellem Syndrom nach leichtem Schädelhirntrauma mit begleitender Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) eine wohl wesentliche Besserung der Beschwerdesymptomatik. Es würden sich keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Hirnschädigung ergeben. Der Genesungsprozess werde abhängig von der Belastung noch Wochen bis wenige Monate in Anspruch nehmen. Spezifische Massnahmen oder Medikamente seien nicht angezeigt. Man müsse die Arbeitsfähigkeit entsprechend den Möglichkeiten der Versicherten jeweils anpassen, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erachte er aktuell als nicht gegeben (IV-act. 78-8 f.).

**A.b.** Am 25. August 2015 meldete die Versicherte sich auf Geheiss der zuständigen Unfallversicherung (vgl. Besprechungsprotokoll vom 25. August 2015 in fremd-act. 2-4



f.) unter Hinweis auf den Unfall vom 6. Oktober 2014 bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

**A.c.** Am 15. Oktober 2015 besuchte die Versicherte die Kopfwehsprechstunde in der Klinik für Neurologie am UniversitätsSpital Zürich (nachfolgend: Klinik für Neurologie; IV-act. 12-11 ff.). Die zuständigen Ärzte äusserten den Verdacht auf eine traumatisch getriggerte Migräne und befanden die Versicherte als fokal neurologisch unauffällig (IV-act. 12-11). Sie empfahlen aus diagnostischer Sicht die Durchführung eines MRI und einer neuropsychologischen Testung sowie eine Abklärung in der interdisziplinären Schwindelsprechstunde (IV-act. 12-11 und 13 f.). Aus therapeutischer Sicht empfahlen sie unter anderem die Einnahme einer medikamentösen Prophylaxe (Magnesium und Vitamin B2; IV-act. 12-11). Am 11. November 2015 wurde in der Klinik für Neuroradiologie des UniversitätsSpitals Zürich ein MRI "Gehirn inkl. Schädelkalotte" erstellt, welches je eine Demyelinisierung am Seitenventrikel-Vorderhorn beidseits ohne Schrankenstörung ergab (fremd-act. 6-9). Anlässlich der Sprechstunde für allgemeine Neurologie in der Klinik für Neurologie vom 19. November 2015 (IV-act. 12-7 ff.) wurde das Schädel-MRI besprochen. Nach wie vor wurde ein cursorisch unauffälliger Neurostatus erhoben (IV-act. 12-9). Neu stellten die zuständigen Ärzte die Diagnose einer Migräne ohne Aura (IV-act. 12-7).

**A.d.** Ebenfalls am 19. November 2015 fand - auch in der Klinik für Neurologie - eine neuropsychologische Standortbestimmung der Versicherten statt (IV-act. 78-44 ff.). Diese ergab isolierte Minderleistungen in attentionalen Teilfunktionen, hauptsächlich in Form diskret verlangsamter Reaktionen auf einfache Reize sowie reduzierter quantitativer Leistung auf auditive Reize in der geteilten Aufmerksamkeit bei intakten selektiven Aufmerksamkeitsfunktionen und einem durchschnittlichen verbalen Arbeitsgedächtnis. Weiter zeigte die Versicherte eine leicht verminderte verbale Merkspanne bei einem ansonsten durchwegs normgerechten bis teilweise sogar überdurchschnittlichen kognitiven Leistungsprofil. In zusätzlich durchgeführten Fragebogenverfahren und vom klinischen Eindruck her fänden sich Hinweise auf eine mittelschwere, sowohl körperliche als auch kognitive Tätigkeiten betreffende Fatiguesymptomatik bei psychometrisch fehlenden Anzeichen einer klinisch relevanten affektiven Verstimmung. Klinisch präsentiere sich die Versicherte deutlich belastet und überfordert. Die wenigen objektivierbaren kognitiven Auffälligkeiten seien insgesamt



nur leicht ausgeprägt und betreffen vorwiegend die langsamere Verarbeitungsgeschwindigkeit bei hoher Arbeitsgenauigkeit. Hinweise auf schwere primäre neuropsychologische Funktionsstörungen fänden sich keine. Vermutlich handle es sich bei den beschriebenen Einbussen um sekundäre Folgen der Erschöpfungszustände, der Kopfschmerzsymptomatik sowie der allgemeinen psychosozialen Belastungssituation. Die Arbeitsfähigkeit aber auch die Lebensqualität der Versicherten seien aktuell hauptsächlich im Zusammenhang mit der Fatigue- und Kopfschmerz-Symptomatik erheblich reduziert. Hinsichtlich weiterer therapeutischer und beruflicher Massnahmen sollte die medizinische Klärung und Behandlung der von der Versicherten angegebenen Erschöpfungszustände und Kopfschmerzen im Zentrum stehen, die bereits seit einem Reitunfall in der Kindheit bestünden und seit dem letzten Unfallereignis beim Klettern an Intensität und Frequenz zugenommen hätten (IV-act. 78-46).

**A.e.** Am 24. November 2015 unterzog sich die Versicherte im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des UniversitätsSpitals Zürich (nachfolgend: Schwindelzentrum) einem Video-Kopfimpulstest und einem Dynamic visual acuity-Test. Ersterer ergab eine normale peripher-vestibuläre Funktion der horizontalen, anterioren und posterioren Bogengänge beidseits (IV-act. 78-41); letzterer eine normale dynamische Sehschärfe nach beiden Seiten (fremd-act. 8-30). Am 21. Dezember 2015 fand die Befundbesprechung und eine Schwindelbeurteilung am Schwindelzentrum statt. Die zuständigen Ärzte erhoben bei fehlendem fokalneurologischem Defizit und normaler peripher-vestibulärer Funktion den Verdacht auf eine posttraumatische vestibuläre Migräne (IV-act. 78-39) und empfahlen die Ausweitung der migräneprophylaktischen Behandlung (IV-act. 78-40; vgl. vorstehend Sachverhalt A.c).

**A.f.** Dr. C. \_\_\_ berichtete am 7. Januar 2016, die Versicherte habe sich beim Kletterunfall vom 6. Oktober 2014 eine Commotio Cerebri sowie eine HWS-Distorsion zugezogen mit konsekutivem postkommotionellem Syndrom sowie Nackenbeschwerden. Dies äussere sich bei der Arbeit mit Konzentrationsstörungen sowie verminderter Belastbarkeit, was zu Kopfschmerzen, Müdigkeit etc. führe. Auch Schwindelsituationen bei vermehrter Belastung würden die Arbeitsfähigkeit



## St.Galler Gerichte

einschränken (IV-act. 12-2 f.). Die Versicherte sei mittlerweile an eine 75%ige Arbeitsfähigkeit herangeführt worden (IV-act. 12-3).

**A.g.** Am 16. März 2016 besuchte die Versicherte eine Verlaufskontrolle am Schwindelzentrum (IV-act. 78-37). Dabei wurden in den Lagerungsmanövern auffällige klinische Befunde erhoben, welche jedoch keine klare Lokalisation eines möglichen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) zuließen. Aufgrund der Möglichkeit eines (komorbiden) BPLS, wurde die Versicherte zu einer Drehstuhlbehandlung aufgeboten (IV-act. 78-38). Letztere fand am 12. April 2016 statt und ergab Symptome eines BPLS posterior rechts, aber keinen sicheren Nachweis bei fehlenden Nystagmen; nach Reposition sei eine transiente Verbesserung der Symptome verzeichnet worden (IV-act. 78-35). Anlässlich der Verlaufssprechstunde vom 29. April 2016 sprachen sich die zuständigen Ärzte eher für die Diagnose eines BPLS als aggravierende Komponente aus. Bei Beschwerdepersistenz sei eine klinische Kontrolle mit Frage nach BPLS sinnvoll. Darüber hinaus gelte unverändert das Procedere mit Fortführung der Migräne Basistherapie (IV-act. 78-36; vgl. Sachverhalt A.c und A.e).

**A.h.** Per 31. Mai 2016 beendete die Versicherte ihr Arbeitsverhältnis mit der B.\_\_\_\_ GmbH (vgl. IV-act. 46-9). Per 1. August 2016 nahm sie ein vollzeitliches Arbeitsverhältnis als Analyse-Mitarbeiterin der E.\_\_\_\_ AG auf, wobei sie das Pensum per 1. November 2016 auf 80 % reduzierte (IV-act. 47-2 f.; vgl. auch IV-act. 35-4).

**A.i.** Mit Mitteilung vom 4. November 2016 sprach die IV-Stelle des Kantons Aargau (nachfolgend: IV-Stelle AG) der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Arbeitsplatzanpassung (Bürostuhl) zu (IV-act. 20).

**A.j.** Am 9. Dezember 2016 fand die bereits im November 2015 vereinbarte (vgl. IV-act. 12-7 und 12-10) MRI-Verlaufskontrolle in der Klinik für Neuroradiologie am UniversitätsSpital Zürich statt. Im Vergleich zur Untersuchung vom 11. November 2015 zeigten sich bei der Versicherten stationäre diskrete Demyelinisierungen periventrikulär, betont frontal beidseits. Die übrigen Befunde waren unverändert (fremd-act. 12-2).

**A.k.** Mittels Vorbescheids vom 1. Februar 2017 verneinte die IV-Stelle AG einen weiteren Anspruch auf berufliche Massnahmen/Rente. Da sechs Monate nach Eingang



der Anmeldung bereits wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, seien keine weiteren Leistungen der IV zu prüfen (IV-act. 24-2 f.).

**A.i.** Am 13. Februar 2017 konsultierte die Versicherte erstmals Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Sportarzt, Klinik G.\_\_\_\_, Muskulo-Skelettal Zentrum Sportmedizin. Dem gleichentags verfassten Bericht ist folgende Diagnose zu entnehmen: Status nach Oberkörper- und Kopfkontusion rechtsseitig vom 6. Oktober 2014 (Kletterunfall) mit regredientem, aber noch deutlich aktivem postkommotionellem Syndrom bei/mit Verdacht auf posttraumatische Migräne, DD Commotio labyrinthi sowie Status nach anamnestisch vier Commotiones cerebri: 1999 Reitunfall mit LOC (Bewusstseinsverlust; ca. vier Wochen symptomatisch), 2012 Kajakunfall und Kopfkontusion mit LOC (ca. drei Wochen Ausfall), 2013 Kopfkontusion ohne LOC (ca. eine Woche Ausfall), Ereignis vom 6. Oktober 2014. Aktuell leide die Versicherte unter chronifizierten Kopfschmerzen (Differentialdiagnose: chronifizierte posttraumatische Migräne), rezidivierenden Schwindelattacken (teils vestibulär, teils Erschöpfungsschwindel), belastungsabhängigen kognitiven Überforderungen mit vegetativer Begleitsymptomatik und teils koordinativer Störung (IV-act. 59-2).

**A.m.** Am 14. März 2017 verfügte die IV-Stelle AG entsprechend ihrem Vorbescheid vom 1. Februar 2017 den Abschluss des Gesuchs um berufliche Massnahmen und Rente (IV-act. 25; vgl. Sachverhalt A.k).

**A.n.** Mit Einspracheentscheid vom 19. April 2017 bestätigte die zuständige Unfallversicherung ihre Verfügung vom 10. Januar 2017, mit welcher die unfallversicherungsrechtlichen Leistungen per diesen Tag eingestellt worden waren (fremd-act. 14 und 13-1 ff.; für die dagegen gerichtete Beschwerde an das hiesige Gericht vom 19. Mai 2017 vgl. fremd-act. 21-2 ff. und für die Beschwerdeergänzung vom 18. August 2017 fremd-act. 21-7 ff.).

**A.o.** Am 15. Mai 2017 diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ eine psychoenergetische, posttraumatische Dekompensation im Sinne einer posttraumatischen Burnout-Symptomatik, aktuell akzentuiert und interventionsbedürftig (IV-act. 61-1). Die Versicherte drohe bei weitergehender Stressbelastung vollkommen zu dekompenzieren (IV-act. 61-2). Am 6. Juni 2017 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ über eine gleichentags erfolgte



Konsultation. Die Krisenintervention vom 15. Mai 2017 habe vor allem in Bezug auf die Stressorenkontrolle eine deutliche Besserung gebracht (IV-act. 62). Anlässlich der nächsten Konsultation vom 27. Juni 2017 stellte Dr. F.\_\_\_\_ erstmals eine akzentuierte Dysfunktion der oberen HWS (C0/C1, C1/C2) mit vegetativen Instabilitäten fest (IV-act. 63).

**A.p.** Vom 6. Juli bis 2. August 2017 war die Versicherte in der Klinik H.\_\_\_\_ hospitalisiert und nahm an einem spezifischen vierwöchigen interdisziplinären ganzheitlich orientierten Behandlungsprogramm für Patienten mit Status nach HWS-Trauma teil. Dem Austrittsbericht vom 22. August 2017 ist die Diagnose eines regredienten postkommotionellen Syndroms mit/bei Status nach Kletterunfall mit Kopf- und Oberkörperkontusion rechtsseitig, Verdacht auf posttraumatische Migräne und Verdacht auf Commotio labyrinthi mit vestibulär-visueller Verarbeitungsstörung zu entnehmen (IV-act. 35-1). Der Versicherten sei bis zum 20. August 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Anschliessend werde aus internistischer Sicht eine rasche, jedoch schrittweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess empfohlen, beginnend mit reduziertem Pensum (IV-act. 35-2). Auch aus psychologischer Sicht werde ein baldiger schrittweiser beruflicher Wiedereinstieg empfohlen (IV-act. 35-4).

**A.q.** Am 15. August 2017 suchte die Versicherte Dr. F.\_\_\_\_ auf und berichtete ihm über eine fehlende Veränderung, eher sogar Verschlechterung, durch die Neuro-Reha (IV-act. 34-1). Dieser empfahl unter anderem eine Konsultation bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Klinik J.\_\_\_\_ AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 34-2). Letztere berichtete am 25. August 2017 über die Konsultation der Versicherten vom Vortag. Als psychiatrische Diagnosen nannte sie eine leichte depressive Episode, einen Zustand der totalen Erschöpfung und eine Panikstörung. Auch nach Abschluss der Reha bestünden bei der Versicherten weiterhin chronische Kopfschmerzen sowie täglicher Schwindel unterschiedlicher Intensität. Die Symptomatik sei belastungsabhängig und könne in bestimmten Situationen wie beispielsweise in Menschenmengen akzentuiert werden. Dabei komme es zu Kribbelparästhesien, Zittern, Koordinationsschwierigkeiten, Schwäche und Unsicherheit sowie Herzrasen (IV-act. 78-31). Da die komplexe postkommotionelle Symptomatik mit Migräne, DD Commotio labyrinthi, in engem Zusammenhang und gegenseitiger negativer Beeinflussung mit der psychischen Situation stehe, empfehle sie die weiterführende



## St.Galler Gerichte

Behandlung in der Praxis für Neuropsychiatrie bei Dr. med. K.\_\_\_\_. Dieser sei als Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie auf die Behandlung von Patienten mit somatisch-neurologischer und psychiatrischer Problematik spezialisiert (IV-act. 78-32).

### **B.**

**B.a.** Mittels Meldeformulars Früherfassung gelangte die Versicherte am 28. August 2017 auf Empfehlung des zuständigen Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV; vgl. IV-act. 65-1) an die neu zuständige IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle; IV-act. 26). Dies unter Hinweis auf eine starke Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes mit voller Arbeitsunfähigkeit ab 15. Mai 2017. Sie leide unter Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Konzentrationsproblemen etc. (IV-act. 26-1 und 26-3). Sie sei noch bis zum 31. August 2017 bei der E.\_\_\_\_ AG angestellt (IV-act. 26-2). Per 1. September 2017 habe sie sich beim zuständigen RAV zur Arbeitsvermittlung angemeldet (IV-act. 26-3). Die "ordentliche" Wiederanmeldung bei der IV erfolgte auf Geheiss der IV-Stelle (vgl. IV-act. 27) am 7. September 2017 (IV-act. 32; vgl. auch das Anmeldeformular vom 23. September 2017 in IV-act. 41).

**B.b.** Am 12. September 2017 fand eine Verlaufskontrolle bei Dr. F.\_\_\_\_ statt. Dieser attestierte der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 20 % für einen Arbeitsversuch bis Ende Oktober (IV-act. 65). Per 18. September 2017 nahm die Versicherte bei der L.\_\_\_\_ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin), eine Arbeitstätigkeit im Stundenlohn auf (vgl. IV-act. 65-1 und 96-4 oben). Nach einer regulären Verlaufskontrolle vom 25. Oktober 2017 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, die Versicherte könne die 20%ige Arbeitsfähigkeit gut aufrechterhalten und je nach begleitenden Belastungsmomenten einteilen (IV-act. 66).

**B.c.** Der zuständige Arzt vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 30. November 2017 nach einer telefonischen Besprechung mit Dr. F.\_\_\_\_, es sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Vergleich zur Verfügung vom 14. März 2017 verschlechtert habe. Die Versicherte verfüge im Moment über eine Arbeitsfähigkeit von 20 %. Ein Eingliederungspotential bestehe aktuell nicht (IV-act. 68-1). Am 16. Januar 2018 hielt der RAD-Arzt nach neuerlicher Rücksprache mit Dr. F.\_\_\_\_ fest, die Versicherte arbeite 25 bis 30 %. Dr. F.\_\_\_\_ vermöge den somatoformen Anteil des Leidens der Versicherten nicht genau einzuschätzen. Er halte



## St.Galler Gerichte

dafür, dass sich ihr Gesundheitszustand in den nächsten Wochen und Monaten weiter bessern könne. So gesehen verfüge die Versicherte noch nicht über einen stabilen Gesundheitszustand. Nach Einholung eines Berichts von Dr. K.\_\_\_\_ sei ihm der Fall nochmals vorzulegen (IV-act. 73-1).

**B.d.** Am 22. Januar 2018 wurde die Versicherte im Auftrag der zuständigen Krankentaggeldversicherung von der PMEDA AG Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (nachfolgend: PMEDA) psychiatrisch und neurologisch untersucht (IV-act. 79-19 und 79-36). Nachdem laut Dr. F.\_\_\_\_ anlässlich dieser Untersuchung die Durchführung einer MR-Untersuchung der gesamten Wirbelsäule diskutiert worden sei, habe er eine solche in Auftrag gegeben (vgl. Bericht zur Konsultation vom 29. Januar 2018 in IV-act. 79-13). Am 1. Februar 2018 wurde vom Röntgeninstitut M.\_\_\_\_ ein MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Iliosakralgelenks (ISG) erstellt. Die Beurteilung lautete dahingehend, dass keine lumbale Diskushernie nachweisbar sei. Es liege etwas Reizerguss in den Facettengelenken des Segmentes L5/S1 vor (IV-act. 79-15). Am 2. Februar 2018 wurden ebenfalls im Röntgeninstitut M.\_\_\_\_ MRT der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS) erstellt. Es fanden sich keine Hinweise auf eine strukturelle Läsion der HWS und BWS und keine Myelopathie, jedoch eine Fehlhaltung mit leichter thorakaler Hyphoskoliose (IV-act. 79-17).

**B.e.** Am 7. Februar 2018 erstattete Dr. K.\_\_\_\_ der IV Bericht (IV-act. 78-1 bis 78-7; vgl. auch Bericht vom 22. November 2017 an die Krankentaggeldversicherung in fremd-act. 16-25 ff.). Dabei erklärte er, die Versicherte habe vom 25. September bis 20. Oktober 2017 bei ihm in Behandlung gestanden. Als Diagnose nannte er ein Mischbild mit Ängsten und somatoformen Symptomen (IV-act. 78-1). Die Versicherte habe im Oktober 2014 einen Kletterunfall mit Oberkörper- und Kopfkontusion rechts erlitten ohne anamnestischen Hinweis auf ein Schädel-Hirn-Trauma. Die sich im Verlauf entwickelnde Symptomatik aus Kopfschmerzen, Schwindel, kognitiven Einschränkungen, Antriebslosigkeit und Energiemangel habe sich im Verlauf gebessert, jedoch seien Restbeschwerden zurückgeblieben. Diese hätten zu umfangreichen Abklärungen geführt. Zusatzdiagnostisch seien im 2015 und 2016 weitgehend unauffällige cMRT sowie 2015 ein unauffälliges EEG durchgeführt worden. Die zum Teil unterschiedlichen Befunde und Ergebnisse hätten zum einen zu einer Verunsicherung der Patientin und zum anderen dazu geführt, dass sie sich derart selbst beobachte,



## St.Galler Gerichte

dass man aktuell an eine somatoforme Komponente bei initial sicher vorgelegener somatischer Problematik denken müsse. Darüberhinaus sei es zu einer grossen Angst gekommen, sich, wie früher so oft, zu überfordern. Die Kopfschmerzen sehe er am ehesten als eine Mischform aus Spannungskopfschmerz und Migräne an. Der Schwindel sei nicht klar zuzuordnen. Den Ansatz, weitere Abklärungen zurückzustellen und nach Massgabe der Beschwerden zu versuchen, zu einer Normalisierung zu kommen, habe er thematisiert (IV-act. 78-2 f.). Da er die Versicherte lediglich dreimal gesehen habe, könne er deren Leistungsfähigkeit nicht beurteilen (IV-act. 78-3 f.).

**B.f.** Am 27. Februar 2018 erstattete die PMEDA ihr bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 79-19 bis 79-56; vgl. Sachverhalt B.d). Der psychiatrische Teilgutachter diagnostizierte eine weitgehend remittierte depressive Episode bei Verdacht auf atypische anorektisch gefärbte Essstörung (IV-act. 79-31). Der neurologische Gutachter diagnostizierte Spannungskopfschmerz, Differentialdiagnose Migräne mit Aura, sowie Lagerungsschwindel (IV-act. 79-52). Beide Gutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit der Versicherten mit 50 % ein (IV-act. 79-33 und 79-55; fremd-act. 17-4) und erachteten die Therapiemöglichkeiten als nicht ausgeschöpft (IV-act. 79-34 und 79-55). Am 26. März 2018 erklärte Dr. F. \_\_\_ der IV-Stelle, die von den Gutachtern der PMEDA postulierte 50%ige Arbeitsfähigkeit könne er als betreuender, beobachtender Arzt nicht bestätigen. Mit der bisherigen Arbeitsfähigkeit von 30 %, welche die Versicherte selber teils bis auf 40 % erhöht habe, sei diese am Limit (IV-act. 79-7).

**B.g.** Am 9. August 2018 forderte die zuständige Krankentaggeldversicherung die Versicherte gestützt auf medizinische Abklärungen der PMEDA vom 23. Juli 2018 (diese sind nicht aktenkundig, eventuell sind die Abklärungen vom 22. Januar 2018 gemeint; vgl. Sachverhalt B.d und B.f) auf, sich umgehend in eine fachärztlich psychiatrische Behandlung zu begeben. Mittels einer leitliniengerechten Behandlung könne spätestens bis Ende August 2018 die 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden (fremd-act. 18-2 f.).

**B.h.** Ebenfalls am 9. August 2018 unterzeichneten die Versicherte und der zuständige Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle einen Eingliederungsplan Arbeitsplatzersatz (IV-act. 84; für das Assessment- und Verlaufsprotokoll vgl. IV-act. 91). Mit Mitteilung vom 14. August 2018 sprach die IV-Stelle der Versicherten Beratung und Unterstützung



## St.Galler Gerichte

beim Erhalt ihres derzeitigen Arbeitsplatzes zu (IV-act. 86). Per 3. September 2018 meldete die Versicherte sich bei der Arbeitslosenversicherung zum Leistungsbezug an, wobei sie erklärte, eine 50%ige Arbeitsstelle zu suchen (vgl. IV-act. 89-1). Am 10. Oktober 2018 schloss die Versicherte mit der Arbeitgeberin einen Arbeitsvertrag als Business Engineer mit 50%igem Arbeitspensum ab 1. Januar 2019 ab (IV-act. 90). Diese Tätigkeit umfasst vor allem Prozessoptimierungen, Analysen und Kostenberechnungen (fremd-act. 25-9 unten).

**B.i.** Am 21. Dezember 2018 berichtete Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, die Versicherte stehe seit 15. Oktober 2018 bei ihr in Behandlung. Als Diagnosen nannte sie ein hirnganisches Psychosyndrom mit pseudoneurasthenischem Syndrom (eingeschränkte Belastbarkeit, vorzeitige Erschöpfung, Schwindel und Kopfschmerzen abhängig vom Grad der Belastung) nach Schädel-Hirn-Trauma vom 6. Oktober 2014, den Verdacht auf eine traumatisch bedingte Contusio cerebri mit posttraumatischer Amenorrhoe über Monate und den Verdacht auf eine traumatisch bedingte Felsenbeinfraktur (IV-act. 96-2). Nach insgesamt fünf Sitzungen mit der Versicherten lasse sich das Folgende zusammenfassen: Es sei davon auszugehen, dass es sich beim Trauma vom Oktober 2014 um ein höhergradiges Schädel-Hirn-Trauma gehandelt habe, welches in der Akutphase sowohl von der Versicherten als auch von ihrem Umfeld unterschätzt worden sei. Diese habe sich trotz der erheblichen Kopfschmerzen und Einschränkungen über Wochen weiter zur Arbeit geschleppt. Neben den doch sehr deutlich ausgeprägten initialen subjektiven Symptomen (im Vordergrund stehend: erhebliche Kopfschmerzen, Schwommensehen und Konzentrationsstörungen) sowie weiteren neuropsychologischen Defiziten (wie zum Beispiel die nicht mehr Abrufbarkeit von einfachen Handlungen [Einlegen von Papier in den Drucker, wenn dieser nicht druckte], das Wiedererlernen des Einmaleins oder die Orientierungsprobleme) sprächen auch die posttraumatisch aufgetretene Amenorrhoe (die über Monate bestanden und sich erst nach Ablauf von zwei Jahren wieder zurückgebildet habe) sowie die bakterielle Mittelohrentzündung in der Woche nach dem Trauma für ein höhergradiges Schädel-Hirntrauma. Es sei anzunehmen, dass durch das Trauma eine diencephale oder zumindest hypophysäre Kontusion aufgetreten sei. Die Mittelohrentzündung im Anschluss an das Trauma spreche für eine - wenn auch haarfeine - Fraktur des



Felsenbeines. Erst fünf Monate nach dem Trauma sei eine Konsultation eines Neurologen mit EEG-Untersuchung erfolgt. Deren Ergebnis lasse keine spezifischen Aussagen in Bezug auf das Trauma zu, das fünf Monate zuvor stattgefunden habe. Eine erstmalige Kernspintomografie des Kopfes sei mehr als 13 Monate nach dem Unfallereignis erfolgt. Auch der damit erhobene Befund lasse keine spezifische Aussage über die Dignität des Traumas zu. Immerhin erscheine es möglich, dass die Asymmetrie der Seitenventrikel zu Gunsten von rechts (und eventuell sogar die diskreten periventrikulären Demyelinisierungsherde) Spätfolgen des Schädelhirntraumas seien (IV-act. 96-4). Sowohl die Qualität als auch der Verlauf der Beschwerden und Symptome mit initialen erheblichen spontanen Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen sowie mit Müdigkeit, jeweils verstärkt durch Arbeiten, die Konzentration erforderten, oder auch durch gewisse Aussenreize wie kontrastreiche Lichtverhältnisse und Aussengeräusche sprächen für das Vorliegen eines sogenannten pseudoneurastischen Syndroms (= sozusagen das organisch bedingte Astheniesyndrom). Es ergäben sich keine Hinweise für eine somatoforme Störung; ebenso wenig fänden sich Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar -störung. Auch beständen keinerlei Hinweise für psychologische Faktoren, welche körperliche Symptome verstärkten, im Sinne einer Rentenneurose. Die Versicherte sei von ihrer Primärpersönlichkeit eher überdurchschnittlich belastbar und stabil. Die Symptome bzw. das Krankheitsbild entzögen sich in ihrer klinischen Dignität häufig den bildgebenden oder neuropsychologischen bzw. neurootologischen Testverfahren. Immerhin habe es die Versicherte aus eigener Kraft geschafft, wieder 50 % berufstätig zu sein, wenn auch lediglich als Assistentin im Bereich Preisgestaltung eines Kunststoffunternehmens und nicht in ihrem angestammten Beruf als Biomechanikerin mit Masterabschluss. Fatalerweise habe sich der Unfall ereignet, als die Versicherte gerade ihre erste Arbeitsstelle nach dem Masterabschluss innegehabt habe. Ihr heutiges Einkommen ohne den Unfall wäre mit Sicherheit deutlich höher (selbst bei 50%igem Pensum). Aus ihrer Sicht als Neurologin und Psychiaterin könne sie nur eine zumindest vorübergehende Teilberentung mit erneuter Überprüfung nach Ablauf von zwei Jahren empfehlen (IV-act. 96-4 f.).

**B.j.** Mit Mitteilung vom 4. Januar 2019 verneinte die IV-Stelle unter Erwähnung der 50%igen Arbeitsstelle bei der Arbeitgeberin einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen der Versicherten (IV-act. 99).



## St.Galler Gerichte

**B.k.** Am 5. März 2019 hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde der Versicherten vom 19. Mai 2017 gegen den Einspracheentscheid der Unfallversicherung vom 19. April 2017 gut, hob diesen auf und wies die Streitsache zur ergänzenden Abklärung und neuer Verfügung an die Verwaltung zurück (UV 2017/35; vgl. Sachverhalt A.n).

**B.l.** Am 21. September 2020 teilte Rechtsanwalt lic. iur. Ch. Jäggi, advo5 Rechtsanwälte, Zürich, der IV-Stelle mit, dass er die Versicherte vertrete (IV-act. 107). Am 27. Oktober 2020 informierte er die IV-Stelle darüber, dass im Unfallversicherungsverfahren ein Gutachten erstellt worden sei (IV-act. 110). Am 4. Januar 2021 ging dieses Gutachten der asim Begutachtung, Universitätsspital Basel (nachfolgend: asim) bei der IV-Stelle ein (vgl. Aktenverzeichnis Fremdakten sowie fremd-act. 25-3 bis 25-123). Es datiert vom 10. September 2020 und umfasst die Fachrichtungen Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Neuropsychologie und Otorhinolaryngologie (Hals-Nasen-Ohren [HNO]-Heilkunde; fremd-act. 25-3 und 25-7). Die Gutachter diagnostizierten mit (passagerem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Contusio capitis rechts, DD mögliche leichte traumatische Hirnverletzung (fremd-act. 25-16; für die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vgl. ebenda). Die unfallfremden psychiatrischen Diagnosen hätten keine Ausprägung, die eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen würde. Die testpsychologisch objektivierten minimalen Defizite könnten durch eine angepasste Arbeitssituation und -strategie ausreichend kompensiert werden. Zu empfehlen sei ein ruhiges, von Störreizen möglichst freies Arbeitsumfeld, welches auch im Hinblick auf die Kopfschmerzen günstig erscheine. Erforderlich sei eine Selbstbestimmung (fremd-act. 25-20) des Arbeitstaktes mit regelmässigen Arbeits- und Pausenzeiten. Des Weiteren sollten die Aufgaben seriell zu erledigen sein. Die Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit seien gering zu halten. Aufgrund der aktuellen neuropsychologischen Befunde sei bei einer minimalen neuropsychologischen Störung die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf uneingeschränkt gegeben (fremd-act. 25-21).

**B.m.** Am 24. Februar 2021 notierte der zuständige RAD-Arzt nach Studium des besagten Gutachtens, dieses könne auch als Grundlage für eine IV-spezifische Einschätzung dienen (IV-act. 113-1 und 113-4). Da die somatisch beurteilenden Gutachter der Versicherten allesamt eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestierten und



## St.Galler Gerichte

keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne, sei - auch aufgrund der Tatsache, dass die Standardindikatoren im Gutachten implizit berücksichtigt worden seien - aus Sicht der IV ebenfalls von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 113-3).

**B.n.** Mittels Vorbescheids vom 22. März 2021 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten (IV-act. 115).

**B.o.** Mit Einspracheentscheid vom 31. März 2021 bestätigte die zuständige Unfallversicherung ihre Verfügung vom 4. Februar 2021, mit welcher die Einstellung der vorübergehenden Leistungen per Ende August 2017 festgelegt und ein Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abgewiesen worden war (fremd-act. 27).

**B.p.** Gegen den Vorbescheid vom 22. März 2021 (vgl. Sachverhalt B.n) liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Jäggi am 21. April 2021 einwenden, das asim-Gutachten genüge den Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens nicht. Der medizinische Sachverhalt erweise sich als völlig ungenügend abgeklärt (IV-act. 120-1 und 120-3).

**B.q.** Am 29. April 2021 wandte sich die Versicherte, ebenfalls vertreten durch Rechtsanwalt Jäggi, mit Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Unfallversicherung an das hiesige Gericht (act. G7.3-2; UV 2021/28; vgl. vorstehend Sachverhalt B.o).

**B.r.** Am 11. Mai 2021 ergänzte Rechtsanwalt Jäggi den Einwand vom 21. April 2021 (IV-act. 121) und reichte der IV unter anderem einen Verlaufsbericht Physiotherapie vom 15. Februar 2021 ein (IV-act. 121-5 ff.). Darin erklärt der behandelnde Physiotherapeut unter anderem, seit Dezember 2020 habe die Hauptsymptomatik des Kopfschmerzes, der Konzentrationsstörungen, des vestibulären Schwindels, der Übelkeit und der cerviko-thorakalen Spannungsschmerzen so stabilisiert werden können, dass die Versicherte aktuell ihr 50%iges Arbeitspensum wieder besser bewältigen könne. Die Werte hätten sich dank der unternommenen Anstrengungen der letzten Monate zwar signifikant verbessert, würden jedoch noch substantiell von einer vollständigen Rekonvaleszenz des Schädel-Hirn-Traumas fernliegen. Aufgrund der



weiterhin ausgeprägten neurokognitiven, vestibulären sowie cervikogenen Beschwerden sei eine Weiterführung der Physiotherapie dringend angezeigt (IV-act. 121-6).

**B.s.** Am 17. August 2021 empfahl der zuständige Arzt vom RAD, den Einwand von Rechtsanwalt Jäggi dem Rechtsdienst der IV-Stelle zu unterbreiten (IV-act. 125; vgl. vorstehend Sachverhalt B.p und B.r). Die entsprechende Stellungnahme datiert vom 16. November 2021 (IV-act. 127).

**B.t.** Am 6. Dezember 2021 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid vom 22. März 2021 einen fehlenden Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 0 % (IV-act. 128; vgl. vorstehend Sachverhalt B.n).

### **C.**

**C.a.** Dagegen liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt Jäggi, am 5. Januar 2022 Beschwerde erheben und beantragen, ihr die gesamten gesetzlich vorgesehenen Leistungen zuzusprechen. Es sei ihr insbesondere eine im Ausmass noch zu bestimmende Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zur Festlegung der gesundheitlichen Einschränkungen vorzunehmen. Das vorliegende Verfahren sei bis zum rechtskräftigen Entscheid in dem am Versicherungsgericht hängigen Verfahren UV 2021/28 zu sistieren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

**C.b.** Mit Entscheid vom 26. Januar 2022 wies das Versicherungsgericht die Beschwerde der Beschwerdeführerin vom 29. April 2021 gegen den Einspracheentscheid der Unfallversicherung vom 31. März 2021 ab (UV 2021/28; vgl. vorstehend Sachverhalt B.q).

**C.c.** Am 31. Mai 2022 erstattete die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Beschwerdeantwort und beantragte die Abweisung der Beschwerde (act. G7).

**C.d.** Mit Replik vom 6. Juli 2022 hielt die Beschwerdeführerin mit Ausnahme des Antrags um Sistierung des Beschwerdeverfahrens an ihren Anträgen laut Beschwerde vom 5. Januar 2022 fest (act. G9).



**C.e.** Mit Duplik vom 5. August 2022 hielt auch die Beschwerdegegnerin an ihrem früheren Antrag fest (act. G11).

### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdeführerin lässt im Beschwerdeverfahren alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen der IV beantragen, da die Beschwerdegegnerin nach dem Grundsatz Eingliederung statt Rente und im Rahmen ihrer Abklärungspflicht hätte prüfen müssen, ob weitere berufliche Massnahmen angezeigt oder möglich wären (act. G1 Rz. 18). Die angefochtene Verfügung vom 6. Dezember 2021 beschränkt sich jedoch auf die Rentenfrage (IV-act. 128). Im Hinblick darauf, dass der Verfügung kein rentenbegründender Invaliditätsgrad zugrunde gelegt wurde, ist die Frage betreffend Eingliederungsmassnahmen grundsätzlich auch nicht notwendigerweise deren Gegenstand. Sollte die Überprüfung im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens aber ergeben, dass der Invaliditätsgrad über 40 % liegt, besteht entsprechend dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" eine Eingliederungspflicht der Invalidenversicherung und über berufliche Massnahmen hätte vorab befunden werden müssen. Diesfalls wäre die berufliche Eingliederung in diesem Verfahren Prozessthema. Liegt der Invaliditätsgrad unter 40 %, könnte materiellrechtlich betreffend berufliche Massnahmen höchstens noch ein Eingliederungsanspruch der Beschwerdeführerin bestehen. In diesem Fall läge kein Anfechtungsobjekt vor und auf die Beschwerde wäre in diesem Punkt nicht einzutreten. Zur Prüfung einer Verletzung der Eingliederungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin ist damit im Folgenden die Höhe des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin zu ermitteln.

#### 2.

**2.1.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20; in der bis 31. Dezember 2021 gültigen, im vorliegenden Verfahren anzuwendenden und im folgenden zitierten Fassung; vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 2. März 2022, 8C\_792/2021, E. 4) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.



**2.2.** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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).

**2.3.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den im Rahmen des



Verwaltungsverfahren formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4).

**2.4.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). 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 ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 f. E. 4a). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen). Die Folgen der Beweislosigkeit hat jene Partei zu tragen, welche aus einem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 E. 3.6 mit Hinweis).

### 3.

Mit Verfügung vom 14. März 2017 wies die IV-Stelle AG das erste Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin ab. Auch wenn im "Titel" der Verfügung einzig auf die berufliche Integration Bezug genommen wurde, schloss das Dispositiv der Verfügung ("Das Gesuch für "Berufliche Integration/Rente wird abgeschlossen") die Rentenfrage mit ein (IV-act. 25). Auf das neue Gesuch der Beschwerdeführerin vom Herbst 2017 ist die Beschwerdegegnerin zu Recht eingetreten, weshalb auf die entsprechenden Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201) nicht mehr einzugehen, sondern nun zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand seit dem Ergehen des abweisenden Entscheids rentenwirksam verändert hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2019,



8C\_467/2019, E. 3.2). Mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin im August/September 2017 und den ab dem Unfall vom 6. Oktober 2014 attestierten Arbeitsunfähigkeiten könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens im Jahr 2018 entstanden sein (Ablauf des sogenannten Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG). Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf Rentenleistungen hat.

#### 4.

Zunächst gilt es die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden. Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten der asim vom 10. September 2020 (fremd-act. 25). Die Beschwerdeführerin lässt dem asim-Gutachten die Beweiskraft absprechen und auf die Berichte von Dr. N.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2018 (IV-act. 96) und von ihrem Physiotherapeuten vom 15. Februar 2021 verweisen (IV-act. 121-5 ff.).

**4.1.** Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wendet gegen das asim-Gutachten ein, dieses sei von der zuständigen Unfallversicherung und nicht von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegeben worden. Erstere stelle als kausale Versicherung andere Fragen, als eine finale Versicherung wie die IV (act. G1 Rz. 10). Solange bei der beweismässigen Auswertung medizinischer Gutachten die von der Rechtsprechung vorgegebenen Regeln des jeweiligen Sozialversicherungszweigs beachtet werden, ist dies jedoch unbedenklich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2011, 8C\_543/2011, E. 3 mit Hinweisen). Ob auf das von der Unfallversicherung eingeholte asim-Gutachten vom 10. September 2020 abgestellt werden darf, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung aber nach den für die IV geltenden Regeln zu prüfen.

**4.2.** Die Gutachter der asim kamen nach eigenen klinischen, bildgebenden und apparativen Untersuchungen (vgl. fremd-act. 25-7 f.) sowie in Würdigung der medizinischen Vorakten (vgl. fremd-act. 25-27 ff.) übereinstimmend zum Schluss, es liege keine Diagnose vor, welche sich über August 2017 hinaus in quantitativer Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke (fremd-act. 25-16 und 25-19; vgl. Sachverhalt B.I). In qualitativer Hinsicht empfahlen sie aufgrund der testpsychologisch objektivierten minimalen kognitiven Defizite ein ruhiges, von Störreizen möglichst freies Arbeitsumfeld, das auch im Hinblick auf die Kopfschmerzen günstig erscheine. Erforderlich sei eine Selbstbestimmung des Arbeitstaktes mit regelmässigen Arbeits- und Pausenzeiten. Des Weiteren sollten die Aufgaben seriell zu



erledigen sein und die Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit gelte es gering zu halten (fremd-act. 25-20 f.). Aus HNO-ärztlicher Sicht wurde zusätzlich eine Arbeitsunfähigkeit für sturzgefährdete Arbeiten ausgesprochen (fremd-act. 25-121).

**4.2.1.** Es trifft zwar zu, dass letztere Einschätzung keinen Eingang in das konsolidierte Gutachten resp. die Beantwortung des Fragenkatalogs gefunden hat (vgl. Vorbringen in act. G1, Rz. 12g). Sie geht jedoch klar aus dem HNO-Teilgutachten hervor und angesichts der akademischen Ausbildung der Beschwerdeführerin fehlt es ihr ohnehin an Relevanz, da sturzgefährdete Arbeiten nicht deren Erwerbsprofil entsprechen (vgl. hierzu nachfolgend E. 5). Folglich lassen sich aus diesem Versehen keine Zweifel am asim-Gutachten ableiten. Selbiges gilt für die im psychiatrischen Teilgutachten nicht explizit, sondern einzig durch die Einordnung der Diagnosen in die Kategorie "ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Vorbringen in act. G1 Rz. 12 f.; fremd-act. 25-61), zumal aus dem konsolidierten Gutachten explizit hervorgeht, dass die psychiatrischen Diagnosen keine Ausprägung haben, die eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu begründen vermöchten (fremd-act. 25-14 und 25-18, Frage 3.5 sowie 25-20, Fragen 4.3 und 5.1) und die Würdigung der erhobenen Befunde im psychiatrischen Teilgutachten erfolgte (fremd-act. 25-61 ff.). Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der psychiatrische Teilgutachter auf eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit verzichtet hat (vgl. Vorbringen in act. G9 Rz. 2). Soweit die Beschwerdeführerin beanstanden lässt, dass die Gutachter die Zusatzfragen betreffend Arbeitsfähigkeit nicht oder nur abgeändert beantwortet hätten (act. G1 Rz. 12i), kann dem ebenfalls nicht gefolgt werden. Die Gutachter haben zwar unter dem Titel Fragenbeantwortung einzig auf die fehlende unfallkausale Arbeitsunfähigkeit verwiesen (fremd-act. 25-22 f.), dem konsolidierten Gutachten ist jedoch die erfragte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch bezüglich der unfallfremden Diagnosen zu entnehmen (fremd-act. 25-20 f.). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist sodann der Ansicht, dass die im Konsensgutachten festgestellte fehlende Einschränkung der Leistungsfähigkeit angesichts der postulierten Adaptionskriterien nicht nachvollziehbar sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Art der festgestellten qualitativen Einschränkungen (angepasste Arbeitssituation und Arbeitsstrategie) vielmehr eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als nicht nachvollziehbar erscheinen lassen würde, zumal es sich dabei nicht um eine medizinische Einschätzung handelt, sondern vielmehr um Umstände, die bei der Art der in Frage kommenden Tätigkeit zu berücksichtigen sein werden (act. G1 Rz. 12j; vgl. zum erwerblichen Aspekt nachfolgende E. 5). Selbiges gilt für die vermisste vertiefte



Auseinandersetzung mit der Validen- und Invalidentätigkeit der Beschwerdeführerin (act. G1 Rz. C/12h).

### **4.2.2.** Wie vom Versicherungsgericht bereits im Verfahren betreffend

Unfallversicherung festgehalten wurde, vermögen die schlüssig gestellten Diagnosen die anhaltende Symptomatik der Beschwerdeführerin hinlänglich zu erklären (UV 2021/28 E. 2.2). Die Auswirkungen der von der Beschwerdeführerin als massiv empfundenen kognitiven Defizite wurden mittels neuropsychologischer Testung von den asim-Gutachtern umfassend beurteilt und gewürdigt und konnten nicht entsprechend objektiviert werden (vgl. fremd-act. 25-98 ff.). Die Testung ergibt denn auch ein stimmiges Bild mit der neuropsychologischen Standortbestimmung der Beschwerdeführerin vom November 2015, bei welcher ebenfalls wenige objektivierbare kognitive Auffälligkeiten leichter Ausprägung hatten festgestellt werden können (vgl. Sachverhalt A.d). Damit übereinstimmend konnte das von der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung geklagte verminderte Konzentrationsvermögen (vgl. fremd-act. 25-10) kaum objektiviert werden, stellte die neurologische Teilgutachterin doch fest, die Beschwerdeführerin habe während der Explorationsphase, welche von 09:00 bis 11:35 Uhr dauerte (fremd-act. 25-76), kein Schmerzverhalten und keine Zeichen erhöhter Ermüdbarkeit gezeigt (fremd-act. 25-84); und der neuropsychologische Gutachter stellte über die gesamte Untersuchungsdauer (Anamnese 13:00 bis 14:45 Uhr / Testung 14:45 bis 16:30 Uhr ohne Pause) eine angemessene Belastbarkeit fest. Auch er konnte keine auffällige Ermüdung erkennen (fremd-act. 25-103), weder auf Grund der Verhaltensbeobachtungen noch der Testbefunde (fremd-act. 25-109). Er wies jedoch darauf hin, dass es möglich sei, dass unter weniger optimalen Arbeitsbedingungen die Ermüdung leicht ausgeprägter ausgefallen wäre (fremd-act. 25-109). Den gegenüber dem rheumatologischen Gutachter geschilderten Umstand, dass sie häufig erst nach den Untersuchungen an verstärkten Kopfschmerzen, Übelkeit und einer Leistungseinbusse leiden würde (fremd-act. 25-67 Mitte), konnte weder der Neuropsychologe noch der psychiatrische Gutachter feststellen, obwohl diese Begutachtungen nachmittags stattfanden, nachdem die Beschwerdeführerin jeweils bereits vormittags untersucht worden war (vgl. fremd-act. 25-7, 25-50, 25-76 und 25-98). Das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin vermag einen - vom Gutachten abweichenden - Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht zu objektivieren. Für dessen Einschätzung ist vielmehr die Gesamtheit der relevanten Indikatoren zu berücksichtigen und zu würdigen (vgl. nachfolgend E. 4.2.3). Es ist sodann zwar korrekt, dass im Rahmen der Invalidenversicherung das für die Unfallversicherung massgebliche organische Substrat (vgl. beschwerdeführerisches



Vorbringen in act. G9 Rz. 3) keine Rolle spielt. Eine Objektivierung von geltend gemachten Beschwerden ist jedoch auch hier vonnöten, denn massgebend für die Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität sind nur gesundheitliche Beeinträchtigungen, deren Vorhandensein mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden können (vgl. hierzu nachfolgend E. 4.2.3). Und genau dieser Nachweis, dass aus psychiatrischer, neurologischer oder neuropsychologischer Sicht Beeinträchtigungen vorliegen würden, welche ihre quantitative Arbeitsfähigkeit mindern würden, gelingt der Beschwerdeführerin nicht. Auch ist angesichts der bereits umfassend vorgenommenen Abklärungen nicht davon auszugehen, dass diesbezüglich weitere Abklärungen eine Objektivierung ermöglichen würden. Subjektive Schmerzangaben müssen im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung mit Blick auf die sich stellenden Beweisschwierigkeiten rechtsprechungsgemäss durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein (BGE 139 V 547 E. 5.4). Festzuhalten ist zudem, dass die subjektive Einschätzung der Versicherten bzw. ihrer Arbeitgeberin betreffend ihrer Arbeitsfähigkeit nicht massgebend ist. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2014, 8C\_101/2014, E. 5.1 mit Hinweisen). Dass die von psychiatrischer Seite diagnostizierte Schmerzstörung für die Beschwerdeführerin belastend ist, stellt keiner der Gutachter in Abrede. Es wird denn auch der Wechsel des Fokus ihrer psychiatrischen Behandlung auf diese Schmerzstörung empfohlen (fremd-act. 25-64). Die von der behandelnden Neurologin und Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_ erhobenen Diagnosen eines hirnorganischen Psychosyndroms, einer Contusio cerebri und der Verdachtsdiagnose einer Felsenbeinfraktur sind jedoch laut neurologischem Teilgutachten der asymmetrisch organisch nicht haltbar (fremd-act. 25-93). Dr. N.\_\_\_\_ erklärt in diesem Zusammenhang selber, die Symptome bzw. das Krankheitsbild würden sich in ihrer klinischen Dignität häufig den bildgebenden und neuropsychologischen bzw. neurootologischen Testverfahren entziehen (IV-act. 96-5). Die von der Beschwerdeführerin geklagte eingeschränkte allgemeine Belastbarkeit, sowohl psychisch als auch physisch, mit vorzeitiger Ermüdung, Auftreten von Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen und Schwindelgefühlen, welche durch kontrastreiche Lichteinflüsse bzw. helles Licht, Geräusche und Gerüche getriggert würden (vgl. IV-act. 96-6), wurden von den Gutachtern berücksichtigt und gewürdigt (vgl. u.a. fremd-act. 25-10 unten, 25-18 Frage 3.5, 25-19 oben, 25-63, 25-93 bis 95, 25-116 und 25-120). Selbiges gilt für die gemäss strukturiertem Beweisverfahren massgeblichen Indikatoren (vgl. hierzu im Speziellen nachfolgend E. 4.2.3). Insgesamt liegen keine medizinischen Berichte bei den Akten,



welche geeignet wären, das Gutachten der asim in Frage zu stellen. Dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin betonten Umstand der ausserordentlichen Leistungsfähigkeit im Erwerb als auch in der Freizeit (act. G1 Rz. 12d) wird aus medizinischer Sicht insoweit Rechnung getragen, als die hohe Schulausbildung als Ressource der Beschwerdeführerin gewürdigt (fremd-act. 25-64) und festgestellt wurde, dass die Beschwerdeführerin nicht nur bei der Arbeit, sondern auch im privaten Bereich eingeschränkt sei (fremd-act. 64). Darüber hinaus müsste das vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen Ausdruck der geltend gemachten ausserordentlichen Leistungsfähigkeit bilden, um diese fassbar zu machen (zum erwerblichen vgl. nachfolgend E. 5).

**4.2.3.** Da die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, das strukturierte Beweisverfahren sei im vorliegenden Fall nur ungenügend angewendet worden (vgl. act. G9 Rz. 3), ist dies im Folgenden zu prüfen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - gemäss BGE 141 V 281 in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich. Für die Beurteilung des asim-Gutachtens ist entscheidend, ob die Würdigung des Krankheitsbilds und der Arbeitsfähigkeit auf einer umfassenden Ressourcen- und Konsistenzbeurteilung unter Einbezug der Alltagsaktivitäten der Beschwerdeführerin beruht. Laut psychiatrischem Gutachter verursacht der Schmerz in bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen. Es ergeben sich klinisch und in der neuropsychologischen Beurteilung der Konsistenz keine Hinweise für Aggravation oder Simulation (fremd-act. 25-62, 25-110 Ziff. 7.3). Auch die neurologische Gutachterin sah keine Hinweise für namhafte Inkonsistenzen oder für Aggravation oder Simulation (fremd-act. 25-96). Als Belastungsfaktoren erkannte der psychiatrische Teilgutachter in nachvollziehbarer Weise die laut Beschwerdeführerin in ihrem Berufsumfeld fehlende Möglichkeit von Teilzeitstellen sowie die aufgrund des Wechsels vom Studium in den Beruf nicht mehr in demselben Umfang mögliche sportliche Betätigung (fremd-act. 25-63). Die Beschwerdeführerin konnte jedoch ihr Arbeitspensum in den Jahren vor Erlass der angefochtenen Verfügung sukzessive auf ein 50%iges Arbeitspensum ausbauen (vgl. vorstehend Sachverhalt B.b und B.h) und fand - trotz der beklagten Schmerzen und Beeinträchtigungen - noch Energie und nahm sich Zeit für andere Aktivitäten wie Wandern (fremd-act. 25-11) oder Spazieren (fremd-act. 25-52), Fitness (fremd-act. 25-57), die Haushaltsführung mit Ausnahme des Einkaufens (fremd-act. 25-9 und 25-77; vgl. hinsichtlich des Einkaufens aber auch fremd-act. 25-11, 25-77 und 25-79)



ihrer eigenen Dreizimmerwohnung (fremd-act. 25-56 unten) und die Regelung ihrer administrativen Belange (fremd-act. 25-57). Es scheint auch, dass die Beschwerdeführerin ärztlicherseits ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt wird. Dazu gehören Kontrolluntersuchungen und verschiedenste Therapien (fremd-act. 25-13). Die psychiatrische Behandlung erlebt die Beschwerdeführerin als positive Beratung und emotionale Unterstützung (fremd-act. 25-52). Psychopharmaka und Schmerzmittel nimmt die Beschwerdeführerin keine ein (fremd-act. 25-57 und 25-68). Sodann verfügt sie über ein intaktes soziales Netzwerk umfassend Familie (vgl. fremd-act. 25-9 unten sowie fremd-act. 25-56) und Freunde (fremd-act. 25-56 unten, 25-83 Mitte, 25-102 unten), welches ihr als Stütze und Ressource dient. Auch steht sie in einer Beziehung (fremd-act. 25-56). Insgesamt lebt die Beschwerdeführerin weder zurückgezogen noch vermeidet sie den Kontakt zu anderen Personen, auch wenn sie es vorzieht, Freunde einzeln und nicht in Gruppen zu treffen (fremd-act. 25-11, 25-57 und 25-79 f.). Auch ist sie fähig, ein Motorfahrzeug sicher zu führen (fremd-act. 25-80 und 25-100) und Fahrrad zu fahren, wenn auch nur für kurze, verkehrsarme Strecken (fremd-act. 25-11, 25-56 und 25-80). Auch Zufahren ist ihr möglich (fremd-act. 25-100 unten). Ihre Termine nimmt sie jeweils alleine, ohne Begleitung wahr (fremd-act. 25-100 unten). In Anbetracht des Gesagten ist festzuhalten, dass die Erkenntnisse aus der Würdigung der Standardindikatoren passend zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 100 % sind. Es ist nachvollziehbar, dass die Gutachter zum Schluss gelangten, dass die Beschwerdeführerin über ausreichende kognitive Fähigkeiten und Ressourcen verfügt, um bei einer Tätigkeit auf bildungsentsprechendem Anforderungsniveau im ersten Arbeitsmarkt bestehen zu können (vgl. fremd-act. 25-110 und 25-20 f.). Die Beschwerdeführerin legt denn auch nicht substantiiert dar, welche leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren oder konsistenzrelevanten Aspekte die asim-Gutachter ausser Acht gelassen hätten. Die medizinische Aktenlage erlaubt nach dem Gesagten entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren

**4.3.** Insgesamt ist in Übereinstimmung mit dem zuständigen Arzt vom RAD (vgl. IV-act. 113 und 125) festzuhalten, dass auf das asim-Gutachten abgestellt werden kann. Folglich ist von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für Tätigkeiten auf bildungsentsprechendem Anforderungsniveau auszugehen, wobei die im Konsensgutachten der asim empfohlenen Adaptionskriterien sowie die aus HNO-ärztlicher Sicht ausgenommenen sturzgefährdeten Arbeiten (vg. Erw. 4.2) zu berücksichtigen sind.



### 5.

Da die Beschwerdeführerin vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung entsprechend ihrer akademischen Ausbildung als Bewegungswissenschaftlerin mit Schwerpunkt Biomechanik tätig gewesen ist und da ihr trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung eine leidensadaptierte Tätigkeit in diesem Bereich uneingeschränkt zugemutet werden kann, entspricht der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens grundsätzlich dem Valideneinkommen (vgl. zum Einkommensvergleich vorstehend E. 2.2). Dafür, dass eine leidensadaptierte Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 4.3) im erlernten Berufsfeld der Beschwerdeführerin auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. vorstehend E. 2.2) nicht auffindbar sein soll, bestehen keine Anhaltspunkte. Damit ist einer allfälligen Weiterentwicklung im Beruf sowohl auf Validen- wie auch auf Invalidenseite Beachtung geschenkt (zur Berücksichtigung der beruflichen Weiterentwicklung im Gesundheitsfall vgl. SVR 2010 IV Nr. 49). Ein zusätzlicher Lohnabzug ist angesichts der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht zu berücksichtigen. In einem sogenannten Prozentvergleich resultiert deshalb ein Invaliditätsgrad von null Prozent.

### 6.

**6.1.** Zurückkommend auf den Antrag bezüglich beruflicher Massnahmen bedeutet der ermittelte Invaliditätsgrad von unter 40 %, dass keine Eingliederungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin bestand. Die Rentenverfügung erfolgte nicht verfrüht und der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" wurde nicht verletzt. Eingliederungsmassnahmen bzw. deren implizite Verneinung bildeten damit auch nicht notwendigerweise Gegenstand der Verfügung vom 6. Dezember 2021 (vgl. vorstehende E. 1) und auf die Beschwerde ist mangels Anfechtungsobjekts in diesem Punkt nicht einzutreten.

**6.2.** Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 6. Dezember 2021 nicht zu beanstanden und die Beschwerde betreffend Rente abzuweisen.

**6.3.** 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 der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen.

**6.4.** Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.



7.

Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von der beim Entscheid mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art. 39<sup>ter</sup> Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Auf die Beschwerde betreffend berufliche Massnahmen wird nicht eingetreten.

2.

Die Beschwerde betreffend Rente wird abgewiesen.

3.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr angerechnet.