

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.163 vom 5. Juni 2018

SO Obergericht, 2018-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.163)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.163 du 5 juin 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.163 del 5 giugno 2018

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1983 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete seit dem 3. April 2001 als Maschinenbedienerin in der B.\_\_\_\_ AG, [...]. Am 23. Februar 2013 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, wobei sie angab, am 24. September 2012 in der Abpackmaschine den linken Unterarm eingeklemmt und dabei ein Quetschtrauma erlitten zu haben (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Vom 24. bis 26. September 2012 wurde sie im C.\_\_\_\_ stationär behandelt (IV-Nr. 5.2 S. 20 f.). Vom 30. April bis 4. Juni 2013 hielt sich die Beschwerdeführerin zur Rehabilitation in der D.\_\_\_\_ auf (IV-Nr. 13). Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin auf den 31. Dezember 2013 aufgelöst (IV-Nr. 16 S. 2). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Januar 2015 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 24. September 2012 aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 12 % eine Invalidenrente ab 1. April 2015 zu und verneinte einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (IV-Nr. 21). Die dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 22. März 2016 ab (IV-Nr. 56).

1.2 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste am 9. Juli 2015 (IV-Nr. 28) eine polydisziplinäre (allgemeinmedizinische, handchirurgische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der E.\_\_\_\_, [...] (im Folgenden: E.\_\_\_\_), welche im Oktober/November 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 14. Dezember 2015; IV-Nr. 38). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 42) veranlasste die Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Obergutachten in der F.\_\_\_\_, Begutachtung, G.\_\_\_\_ (im Folgenden: F.\_\_\_\_), wobei die Untersuchung am 23. November 2016 von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt [...], Psychiatrie und Psychotherapie FMH, durchgeführt wurde (Gutachten vom 2. Februar 2017; IV-Nr. 51.1). Nach erneuter Konsultation des RAD und Einbezug des verwaltungsinternen Rechtsdienstes sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. Juni 2018 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze befristete Invalidenrente (sowie zwei, ab 1. Juli 2015 drei entsprechende Kinderrenten) vom 1. September 2013 bis 29. Februar 2016 zu; ab 1. März 2016 wurde ein Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von nurmehr 9 % verneint. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen sei die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Maschinenbedienerin seit dem Unfall vom 24. September 2012 nicht mehr zumutbar. Vorerst habe für sämtliche Erwerbstätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. Deshalb bestehe seit dem 1. September 2013 (Ablauf des Wartejahres) ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Der Gesundheitszustand habe sich in der Folge jedoch

verbessert: In somatischer Hinsicht bestehe ab dem 5. Dezember 2014 für eine angepasste Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. In psychischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand dahingehend verbessert, dass spätestens seit dem 17. November 2015 (psychiatrische E. \_\_\_-Begutachtung) nicht mehr von einer schwergradigen Erkrankung ausgegangen werden könne; für körperlich angepasste Tätigkeiten sei ab diesem Zeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab dem 1. März 2016 bestehe demnach kein Rentenanspruch mehr (IV-Nr. 75).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche

Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Im vorliegenden Fall lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, sowohl aus dem polydisziplinären E.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 38) als auch aus dem psychiatrischen Obergutachten der F.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2017 (IV-Nr. 51.1) gehe bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen hervor. Es sei ihr daher ab 1. März 2016 weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (vgl. Beschwerde, S. 2; A.S. 13). Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

5.1 Gemäss dem Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 war die Beschwerdeführerin dort vom 24. bis 26. September 2012 hospitalisiert. Die Hauptdiagnose lautete auf «Quetschtrauma Unterarm links mit Stauchungsfraktur des distalen Radius». Die Beschwerdeführerin wurde konservativ behandelt (Ruhigstellung, Analgesie und abschwellende Massnahmen). Das Röntgenbild des linken Handgelenks vom 24. September 2012 zeigte eine nicht wesentlich dislozierte distale Radiusfraktur mit Kortikalisunterbruch dorsal. Im Übrigen seien normale ossäre Strukturen ohne Nachweis einer weiteren Fraktur, Luxation oder eines ossären Bandausrisses ersichtlich. Der Status des Unterarmes links bei Eintritt wurde wie folgt beschrieben: «Hautdelle ca. 4 x 8 cm dorsal, Schürfwunde, keine tiefe Verletzung der Haut, periphere Sensibilität vermindert mit Kribbelparästhesien auf Berührung überall, Durchblutung intakt, Motorik schmerzbedingt vermindert, Streckdefizit». Zur Therapie und zum Verlauf wurde vermerkt, unter konservativer Therapie, Analgesie, abschwellenden Massnahmen (Kühlung, Hochlagerung) und Ruhigstellung des Vorderarmes sei es zu einer Regredienz der Schwellung des gesamten Vorderarmes gekommen. Die seit Eintritt bestehenden diffusen Kribbelparästhesien seien ebenfalls regredient gewesen (IV-Nr. 5.2 S. 20 f.).

5.2

5.2.1 Vom 30. April bis 4. Juni 2013 war die Beschwerdeführerin in der D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 6. Juni 2013 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Schweres Quetschtrauma des linken Unterarms mit Stauchungsfraktur des distalen Radius, kaum disloziert, und schwerer axonaler Läsion des N. medianus und N. ulnaris, 25.10.2012 Elektrophysiologische Untersuchung: Kein Nachweis einer Nervenkontinuität bei Stimulation des N. medianus und N. ulnaris am Handgelenk zu den Ziehmuskeln, 13.12.2012 MRI Unterarm links: Unkompromittierter Verlauf des N. ulnaris, kein neuronales Ödem. Keine Kompression, keine Raumforderung. Reizlose Weichteile, 11.02.13 Elektrophysiologische Untersuchung: Deutliche Verbesserung. Kontinuität motorischer Fasern N. medianus und N. ulnaris, fehlende Kontinuität sensibler Fasern. Erhebliche Schädigung N. medianus, aktuell: Schmerzhaftes Funktionsstörung Hand links mit partieller, sensomotorischer Läsion N. ulnaris und N. medianus; Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)». Als Rehabilitationsziele wurden die Funktionsverbesserung der linken Hand und die psychische Stabilisierung im Hinblick auf eine berufliche Reintegration in einer späteren Reha-Phase genannt. Die Ziele hätten auf niedrigem Niveau weitgehend erreicht werden können.

Die diagnostische Beurteilung lautete dahingehend, die Patientin habe vor knapp 9 Monaten ein schweres Quetschtrauma des distalen Unterarms links erlitten, sie sei ca. 40 Minuten in einer Maschine eingeklemmt geblieben, welche immer wieder zugeedrückt habe. Im Vordergrund der Verletzungen sei eine schwere Läsion des N. medianus und des N. ulnaris gestanden, zusätzlich sei es zu einer kaum dislozierten Stauchungsfraktur des distalen Radius gekommen, die in guter Stellung konsolidiert sei. Die Nervenläsionen hätten sich im Verlauf teilweise erholt, eine erneute neurophysiologische Untersuchung sei im Juli 2013 geplant. Aktuell bestünden Dauerschmerzen im distalen Unterarm und der ganzen Hand links, verstärkt bei Bewegung und Belastung. Die Handgelenksbeweglichkeit sei eingeschränkt. Die Fingerbeweglichkeit sei nur geringfügig eingeschränkt, die Daumenopposition und die Spreizung der Finger seien etwas vermindert, beim Faustschluss sei die Einkrallung leicht unvollständig. Es bestehe ein sehr ausgeprägtes Kraftdefizit nicht nur der intrinsischen Muskulatur (kleine Handmuskeln), die von der Läsion des N. medianus und des N. ulnaris betroffen sei, sondern auch der extrinsischen Muskulatur (lange Strecker und Beuger des Handgelenks und der Finger), welche nicht von den Nervenläsionen betroffen sei. Diese Schwäche dürfte wesentlich mitbeeinflusst sein durch die Schmerzen und die ausgeprägte psychische Störung. Die Gefühlsstörung sei von der Patientin etwas variabel angegeben worden. Bei der ärztlichen Eintrittsuntersuchung habe sie eine Hypästhesie zirkulär am distalen Unterarm im Verletzungsbereich, ulnarseitig an Handwurzel und Mittelhand dorsal und palmar sowie an allen Langfingern, distal betont, angegeben, an den Fingern IV und V dorsal habe sie auf eine Dysästhesie hingewiesen. Im Radialis-Versorgungsgebiet sowie am Daumen plantar und in der radialen Innenfläche sei die Berührungssensibilität als normal bezeichnet worden. Bei der ergotherapeutischen Eintrittsuntersuchung habe die Patientin hingegen eine Hyposensibilität an der gesamten Palmarseite der Hand und eine Hypersensibilität an der gesamten Dorsalseite der Hand angegeben. Prognostisch sollte sich rein aus somatischer Sicht noch eine Verbesserung der Kraft der linken Hand ergeben. Inwieweit sich die Sensibilität noch erholen werde, müsse der weitere Verlauf aufzeigen.

Zur posttraumatischen Belastungsstörung wurde angegeben, während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Die Patientin habe nach

traumatischem Arbeitsunfall eine posttraumatische Belastungsstörung mit Hyperarousal, Vermeidung und intrusivem Erleben entwickelt. Ferner schienen auch gelegentlich dissoziative Zustände (sie fühle sich wie erstarrt und nehme nichts mehr wahr) vorzuliegen. Psychosozial zeige sich derzeit eine recht gute Situation. Eine somatoforme Mitbeteiligung im Schmerzgeschehen könne nicht ausgeschlossen werden, stehe aber sicherlich bei den vorliegenden somatischen Befunden nicht im Vordergrund.

Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Nach erfolgter Stabilisierung und Traumatherapie scheine eine Reintegration realistisch. Eine Tätigkeit an einer Maschine, welche der Unfallmaschine ähnele oder bei welcher Gefahr für eine erneute Handverletzung gegeben sei, sei der Patientin auch langfristig nicht mehr zuzumuten. Die Tätigkeit als Maschinenbedienerin sei nicht mehr zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien: Einerseits handle es sich um eine mittelschwere Arbeit und eine entsprechende Belastbarkeit beider Hände sei erforderlich. Andererseits sei die Tätigkeit aus psychischen Gründen nicht zumutbar. Es bestehe eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 5. Juni 2013. Zur Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten wurde angegeben, diese werde aktuell noch nicht festgelegt. Die Patientin sei noch in der medizinischen Behandlungsphase.

Zu den therapeutischen Massnahmen und zum Verlauf wurde vermerkt, es seien eine ergo- und eine physiotherapeutische Einzelbehandlung erfolgt. Ferner habe die Patientin an einem intensiven multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Die hauptsächlichen Ziele des Programms seien eine Verbesserung der Einsetzbarkeit der linken Hand, der Feinmotorik und der Kraft der linken Hand, der Handgelenksbeweglichkeit links sowie eine Verbesserung der lokalen und allgemeinen Ausdauer gewesen. Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm seien wie folgt zu beschreiben: Die sehr niedrige physische Belastbarkeit sei rein von den somatischen Läsionen her nicht voll erklärbar, die schwere psychische Störung sei daran wesentlich mitbeteiligt. Die Beschreibung der Schmerzen sei nur wenig differenziert gewesen. Das Leistungsverhalten beurteile man als gut im Rahmen der gegebenen Voraussetzungen. Die Konsistenz sei gut gewesen. Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werte man als positiv. Die Therapeutinnen hätten beobachtet, dass der Einsatz der linken Hand deutlich sicherer geworden sei. Die Patientin sei im Verlauf offener und aufgeweckter geworden, habe mehr Eigenverantwortung in den Therapien übernommen und eigene Ideen eingebracht. In der Haushaltgruppe habe sie sehr selbstständig gearbeitet und versucht, alles Erlernte umzusetzen. An der linken Hand habe keine Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die Handgelenksbeweglichkeit sei praktisch unverändert geblieben. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training auf einem sehr tiefen Niveau nur minimal gesteigert werden können. Die Patientin sei während ihres Aufenthaltes intensiv psychologisch begleitet worden. Eine Traumatherapie sei aufgrund ihres derzeit noch sehr instabilen Zustandes nicht möglich gewesen, sollte jedoch nach erfolgter Stabilisierung im ambulanten Rahmen erfolgen. Eine psychopharmakologische Behandlung sei während des Aufenthaltes begonnen worden, habe aber aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen werden müssen. Ergänzend zur Gesprächstherapie habe die Patientin auch Musiktherapie mit Entspannung auf dem Liegemonochord, aktivem Musizieren und reflektierenden Gesprächen erhalten. Die Patientin habe Freude zeigen

können und habe im Verlauf entspannter und schwingungsfähiger gewirkt.

Abschliessend wurde zur Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie zu den beruflichen und sozialen Auswirkungen beim Austritt angegeben, die Patientin sei einerseits beim Einsatz ihrer linken, adominanten Hand eingeschränkt, andererseits psychisch stark beeinträchtigt durch die ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung. In der Kombination bestehe aktuell keine Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 13).

5.2.2 Aus dem psychosomatischen Konsilium der D.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2013 geht folgende psychopathologische Diagnose hervor: «Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)». Zum Prozedere wurde angegeben, eine weitere ambulante Psychotherapie mit Schwerpunkt auf Traumaverarbeitung werde empfohlen. Längerfristig wäre es auch indiziert, die Patientin für eine psychopharmakologische Behandlung zu gewinnen. Nach erfolgter Stabilisierung werde eine engmaschige Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung empfohlen. Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit wurde vermerkt, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Nach erfolgter Stabilisierung und Traumatherapie scheine eine Reintegration realistisch. Eine Tätigkeit an einer Maschine, welche der Unfallmaschine ähnele oder bei welcher die Gefahr einer erneuten Handverletzung bestehe, scheine der Patientin auch längerfristig nicht mehr zumutbar (IV-Nr. 51.2).

5.3 Aus dem Bericht der J.\_\_\_\_, [...], über das Gespräch mit der Beschwerdeführerin in der Notfall- und Krisenambulanz vom 13. August 2013 (med. pract. K.\_\_\_\_, Oberärztin; Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzarzt) gehen folgenden Diagnosen hervor: «Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), leicht bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (F32.11)». Zur Beurteilung wurde angegeben, bei der 29-jährigen Patientin habe sich auf dem Boden eines Arbeitsunfalls eine posttraumatische Belastungsstörung mit dem typischen syndromalen Komplex ausgebildet. Dabei stünden die Schlafstörungen im Zentrum der akuten Symptomatik, ebenso liege eine deutliche Angst- und Spannungssymptomatik sowie eine Dysregulation der Selbstwertproblematik vor. Zudem bestehe auch eine depressive Störung, aktuell leicht bis mittelgradigen Ausmasses geprägt mit Enttäuschung, Verzweiflung, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Sorge und grosse Unsicherheit mit deprimierter Grundstimmung. Die Beschwerden führten zu Motivationsverlust und Lustlosigkeit sowie Stimmungsschwankungen. Zum Prozedere wurde festgehalten, es erfolge eine Behandlung nach multimodalem Ansatz mit Psychoedukation und verhaltenstherapeutischen Techniken zur Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Angstzuständen, Überforderungsgefühlen sowie Entwicklung von Abgrenzungsvermögen und Stabilisierung des Selbstwertes. Zudem werde versucht, mit der Patientin eine Traumatherapie durchzuführen. Der Einsatz eines Antidepressivums werde zu einem späteren Zeitpunkt thematisiert (IV-Nr. 18.7 S. 5 f.).

5.4 Gemäss dem Elektrophysiologie- und neurologischen Sprechstundenbericht des C.\_\_\_\_ (Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt Neurologie) vom 20. August 2013 bestehe bei subjektiv unveränderter Symptomatik und klinisch (bei sakkadierter Innervation und wahrscheinlich eingeschränkter Kooperationsfähigkeit) weitgehend unverändertem Befund elektrophysiologisch weiterhin eine eindruckliche Befundbesserung. Neu könne neben einem deutlichen neurographischen Amplitudenzuwachs beider untersuchter Nerven auch eine Nervenkontinuität für sensible Fasern objektiviert werden. Somit erscheine eine Restitutio ad integrum im Verlauf plausibel. Bei posttraumatischer Belastungsstörung mit

nicht organischer Teilkomponente des Funktionsausfalls der linken Hand sei der Ausbau der ambulanten psychiatrischen Betreuung sowie die Aufnahme einer antidepressiven und schmerzmodulierenden Therapie zu befürworten (IV-Nr. 14 S. 2 ff.).

5.5 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, spez. Allergologie, hielt in ihrem Bericht vom 29. November 2013 fest, nach der stationären Behandlung in der D.\_\_\_\_ habe die Patientin eine Behandlung im psychiatrischen Ambulatorium in [...] begonnen. Sie habe damals über ein vermehrtes Einschlafen der linken Hand und vermehrte Schmerzen geklagt; die Hand fühle sich an wie Holz, seit die Temperaturen etwas kühler geworden seien. Bei Arbeiten im Haushalt verspüre sie vermehrte Schmerzen, z.B. beim Umblättern einer Zeitung. Sie habe auch keine Kontrolle über die Hand, z.B. beim Tragen einer Tasse; sie habe auch Mühe, die dreijährige Tochter anzuziehen. Die Beschwerdeführerin sei seit zwei Wochen unter Behandlung mit Cipraxen und einem Schlafmedikament, gleichwohl habe sie über nächtliche Alpträume im Sinne von Flashbacks berichtet. Sie könne sich auch nicht konzentrieren und habe die Hoffnung verloren, dass sich die Situation bessere. Bis Mitte November 2013 habe sich die Situation nicht wesentlich geändert. Der behandelnde Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_ habe die Situation kurz zusammengefasst: Sie sei in Schmerz und Trauma gefangen, Anhaltspunkte für eine Depression habe er keine (IV-Nr. 18.7 S. 1 f.).

5.6 Der Suva-Kreisarzt, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, stellte in seinem Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 11. Dezember 2013 folgende Diagnosen: «St.n. schwerem Quetschtrauma Unterarm links mit wenig dislozierter Stauchungsfraktur des distalen Radius und schwerer axonaler Läsion der Nn. medianus et ulnaris bei: elektrophysiologisch deutlicher Regredienz der axonalen Läsionen und Nachweis einer Kontinuität für motorische und sensible Fasern der Nn. medianus et ulnaris, aktuell: Schmerzhafte Funktionsstörung der linken Hand mit partieller sensomotorischer Läsion N. ulnaris und N. medianus; Schwere Depression». Im Weiteren führte der Kreisarzt aus, die Versicherte beklage weiterhin eine massive Funktionseinschränkung der gesamten linken oberen Extremität bei obgenannten Diagnosen. Die linke Hand sei aktuell nur als Hilfs-/Zudienhand einsetzbar bei einem subjektiv empfundenen Dauerschmerz, welcher bei Belastung zunehme. Die elektrophysiologisch nachgewiesene deutliche Befundverbesserung mit sukzessivem Nachweis der Nervenkontinuität sowohl von motorischen als auch sensiblen Fasern des N. ulnaris und medianus links werde von der Versicherten subjektiv praktisch nicht wahrgenommen, sondern gesamthaft als mehr oder minder gleichbleibend schlechter Zustand empfunden. Die initial elektrophysiologisch erhobenen Befunde mit schwerer axonaler Läsion des N. ulnaris und medianus links und die deutliche elektrophysiologische Befundverbesserung im Verlauf würden am ehesten für eine schwere Neurapraxie ohne vollständige Durchtrennung der Nerven sprechen, was auch gut zum MRI-Befund passe, indem sich eine erhaltene Nervenkontinuität morphologisch bildgebend darstellen lasse.

Im Weiteren wurde ausgeführt, die aktuelle kreisärztliche Untersuchung der somatischen Unfallfolgen sei durch die schwere Depression der Versicherten massiv erschwert worden, diese habe im Rahmen der klinischen Handuntersuchung auch deutliche Zeichen von Aggravation und Malcompliance gezeigt. Bei jedoch dokumentierter und elektrophysiologisch nachgewiesener organisch struktureller Schädigung der N. medianus et ulnaris sei das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms jedoch durchaus

möglich und aufgrund der Tatsache, dass die Versicherte bis anhin noch nie einem erfahrenen Schmerztherapeuten vorgestellt worden sei, sollte die letzte Therapieoption noch in Erwägung gezogen werden. Von chirurgisch-orthopädischer Seite ergäben sich bei in anatomischer Stellung konsolidierter distaler Radiusfraktur keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Aus diesem Grunde sei die chirurgische Behandlung durch das C.\_\_\_\_ auch bereits abgeschlossen worden. Die Versicherte sei durch die Hausärztin bei einem erfahrenen Schmerztherapeuten anzumelden. Die Arbeitsfähigkeit als Maschinenbedienerin sei in Anbetracht der Unfallfolgen sowohl aktuell als auch künftig nicht mehr gegeben. Wie im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ bereits vermerkt, sei zusätzlich zur somatischen Beschwerdeproblematik die Arbeitsfähigkeit auch aufgrund der akuten psychischen Situation nicht mehr gegeben. Für die Festlegung eines detaillierten Zumutbarkeitsprofils sei es noch zu früh. Von weiteren Behandlungen könne noch mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden (IV-Nr. 18.5).

5.7 Dem Bericht des Konsiliarpsychiaters der Suva, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. Dezember 2013 über die tags zuvor durchgeführte psychiatrische Untersuchung können folgende Diagnosen entnommen werden: «Psychische Anpassungsreaktion an schweres Quetschtrauma der linken Hand, 1. schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome ICD-10: F32.2, 2. akute Belastungsreaktion nach dem Unfall ICD-10: 43.0, leichtgradig ausgeprägt, 3. psychotraumatologische Symptomatik ICD-10: F43.8 (sonstige Reaktion auf schwere Belastung), ■ Differenzialdiagnose: Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1». Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, in der Untersuchung habe sich das Bild einer schweren depressiven Episode gezeigt. Die Stimmung sei schwer depressiv herabgestimmt gewesen. Ab und zu habe die Versicherte Phasen der völligen Affektleere. Sie habe eine schwere Anhedonie und einen stark verminderten Antrieb. Das Selbstvertrauen sei tief. Sie habe Sterbewünsche und es bestehe eine Hoffnungslosigkeit. Subjektiv habe sie Denk- und Konzentrationsstörungen. Sie sei innerlich angespannt und psychomotorisch gehemmt. Der Schlaf sei deutlich beeinträchtigt und der Appetit reduziert. Zudem habe sie einen Libido- und Interessensverlust und eine deutlich herabgesetzte emotionale Schwingungsfähigkeit. Morgentief und Früherwachen seien dokumentiert. Der Überlappungsbereich der Depression zur posttraumatischen Belastungsstörung sei gross. Die Patientin zeige psychotraumatologische Symptome. Sie habe unfallbezogene Alpträume und szenische lebendige Erinnerungen an das Unfallgeschehen, die durch äussere Faktoren getriggert werden könnten. Bei der posttraumatologischen Belastungsstörung seien Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten gefordert. Die Hypervigilanz und die erhöhte Schreckhaftigkeit seien bei ihr leichtgradig ausgeprägt.

In der aktuellen Untersuchung habe die schwere Depression klinisch über die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung dominiert. Dies scheine im Längsschnittverlauf nicht immer so gewesen zu sein. Aufgrund der geschilderten Symptome sei jedoch immer eine Kombination von psychotraumatischen Symptomen und depressiven Symptomen vorhanden. Stark mitmoduliert sei die Symptomatik durch die Angstproblematik, die bei beiden Störungen gesehen werden könne. Die Schmerzen seien in der aktuellen Untersuchung nicht übertrieben dargestellt worden. Sie habe vor allem Angst, Schmerzen auszulösen, die wiederum Erinnerungen an den Unfall triggerten. Die Schmerzverarbeitung

sei durch die psychiatrische Diagnose beeinträchtigt. Die Schmerzschwelle sinke sowohl bei posttraumatischer Belastungsstörung als auch bei depressiver Symptomatik. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: 45.41) könne bei dauerndem Vorhandensein anderer psychischer Störungen, welche diese Symptomatik miterklären könnten, nicht gestellt werden. Am Ende der Untersuchung sei der Patientin und ihrem Ehemann eine Rückmeldung über die klinische Einschätzung gegeben worden. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine Intensivierung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung, sowohl mit Schwerpunkt auf die Behandlung der depressiven als auch der psychotraumatologischen Systematik, zu empfehlen. Insbesondere könnte auch eine stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung reevaluiert werden. Aktuell bestehe aufgrund der psychischen Problematik keine Arbeitsfähigkeit. Es lasse sich auch noch keine Zumutbarkeitsbeurteilung abgeben. Am psychischen Gesundheitszustand könne durch eine Intensivierung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung eine Besserung erwartet werden (IV-Nr. 18.3).

5.8 Dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, [...], vom 12. März 2014 (Erstkonsultation) kann entnommen werden, bei der Patientin seien ubiquitär und nicht eine auf handversorgende Nerven begrenzte Berührungsdysästhesie (Ameisenlaufen) sowie eine Hypästhesie auf Pin-Prick und Berührung sowie Kälte vorhanden. Die sensorischen Störungen gingen bis in den proximalen Unterarm. Es zeigten sich zwei Verletzungsnarben am Unterarm sowie auf der Hand. Es bestünden reizlose Narbenverhältnisse und ein deutlich eingeschränktes Bewegungsausmass. Sodann bestehe eine Hypersudation im Bereich der linken Handinnenfläche. Die Schmerzmedizinische Beurteilung lautete wie folgt: «Formal CRPS Typ II nach Harden et al. (Budapester Kriterien); psychologische Kofaktoren Depression, Angst und Katastrophisierung; signifikanter, jedoch ungenügender analgetischer Effekt von 30 % auf Paracetamol und Mefenaminsäure, was für eine persistierende nozizeptive Schmerzkomponente sprechen könnte; bisher keine oder mir nicht bekannte typisch anti-neuropathische und/oder Opioid-Therapie» (IV-Nr. 25 S. 13 ff.). Gemäss dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 14. April 2014 wurde mit der Patientin ausführlich eine intravenöse Medikamentenaustestung besprochen und ein weiteres schmerzedukatives Gespräch geführt (IV-Nr. 25 S. 11 f.).

5.9 Aus dem Abschlussbericht der Ergotherapie des C.\_\_\_\_ vom 28. August 2014 über den Behandlungszeitraum vom 27. September 2012 bis 14. August 2014 geht hervor, anfangs habe eine gewisse Schmerzreduktion erreicht werden können. Es seien Verspannungen in der gesamten oberen Extremität aufgekommen. Im April/Mai 2013 habe sich die Patientin während

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des

Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

### E. 3

Unter o/e-Kostenfolge. 2.2 In ihrer Vernehmlassung vom 14. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten, die Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts verweist und auf eine umfassende Stellungnahme verzichtet (A.S. 45).

2.3 Mit Eingabe vom 25. September 2018 lässt die Beschwerdeführerin dem Gericht den Austrittsbericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 13. September 2018 nachreichen (A.S. 47;

Beschwerdebeilage 5). 2.4 Mit Instruktionsverfügung vom 10. Januar 2019 wird das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes abgewiesen (A.S. 48 ff.). 2.5 Am

15. Januar 2019 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 51 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche

und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin ab 1. März 2016 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen

Verfügung vom 5. Juni 2018 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die

Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6

Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine

solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs

Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. 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; BGE 130 V 343 E. 3.2

S. 346 f.). 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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

### **E. 3.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 4**

4.1 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 gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). 4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 5. Im vorliegenden Fall lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, sowohl aus dem polydisziplinären E.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 38) als auch aus dem psychiatrischen Obergutachten der F.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2017 (IV-Nr. 51.1) gehe bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen hervor. Es sei ihr daher ab 1. März 2016 weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (vgl. Beschwerde, S. 2; A.S. 13). Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen: 5.1 Gemäss dem Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 war die Beschwerdeführerin dort vom 24. bis 26. September 2012 hospitalisiert. Die Hauptdiagnose lautete auf «Quetschtrauma Unterarm links mit Stauchungsfraktur des distalen Radius». Die Beschwerdeführerin wurde konservativ behandelt (Ruhigstellung, Analgesie und abschwellende Massnahmen). Das Röntgenbild des linken Handgelenks vom 24. September 2012 zeigte eine nicht wesentlich dislozierte distale Radiusfraktur mit Kortikalisunterbruch dorsal. Im Übrigen seien normale ossäre Strukturen ohne Nachweis einer weiteren Fraktur, Luxation oder eines ossären Bandausrisses ersichtlich. Der Status des Unterarmes links bei Eintritt wurde wie folgt beschrieben: «Hautdelle ca. 4 x 8 cm dorsal, Schürfwunde, keine tiefe Verletzung der Haut, periphere Sensibilität vermindert mit Kribbelparästhesien auf Berührung überall, Durchblutung intakt, Motorik schmerzbedingt vermindert, Streckdefizit». Zur Therapie und zum Verlauf wurde vermerkt, unter konservativer Therapie, Analgesie, abschwellenden Massnahmen (Kühlung, Hochlagerung) und Ruhigstellung des Vorderarmes sei es zu einer Regredienz der Schwellung des gesamten Vorderarmes gekommen. Die seit Eintritt bestehenden diffusen Kribbelparästhesien seien ebenfalls regredient gewesen (IV-Nr. 5.2 S. 20 f.). 5.2 5.2.1 Vom 30. April bis 4. Juni 2013 war die Beschwerdeführerin in der D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 6. Juni 2013 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Schweres Quetschtrauma des linken Unterarms mit Stauchungsfraktur des distalen Radius, kaum disloziert, und schwerer axonaler Läsion des N. medianus und N. ulnaris, 25.10.2012 Elektrophysiologische Untersuchung: Kein Nachweis einer Nervenkontinuität bei Stimulation des N. medianus und N. ulnaris am Handgelenk zu den Ziehmuskeln, 13.12.2012 MRI Unterarm links: Unkompromittierter Verlauf des N. ulnaris, kein neuronales Ödem. Keine Kompression, keine Raumforderung. Reizlose Weichteile, 11.02.13 Elektrophysiologische Untersuchung: Deutliche Verbesserung. Kontinuität motorischer Fasern N. medianus und N. ulnaris, fehlende Kontinuität sensibler Fasern. Erhebliche Schädigung N. medianus, aktuell: Schmerzhaftes Funktionsstörung Hand links mit partieller, sensomotorischer Läsion N. ulnaris und N.

medianus; Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)». Als Rehabilitationsziele wurden die Funktionsverbesserung der linken Hand und die psychische Stabilisierung im Hinblick auf eine berufliche Reintegration in einer späteren Reha-Phase genannt. Die Ziele hätten auf niedrigem Niveau weitgehend erreicht werden können. Die diagnostische Beurteilung lautete dahingehend, die Patientin habe vor knapp 9 Monaten ein schweres Quetschtrauma des distalen Unterarms links erlitten, sie sei ca. 40 Minuten in einer Maschine eingeklemmt geblieben, welche immer wieder zugeedrückt habe. Im Vordergrund der Verletzungen sei eine schwere Läsion des N. medianus und des N. ulnaris gestanden, zusätzlich sei es zu einer kaum dislozierten Stauchungsfraktur des distalen Radius gekommen, die in guter Stellung konsolidiert sei. Die Nervenläsionen hätten sich im Verlauf teilweise erholt, eine erneute neurophysiologische Untersuchung sei im Juli 2013 geplant. Aktuell bestünden Dauerschmerzen im distalen Unterarm und der ganzen Hand links, verstärkt bei Bewegung und Belastung. Die Handgelenksbeweglichkeit sei eingeschränkt. Die Fingerbeweglichkeit sei nur geringfügig eingeschränkt, die Daumenopposition und die Spreizung der Finger seien etwas vermindert, beim Faustschluss sei die Einkrallung leicht unvollständig. Es bestehe ein sehr ausgeprägtes Kraftdefizit nicht nur der intrinsischen Muskulatur (kleine Handmuskeln), die von der Läsion des N. medianus und des N. ulnaris betroffen sei, sondern auch der extrinsischen Muskulatur (lange Strecker und Beuger des Handgelenks und der Finger), welche nicht von den Nervenläsionen betroffen sei. Diese Schwäche dürfe wesentlich mitbeeinflusst sein durch die Schmerzen und die ausgeprägte psychische Störung. Die Gefühlsstörung sei von der Patientin etwas variabel angegeben worden. Bei der ärztlichen Eintrittsuntersuchung habe sie eine Hypästhesie zirkulär am distalen Unterarm im Verletzungsbereich, ulnarseitig an Handwurzel und Mittelhand dorsal und palmar sowie an allen Langfingern, distal betont, angegeben, an den Fingern IV und V dorsal habe sie auf eine Dysästhesie hingewiesen. Im Radialis-Versorgungsgebiet sowie am Daumen plantar und in der radialen Innenfläche sei die Berührungssensibilität als normal bezeichnet worden. Bei der ergotherapeutischen Eintrittsuntersuchung habe die Patientin hingegen eine Hyposensibilität an der gesamten Palmarseite der Hand und eine Hypersensibilität an der gesamten Dorsalseite der Hand angegeben. Prognostisch sollte sich rein aus somatischer Sicht noch eine Verbesserung der Kraft der linken Hand ergeben. Inwieweit sich die Sensibilität noch erholen werde, müsse der weitere Verlauf aufzeigen. Zur posttraumatischen Belastungsstörung wurde angegeben, während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Die Patientin habe nach traumatischem Arbeitsunfall eine posttraumatische Belastungsstörung mit Hyperarousal, Vermeidung und intrusivem Erleben entwickelt. Ferner schienen auch gelegentlich dissoziative Zustände (sie fühle sich wie erstarrt und nehme nichts mehr wahr) vorzuliegen. Psychosozial zeige sich derzeit eine recht gute Situation. Eine somatoforme Mitbeteiligung im Schmerzgeschehen könne nicht ausgeschlossen werden, stehe aber sicherlich bei den vorliegenden somatischen Befunden nicht im Vordergrund. Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Nach erfolgter Stabilisierung und Traumatherapie scheine eine Reintegration realistisch. Eine Tätigkeit an einer Maschine, welche der Unfallmaschine ähnele oder bei welcher Gefahr für eine erneute Handverletzung gegeben sei, sei der Patientin auch langfristig nicht mehr zuzumuten. Die Tätigkeit als Maschinenbedienerin sei nicht mehr zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien: Einerseits handle es sich um eine mittelschwere Arbeit und eine entsprechende

Belastbarkeit beider Hände sei erforderlich. Andererseits sei die Tätigkeit aus psychischen Gründen nicht zumutbar. Es bestehe eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 5. Juni 2013. Zur Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten wurde angegeben, diese werde aktuell noch nicht festgelegt. Die Patientin sei noch in der medizinischen Behandlungsphase. Zu den therapeutischen Massnahmen und zum Verlauf wurde vermerkt, es seien eine ergo- und eine physiotherapeutische Einzelbehandlung erfolgt. Ferner habe die Patientin an einem intensiven multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Die hauptsächlichen Ziele des Programms seien eine Verbesserung der Einsetzbarkeit der linken Hand, der Feinmotorik und der Kraft der linken Hand, der Handgelenksbeweglichkeit links sowie eine Verbesserung der lokalen und allgemeinen Ausdauer gewesen. Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm seien wie folgt zu beschreiben: Die sehr niedrige physische Belastbarkeit sei rein von den somatischen Läsionen her nicht voll erklärbar, die schwere psychische Störung sei daran wesentlich mitbeteiligt. Die Beschreibung der Schmerzen sei nur wenig differenziert gewesen. Das Leistungsverhalten beurteile man als gut im Rahmen der gegebenen Voraussetzungen. Die Konsistenz sei gut gewesen. Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werte man als positiv. Die Therapeutinnen hätten beobachtet, dass der Einsatz der linken Hand deutlich sicherer geworden sei. Die Patientin sei im Verlauf offener und aufgeweckter geworden, habe mehr Eigenverantwortung in den Therapien übernommen und eigene Ideen eingebracht. In der Haushaltgruppe habe sie sehr selbstständig gearbeitet und versucht, alles Erlernte umzusetzen. An der linken Hand habe keine Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die Handgelenksbeweglichkeit sei praktisch unverändert geblieben. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training auf einem sehr tiefen Niveau nur minimal gesteigert werden können. Die Patientin sei während ihres Aufenthaltes intensiv psychologisch begleitet worden. Eine Traumatherapie sei aufgrund ihres derzeit noch sehr instabilen Zustandes nicht möglich gewesen, sollte jedoch nach erfolgter Stabilisierung im ambulanten Rahmen erfolgen. Eine psychopharmakologische Behandlung sei während des Aufenthaltes begonnen worden, habe aber aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen werden müssen. Ergänzend zur Gesprächstherapie habe die Patientin auch Musiktherapie mit Entspannung auf dem Liegemonochord, aktivem Musizieren und reflektierenden Gesprächen erhalten. Die Patientin habe Freude zeigen können und habe im Verlauf entspannter und schwingungsfähiger gewirkt. Abschliessend wurde zur Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie zu den beruflichen und sozialen Auswirkungen beim Austritt angegeben, die Patientin sei einerseits beim Einsatz ihrer linken, dominanten Hand eingeschränkt, andererseits psychisch stark beeinträchtigt durch die ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung. In der Kombination bestehe aktuell keine Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 13).

5.2.2 Aus dem psychosomatischen Konsilium der D.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2013 geht folgende psychopathologische Diagnose hervor: «Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)». Zum Prozedere wurde angegeben, eine weitere ambulante Psychotherapie mit Schwerpunkt auf Traumaverarbeitung werde empfohlen. Längerfristig wäre es auch indiziert, die Patientin für eine psychopharmakologische Behandlung zu gewinnen. Nach erfolgter Stabilisierung werde eine engmaschige Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung empfohlen. Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit wurde vermerkt, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Nach erfolgter Stabilisierung und Traumatherapie scheine eine Reintegration realistisch. Eine

Tätigkeit an einer Maschine, welche der Unfallmaschine ähnele oder bei welcher die Gefahr einer erneuten Handverletzung bestehe, scheine der Patientin auch längerfristig nicht mehr zumutbar (IV-Nr. 51.2).

5.3 Aus dem Bericht der J.\_\_\_\_, [...], über das Gespräch mit der Beschwerdeführerin in der Notfall- und Krisenambulanz vom 13. August 2013 (med. pract. K.\_\_\_\_, Oberärztin; Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzarzt) gehen folgenden Diagnosen hervor: «Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), leicht bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (F32.11)». Zur Beurteilung wurde angegeben, bei der 29-jährigen Patientin habe sich auf dem Boden eines Arbeitsunfalls eine posttraumatische Belastungsstörung mit dem typischen syndromalen Komplex ausgebildet. Dabei stünden die Schlafstörungen im Zentrum der akuten Symptomatik, ebenso liege eine deutliche Angst- und Spannungssymptomatik sowie eine Dysregulation der Selbstwertproblematik vor. Zudem bestehe auch eine depressive Störung, aktuell leicht bis mittelgradigen Ausmasses geprägt mit Enttäuschung, Verzweiflung, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Sorge und grosse Unsicherheit mit deprimierter Grundstimmung. Die Beschwerden führten zu Motivationsverlust und Lustlosigkeit sowie Stimmungsschwankungen. Zum Prozedere wurde festgehalten, es erfolge eine Behandlung nach multimodalem Ansatz mit Psychoedukation und verhaltenstherapeutischen Techniken zur Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Angstzuständen, Überforderungsgefühlen sowie Entwicklung von Abgrenzungsvermögen und Stabilisierung des Selbstwertes. Zudem werde versucht, mit der Patientin eine Traumatherapie durchzuführen. Der Einsatz eines Antidepressivums werde zu einem späteren Zeitpunkt thematisiert (IV-Nr. 18.7 S. 5 f.).

5.4 Gemäss dem Elektrophysiologie- und neurologischen Sprechstundenbericht des C.\_\_\_\_ (Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt Neurologie) vom 20. August 2013 bestehe bei subjektiv unveränderter Symptomatik und klinisch (bei sakkadierter Innervation und wahrscheinlich eingeschränkter Kooperationsfähigkeit) weitgehend unverändertem Befund elektrophysiologisch weiterhin eine eindruckliche Befundbesserung. Neu könne neben einem deutlichen neurographischen Amplitudenzuwachs beider untersuchter Nerven auch eine Nervenkontinuität für sensible Fasern objektiviert werden. Somit erscheine eine Restitutio ad integrum im Verlauf plausibel. Bei posttraumatischer Belastungsstörung mit nicht organischer Teilkomponente des Funktionsausfalls der linken Hand sei der Ausbau der ambulanten psychiatrischen Betreuung sowie die Aufnahme einer antidepressiven und schmerzmodulierenden Therapie zu befürworten (IV-Nr. 14 S. 2 ff.).

5.5 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, spez. Allergologie, hielt in ihrem Bericht vom 29. November 2013 fest, nach der stationären Behandlung in der D.\_\_\_\_ habe die Patientin eine Behandlung im psychiatrischen Ambulatorium in [...] begonnen. Sie habe damals über ein vermehrtes Einschlafen der linken Hand und vermehrte Schmerzen geklagt; die Hand fühle sich an wie Holz, seit die Temperaturen etwas kühler geworden seien. Bei Arbeiten im Haushalt verspüre sie vermehrte Schmerzen, z.B. beim Umblättern einer Zeitung. Sie habe auch keine Kontrolle über die Hand, z.B. beim Tragen einer Tasse; sie habe auch Mühe, die dreijährige Tochter anzuziehen. Die Beschwerdeführerin sei seit zwei Wochen unter Behandlung mit Cipralext und einem Schlafmedikament, gleichwohl habe sie über nächtliche Alpträume im Sinne von Flashbacks berichtet. Sie könne sich auch nicht konzentrieren und habe die Hoffnung verloren, dass sich die Situation bessere. Bis Mitte November 2013 habe sich die Situation nicht wesentlich geändert. Der behandelnde Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_ habe die Situation kurz zusammengefasst: Sie sei in Schmerz und Trauma gefangen, Anhaltspunkte für eine Depression habe er keine (IV-Nr. 18.7 S. 1

f.). 5.6 Der Suva-Kreisarzt, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, stellte in seinem Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 11. Dezember 2013 folgende Diagnosen: «St.n. schwerem Quetschtrauma Unterarm links mit wenig dislozierter Stauchungsfraktur des distalen Radius und schwerer axonaler Läsion der Nn. medianus et ulnaris bei: elektrophysiologisch deutlicher Regredienz der axonalen Läsionen und Nachweis einer Kontinuität für motorische und sensible Fasern der Nn. medianus et ulnaris, aktuell: Schmerzhaft Funktionsstörung der linken Hand mit partieller sensomotorischer Läsion N. ulnaris und N. medianus; Schwere Depression». Im Weiteren führte der Kreisarzt aus, die Versicherte beklage weiterhin eine massive Funktionseinschränkung der gesamten linken oberen Extremität bei obgenannten Diagnosen. Die linke Hand sei aktuell nur als Hilfs-/Zudienhand einsetzbar bei einem subjektiv empfundenen Dauerschmerz, welcher bei Belastung zunehme. Die elektrophysiologisch nachgewiesene deutliche Befundverbesserung mit sukzessivem Nachweis der Nervenkontinuität sowohl von motorischen als auch sensiblen Fasern des N. ulnaris und medianus links werde von der Versicherten subjektiv praktisch nicht wahrgenommen, sondern gesamthaft als mehr oder minder gleichbleibend schlechter Zustand empfunden. Die initial elektrophysiologisch erhobenen Befunde mit schwerer axonaler Läsion des N. ulnaris und medianus links und die deutliche elektrophysiologische Befundverbesserung im Verlauf würden am ehesten für eine schwere Neurapraxie ohne vollständige Durchtrennung der Nerven sprechen, was auch gut zum MRI-Befund passe, indem sich eine erhaltene Nervenkontinuität morphologisch bildgebend darstellen lasse. Im Weiteren wurde ausgeführt, die aktuelle kreisärztliche Untersuchung der somatischen Unfallfolgen sei durch die schwere Depression der Versicherten massiv erschwert worden, diese habe im Rahmen der klinischen Handuntersuchung auch deutliche Zeichen von Aggravation und Malcompliance gezeigt. Bei jedoch dokumentierter und elektrophysiologisch nachgewiesener organischer struktureller Schädigung der N. medianus et ulnaris sei das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzsyndroms jedoch durchaus möglich und aufgrund der Tatsache, dass die Versicherte bis anhin noch nie einem erfahrenen Schmerztherapeuten vorgestellt worden sei, sollte die letzte Therapieoption noch in Erwägung gezogen werden. Von chirurgisch-orthopädischer Seite ergäben sich bei in anatomischer Stellung konsolidierter distaler Radiusfraktur keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Aus diesem Grunde sei die chirurgische Behandlung durch das C.\_\_\_\_ auch bereits abgeschlossen worden. Die Versicherte sei durch die Hausärztin bei einem erfahrenen Schmerztherapeuten anzumelden. Die Arbeitsfähigkeit als Maschinenbedienerin sei in Anbetracht der Unfallfolgen sowohl aktuell als auch künftig nicht mehr gegeben. Wie im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ bereits vermerkt, sei zusätzlich zur somatischen Beschwerdeproblematik die Arbeitsfähigkeit auch aufgrund der akuten psychischen Situation nicht mehr gegeben. Für die Festlegung eines detaillierten Zumutbarkeitsprofils sei es noch zu früh. Von weiteren Behandlungen könne noch mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden (IV-Nr. 18.5).

5.7 Dem Bericht des Konsiliarpsychiaters der Suva, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. Dezember 2013 über die tags zuvor durchgeführte psychiatrische Untersuchung können folgende Diagnosen entnommen werden: «Psychische Anpassungsreaktion an schweres Quetschtrauma der linken Hand, 1. schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome ICD-10: F32.2, 2. akute Belastungsreaktion nach dem Unfall ICD-10: 43.0, leichtgradig ausgeprägt, 3. psychotraumatologische Symptomatik ICD-10: F43.8 (sonstige Reaktion auf schwere

Belastung), – Differenzialdiagnose: Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1». Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, in der Untersuchung habe sich das Bild einer schweren depressiven Episode gezeigt. Die Stimmung sei schwer depressiv herabgestimmt gewesen. Ab und zu habe die Versicherte Phasen der völligen Affektleere. Sie habe eine schwere Anhedonie und einen stark verminderten Antrieb. Das Selbstvertrauen sei tief. Sie habe Sterbewünsche und es bestehe eine Hoffnungslosigkeit. Subjektiv habe sie Denk- und Konzentrationsstörungen. Sie sei innerlich angespannt und psychomotorisch gehemmt. Der Schlaf sei deutlich beeinträchtigt und der Appetit reduziert. Zudem habe sie einen Libido- und Interessensverlust und eine deutlich herabgesetzte emotionale Schwingungsfähigkeit. Morgentief und Früherwachen seien dokumentiert. Der Überlappungsbereich der Depression zur posttraumatischen Belastungsstörung sei gross. Die Patientin zeige psychotraumatologische Symptome. Sie habe unfallbezogene Alpträume und szenische lebendige Erinnerungen an das Unfallgeschehen, die durch äussere Faktoren getriggert werden könnten. Bei der posttraumatologischen Belastungsstörung seien Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten gefordert. Die Hypervigilanz und die erhöhte Schreckhaftigkeit seien bei ihr leichtgradig ausgeprägt. In der aktuellen Untersuchung habe die schwere Depression klinisch über die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung dominiert. Dies scheine im Längsschnittverlauf nicht immer so gewesen zu sein. Aufgrund der geschilderten Symptome sei jedoch immer eine Kombination von psychotraumatischen Symptomen und depressiven Symptomen vorhanden. Stark mitmoduliert sei die Symptomatik durch die Angstproblematik, die bei beiden Störungen gesehen werden könne. Die Schmerzen seien in der aktuellen Untersuchung nicht übertrieben dargestellt worden. Sie habe vor allem Angst, Schmerzen auszulösen, die wiederum Erinnerungen an den Unfall triggerten. Die Schmerzverarbeitung sei durch die psychiatrische Diagnose beeinträchtigt. Die Schmerzschwelle sinke sowohl bei posttraumatischer Belastungsstörung als auch bei depressiver Symptomatik. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: 45.41) könne bei dauerndem Vorhandensein anderer psychischer Störungen, welche diese Symptomatik miterklären könnten, nicht gestellt werden. Am Ende der Untersuchung sei der Patientin und ihrem Ehemann eine Rückmeldung über die klinische Einschätzung gegeben worden. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine Intensivierung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung, sowohl mit Schwerpunkt auf die Behandlung der depressiven als auch der psychotraumatologischen Systematik, zu empfehlen. Insbesondere könnte auch eine stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung reevaluiert werden. Aktuell bestehe aufgrund der psychischen Problematik keine Arbeitsfähigkeit. Es lasse sich auch noch keine Zumutbarkeitsbeurteilung abgeben. Am psychischen Gesundheitszustand könne durch eine Intensivierung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung eine Besserung erwartet werden (IV-Nr. 18.3). 5.8 Dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, [...], vom 12. März 2014 (Erstkonsultation) kann entnommen werden, bei der Patientin seien ubiquitär und nicht eine auf handversorgende Nerven begrenzte Berührungsdysästhesie (Ameisenlaufen) sowie eine Hypästhesie auf Pin-Prick und Berührung sowie Kälte vorhanden. Die sensorischen Störungen gingen bis in den proximalen Unterarm. Es zeigten sich zwei Verletzungsnarben am Unterarm sowie auf der Hand. Es bestünden reizlose Narbenverhältnisse und ein deutlich eingeschränktes Bewegungsausmass. Sodann bestehe eine Hypersudation im Bereich der linken Handinnenfläche. Die Schmerzmedizinische Beurteilung lautete wie

folgt: «Formal CRPS Typ II nach Harden et al. (Budapester Kriterien); psychologische Kofaktoren Depression, Angst und Katastrophisierung; signifikanter, jedoch ungenügender analgetischer Effekt von 30 % auf Paracetamol und Mefenaminsäure, was für eine persistierende nozizeptive Schmerzkomponente sprechen könnte; bisher keine oder mir nicht bekannte typisch anti-neuropathische und/oder Opioid-Therapie» (IV-Nr. 25 S. 13 ff.). Gemäss dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 14. April 2014 wurde mit der Patientin ausführlich eine intravenöse Medikamentenaustestung besprochen und ein weiteres schmerzedukatives Gespräch geführt (IV-Nr. 25 S. 11 f.). 5.9 Aus dem Abschlussbericht der Ergotherapie des C.\_\_\_\_ vom 28. August 2014 über den Behandlungszeitraum vom 27. September 2012 bis 14. August 2014 geht hervor, anfangs habe eine gewisse Schmerzreduktion erreicht werden können. Es seien Verspannungen in der gesamten oberen Extremität aufgekommen. Im April/Mai 2013 habe sich die Patientin während

## **E. 5**

Wochen in der D.\_\_\_\_ aufgehalten. Bei bimanuellen Tätigkeiten habe sie die linke Hand eingesetzt, habe aber nach ca. 1 bis 2 Minuten eine Blockade/Steifigkeit in der Hand und in den Fingern gespürt und sie habe die Übung abbrechen müssen. Die Umsetzung von Übungen zu Hause scheine schwierig zu sein. In letzter Zeit seien nur sanfte Therapieformen (Rapsbad, sehr sanfte Massage) ertragen worden, aber auch diese seien nicht als angenehm empfunden worden. Die Patientin habe auch den Eindruck gehabt, sich für die Spiegeltherapie zu wenig konzentrieren zu können. Sie wirke meist müde und erschöpft und könne keine konkreten Ziele für die Therapie formulieren. Sie scheine keine Hobbies oder Interessen zu haben.

Zum Status bei Austritt wurde festgehalten, die Feinmotorik der linken Hand sei ziemlich eingeschränkt. Sensibilität und Rechts/Links-Erkennung seien ebenfalls schwach. Die linke Hand bzw. Finger fühlten sich kalt an. Die rechte Hand übernehme fast alles. Die Verspannung der ganzen oberen Extremität sei spürbar. Die Aktivitäten bzw. Partizipation sei weiterhin durch die Schmerzen eingeschränkt bei vielen Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei welchen beide Hände einzusetzen seien (z.B. Flaschen öffnen etc.). Bei Belastung mit Kraft verstärkten sich die Schmerzen. Für sämtliche Gänge ausser Haus werde sie von ihrem Vater oder ihrer Mutter begleitet. Sie fürchte sich alleine und traue sich nichts zu. Die Patientin wirke motiviert, aber sehr ängstlich und besorgt. Sie sei im Moment zu 100 % krankgeschrieben. Sie versorge sich und ihre Familie zu Hause. Wieviel sie davon selbstständig erledige, sei unklar. Die Patientin scheine für weiterführende Therapien sehr motiviert, eventuell wäre auch eine psychiatrische oder psychosomatische Gruppe oder eine stationäre Rehabilitation sinnvoll (IV-Nr. 25 S. 9 ff.).

5.10 Aus dem neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht des C.\_\_\_\_ vom 8. September 2014 geht im Wesentlichen hervor, anamnestisch, klinisch und elektrophysiologisch könne ein stabiler bis leicht gebesserter Verlauf festgehalten werden. Da eine begleitende leichtgradige Kompression des N. medianus im Karpalkanal möglich sei, plane man eine abschliessende Nachkontrolle in einem Jahr (IV-Nr. 25 S. 6 ff.).

5.11 Suva-Kreisarzt med. pract. R.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 9. Dezember 2014 über die kreisärztliche Untersuchung vom 5. Dezember 2014 fest, die Versicherte gebe an, dass es ihr aktuell noch nicht besser gehe. Sie habe immer noch über persistierende Dauerschmerzen im Bereich des gesamten Handgelenks mit einem Punctum

maximum über dem dorsoradialen Handgelenk geklagt. In Ruhe sei ein Dauerschmerz mit schwankender Intensität (maximal VAS 7) angegeben worden. Unter Analgesie habe sie etwas weniger Schmerzen (VAS 4 bis 5). Die Versicherte habe auch bei leichter Berührung über «reissende Schmerzen» berichtet, welche nach proximal bis in den Oberarm ausstrahlten. Subjektiv könne die linke Hand derzeit nur als Hilfs- und Zuhilfenhand eingesetzt werden. Die Versicherte habe auch einen subjektiv empfundenen Temperaturunterschied und ein schnelleres Erkalten der linken Hand beklagt. Die Versicherte habe berichtet, dass sie nach einer Pflaster-Therapie mit Fentanyl ein Gefühl «wie gelähmt» gehabt habe. Sie habe sich danach kaum bewegen können. Sie habe berichtet, dass sie grundsätzlich zu Hause bleibe. Sie habe sehr eingeschränkte soziale Kontakte mit der Familie, Freunden oder Bekannten, sie «habe keine Lust mehr». Die Ergo-/Physiotherapie besuche sie nicht mehr. Die Versicherte habe berichtet, dass die Ergo-/Physiotherapie «eher nichts gebracht habe». Einige häusliche Tätigkeiten wie zum Beispiel Bügeln/Kochen (nur mit der rechten Hand) seien möglich. Die Versicherte benutze aktuell keine orthopädischen Hilfsmittel. Von beruflicher Seite bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Maschinenbedienerin in einer Verpackungsfabrik. Sie treibe keinen Sport.

Die Beurteilung lautete dahingehend, die Versicherte beklage seit zwei Jahren gleich starke, kontinuierliche Beschwerden an der gesamten linken Hand sowie deutliche Berührungsempfindlichkeit mit Ausstrahlung bis zur linken Schulter. Die empfohlene Schmerztherapie habe sie wegen Angst über mögliche Nebenwirkungen abgelehnt. Sie nehme aktuell nur Dafalgan und Spiralgin. Es erfolge ebenfalls einmal pro Woche eine psychiatrische Behandlung. Die aktuelle kreisärztliche Untersuchung der somatischen Unfallfolgen sei etwas erschwert worden durch die depressive Störung. Die Ausprägung der Schmerzen sei aufgrund der objektivierbaren Veränderungen nur partiell erklärbar. Bei nur minimalen Muskulaturdefiziten des linken Unterarms und der linken Hand wäre eine leichte Kraftminderung erklärbar, eine komplette Kraftlosigkeit (0 kg) sei jedoch nicht nachvollziehbar. Bei in anatomischer Stellung konsolidierter distaler Radiusfraktur und klinischer sowie elektrophysiologisch nachgewiesener organisch struktureller leichter Schädigung des N. medianus und vollständiger bzw. weitgehender Abheilung der N. ulnaris-Verletzung bestünden aus chirurgischer Sicht keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Von der chirurgischen Seite handle es sich um einen medizinisch stabilen Zustand, sodass die aktuelle kreisärztliche Untersuchung als Abschlussuntersuchung angesehen werden könne. Funktionell bestünden in allen Gelenken des linken Unterarmes und in der linken Hand keine Einschränkungen. Klinisch sei nur eine minimale sensible Dysfunktion des N. medianus feststellbar. Anamnestisch, klinisch und elektrophysiologisch sei ein stabiler bis leicht gebesserter Verlauf erreicht. Aktuell bestehe kein behandlungsbedürftiger Befund bei vermutlich leichtgradiger Kompression des N. medianus im Carpaltunnelkanal. Es sei eine Nachkontrolle in einem Jahr geplant. Die starken Schmerzen im Bereich der linken Schulter beim Phalen-Test seien ebenfalls nicht erklärbar. Aufgrund der schweren Verletzung sei trotz geringer struktureller Veränderungen die handbelastende Tätigkeit als Maschinenbedienerin nicht mehr zumutbar. Die Versicherte dürfe leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags ausüben. Sämtliche Tätigkeiten, die ein kraftvolles Zupacken mit der linken Hand erforderten, seien künftig nicht mehr zumutbar. Ebenso nicht mehr zumutbar seien Schläge und Vibrationen für die linke obere Extremität. Die genannten Einschränkungen bezögen sich ausschliesslich auf die linke Hand. Des Weiteren bestünden keine Einschränkungen, insbesondere nicht

zeitlicher Natur. Bezüglich der von der Versicherten noch beklagten Beschwerden sei eine Schmerztherapie zu empfehlen, welche aber von der Versicherten nicht gewünscht werde. Eine weitere Ergo-/Physiotherapie sei auch sinnvoll, werde aber von der Versicherten ebenfalls abgelehnt (IV-Nr. 19 S. 5 ff.).

5.12 Dr. med. S.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht zu Händen der IV vom 31. März 2015 folgende Diagnosen: «Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), Depressive Episode mit somatischem Syndrom, aktuell mittelgradig (F32.11)». Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Maschinenbedienerin seit dem 11. Dezember 2013 bis auf weiteres angegeben. Der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Zur Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, den Aufenthalt in der D.\_\_\_\_ habe die Patientin aufgrund der Trennung von ihrer Familie als sehr schwierig empfunden. Subjektiv habe weder bei den körperlichen noch bei den psychischen Symptomen eine Verbesserung erreicht werden können. Ambulant habe die Patientin Ergotherapie und Physiotherapie fortgesetzt, vor allem Wärmeanwendungen hätten ihr eine kurzfristige Erleichterung gebracht. Von August bis November 2013 sei die Patientin bei Dr. med. L.\_\_\_\_ im psychiatrischen Ambulatorium in [...] in Behandlung gewesen. Nach seinem Weggang sei die Therapie bei Dr. med. T.\_\_\_\_ fortgesetzt worden. Da im Ambulatorium nur monatliche Termine möglich gewesen seien, sei die Patientin von ihrer Hausärztin ihm, Dr. med. S.\_\_\_\_, überwiesen worden. Parallel zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe sie weiterhin Ergo- und Physiotherapie durchgeführt, welche wegen des unveränderten Zustands schliesslich eingestellt worden sei. Eine intravenöse Medikamentenaustestung habe wegen ihrer ausgeprägten Ängste vor möglichen Medikamentennebenwirkungen nicht durchgeführt werden können; eine Behandlung mit Fentanyl-Pflastern habe die Patientin wegen Missempfindungen und Lähmungserscheinungen beendet. Fremdanamnestisch habe die Mutter der Patientin bestätigt, dass diese während des Krieges keine traumatischen Situationen erlebt habe; ihre Entwicklung sei wie bei den älteren Brüdern normal verlaufen. Der Ehemann der Patientin erlebe diese seit dem Unfall völlig verändert. Vorher sei sie ausgeglichen, unternehmungslustig und initiativ gewesen und habe viel für die ganze Familie organisiert. Aktuell benötige sie für viele Tätigkeiten im Haushalt Hilfe. Sie wolle nicht allein in der Wohnung sein oder sich draussen bewegen. Sie ziehe sich von der Familie und Bekannten zurück. Auch scheue sie sich, mit der verletzten Hand etwas zu versuchen. Im November 2014 habe sie erfahren, dass sie schwanger sei. Seither leide sie unter verstärkter Müdigkeit.

Zu den erhobenen Befunden gab der behandelnde Psychiater an, die Patientin sei eine gepflegte 31-jährige Frau, bei klarem Bewusstsein und in allen Qualitäten orientiert. Auffassung und Konzentration im Gespräch seien eingeschränkt. Die Patientin ver falle in kurze dissoziative Zustände, aus denen sie abrufbar sei. Im Alltag leide sie unter Vergesslichkeit. Es falle ihr schwer, präsent zu bleiben, wie auch sich an ihr Leben vor dem Unfall zu erinnern. Das Denken sei kohärent und verlangsamt. Es bestehe ein Gedankenkreisen über ihre Situation. Es drängten sich Bilder auf und es seien filmartige Sequenzen und Gedanken bezüglich des Unfalls vorhanden. Es bestünden Derealisationserlebnisse im Alltag und im therapeutischen Gespräch. Ein affektiver Rapport sei teilweise herstellbar. Der Antrieb sei reduziert. Es bestünden Schlafprobleme und ein Aufwachen in der Nacht, mit Intrusionen visueller und taktiler Art. Sodann seien Panikattacken, Atemnot, ein Druck auf der Brust, Hyperventilation, Schmerzen und

Missempfindungen in der Hand und im Unterarm links und seit einiger Zeit auch Schmerzen im Arm und in den Schultern rechts wegen Überbeanspruchung vorhanden. Affektiv leide sie unter wechselnden Gefühlen, sei hoffnungslos, gereizt und traurig. Es bestünden dissoziative Zustände, in welchen es ganz leer in ihr sei. Diese träten im therapeutischen Gespräch, zu Hause und auf der Strasse auf. Trotz Hoffnungslosigkeit, dass sich ihr Zustand verändern könnte, bestünden keine Suizidgedanken. Es bestehe eine Angst vor Suizidimpulsen und vor einer weiteren Verschlechterung ihres Zustandes. Deswegen werde sie von ihrer Familie permanent begleitet. Sie habe Ein- und Durchschlafprobleme, mit Angst und Intrusionen in den wachen Zeiten. Es bestünden grosse Ängste vor jeder medizinischen Behandlung und eine panische Angst vor Medikamenten. Sie habe häufig Schwindel, welchen sie teilweise mit bewusster Atmung bewältigen könne. Es falle ihr schwer, bei fast allen Verrichtungen auf die Unterstützung der Familie angewiesen zu sein. Sie sei schnell gereizt, wenn ihr der Ehemann Vorschläge zu Arbeitsabläufen mache. Sie habe eine starke Überzeugung, dass kein Medikament und keine andere Massnahme ihr helfen könne. Es bestehe ein sozialer Rückzug auch von den Angehörigen. Insgesamt bestehe ein tiefer Muskeltonus, eine schnelle Erschöpfung und es seien Muskelschmerzen auch bei leichten Tätigkeiten vorhanden. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde angegeben, die Patientin sei seit dem Unfall erfolglos mit verschiedenen Antidepressiva behandelt worden. Auch in der Physio-, Ergo- und Psychotherapie habe sie nur kurzfristige Verbesserungen erfahren. Die Prognose für eine Verbesserung sei aufgrund des stark chronifizierten Zustandsbildes sehr schlecht.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die gesundheitliche Störung wirke sich auf die bisherige Tätigkeit negativ aus. Die Patientin gerate bei sich bewegenden Maschinen in Panik oder in dissoziative Zustände. Bei anderen Tätigkeiten wirkten sich ihre eingeschränkte Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit sowie die geringe Stress- und Frustrationstoleranz negativ aus. Die bisherige Tätigkeit als Maschinenbedienerin sei aufgrund der chronifizierten posttraumatischen Symptomatik nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien jedoch zuzumuten. Die Auswirkungen der psychiatrischen Problematik auf die Arbeitsfähigkeit seien zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschätzbar. Die verminderte Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit wie auch die reduzierte Frustrations- und Stresstoleranz wirkten sich negativ auf die Belastbarkeit aus. Von Tätigkeiten mit hohem Zeitdruck oder hohen Anforderungen an Ausdauer- und Durchhaltevermögen sei deshalb abzusehen. Inwiefern ein Arbeitstraining in geschütztem Rahmen möglich sei, müsse in einem gemeinsamen Gespräch mit der Patientin geklärt werden. Ein Arbeitstraining oder ein Einsatz im ersten Arbeitsmarkt sei zurzeit aufgrund der bestehenden psychischen Symptomatik keinem Arbeitgeber zuzumuten. Aktuell lasse sich auch nicht abschätzen, inwieweit die Patientin durch eine berufliche Massnahme profitieren könnte. Sie zeige ein stark chronifiziertes psychiatrisches Zustandsbild, bei welchem nur langfristige Veränderungen zu erwarten seien. Zudem hätten in den bisherigen Therapien nur geringe Fortschritte erzielt werden können (IV-Nr. 24).

5.13 Dr. med. N.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht zu Handen der IV vom 16. Mai 2015 fest, der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Zu den angegebenen Beschwerden wurde ausgeführt, die Schmerzen in der linken Hand seien eher wieder ausgeprägter geworden, sie seien vor allem bewegungsabhängig, die Patientin könne deshalb nicht heben. Die Nächte seien schlimm, Gedankenkreisen mit Erinnerungen an den Unfall liessen sie nicht schlafen. Sie sei

vermehrt verletzlich, ziehe sich zurück und habe auch keine Hoffnung mehr. Im Haushalt und in der Kindererziehung werde sie weitgehend von den Eltern sowie vom Ehemann entlastet. Sie berichte auch über Erstickungsgefühle, welche sie mit Atemübungen angehe. Dies helfe auch gegen Druckgefühle auf der Brust. Wegen der Handgelenksschmerzen bei möglichem Carpal-tunnelsyndrom sei ein Versuch mit einer Handgelenksmanschette gemacht worden, jedoch sei keine Besserung eingetreten. Im Rahmen der Befunderhebung wurde angegeben, die linke Hand sei etwas blasser und die Muskulatur hypotroph gegenüber rechts. Temperatur und Feuchtigkeit seien symmetrisch. Es bestehe eine Druckdolenz über dem distalen Vorderarm im Bereich der Fraktur. Die Beweglichkeit des Handgelenks und der Finger sei weitgehend symmetrisch. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde vermerkt, die Patientin gehe jetzt alle zwei Wochen für ein Gespräch zu Frau [...]. Psychopharmaka seien im Moment nicht verordnet worden. Die Patientin sei schwanger, der Geburtstermin sei im Juli 2015. Daneben erfolge eine ungefähr monatliche Kontrolle in der hausärztlichen Sprechstunde. Es bestehe der Gedanke einer teilstationären Behandlung, z.B. in der psychiatrischen Tagesklinik. Die Patientin sei einem erneuten stationären Aufenthalt gegenüber sehr ambivalent eingestellt, da sie bereits in der D.\_\_\_\_ ihre Kinder und die Familie sehr vermisst habe. Sicher müsse die psychotherapeutische Begleitung/Behandlung weitergeführt werden, allenfalls könnte zu einem späteren Zeitpunkt nochmals ein Versuch mit Antidepressiva gemacht werden. Ob die Patientin wieder eine berufliche Tätigkeit ausserhalb des Haushaltes aufnehmen werde, sei zu bezweifeln. Sie sei zum jetzigen Zeitpunkt auf Unterstützung im Haushalt angewiesen. Die Auflagen an eine erneute berufliche Tätigkeit seien auch von Seiten der Suva hoch: nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, kein Zupacken mit der linken Hand, keine Schläge oder Vibrationen für die linke obere Extremität und keine Arbeit an Maschinen, die derjenigen am früheren Arbeitsplatz ähnlich seien.

Auf dem Beiblatt wurde zur bisherigen Tätigkeit angegeben, die Patientin dürfe den linken Arm nicht intensiv belasten. Generell sei die Tätigkeit an dieser Abpackmaschine körperlich zu anstrengend; auch aus psychischen Gründen sei eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nicht zumutbar. Andere Tätigkeiten seien der Patientin jedoch zuzumuten. Die Tätigkeit sollte einer leichten Arbeit entsprechen, kein Heben grösserer Lasten, keine Schläge oder Vibrationen für die linke obere Extremität und kein Bedienen von Maschinen, bei denen sich die Patientin verletzen könnte. Am ehesten kämen leichte Montage- oder dann Kontrollarbeiten in Frage. Sowohl die möglichen Tätigkeiten als auch der zeitliche Rahmen einer beruflichen Tätigkeit müsste in einem geschützten Rahmen beurteilt werden. Limitierend dürften die psychischen Störungen sein. Der zeitliche Umfang müsste es erlauben, dass die Beschwerdeführerin weiterhin intensiv psychotherapeutisch betreut werden könnte. Der Vorschlag der Psychotherapeutin, von vornherein ein langfristig angelegtes Programm mit einem Arbeitsplatztraining in einer motivierten, unterstützenden Umgebung mit begleitender psychotherapeutischer Behandlung durchzuführen, sei zu unterstützen. Damit könnte ungefähr anfangs 2016 begonnen werden (IV-Nr. 25 S. 1 ff.).

5.14 Dem polydisziplinären E.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Dezember 2015 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 28. Oktober 2015 internistisch (Dr. med. U.\_\_\_\_, Innere Medizin und Klinische Pharmakologie FMH, Ärztlicher Leiter; Dr. med. V.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH), am 17. November 2015 handchirurgisch (Dr. med. W.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie) und psychiatrisch (Dr. med. X.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie am

18. November 2015 neurologisch (Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie) untersucht und begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Regrediente traumatische axonale Läsion im distalen Vorderarmbereich links des N. medianus, N. ulnaris und N. radialis (S54.7); 2. Status nach schwerem Quetschtrauma linker Vorderarm mit Stauchungsfraktur dorsal distaler Radius links vom 24.09.2012 (S52.50); 3. Mittelgradige depressive Störung (F32); 4. Posttraumatische Störung (F43.1)».

Zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. X.\_\_\_\_ vom 17. November 2015 wurde ausgeführt, der Schweregrad der diagnostizierten Störung (Posttraumatische Belastungsstörung; mittelgradige depressive Störung, vormals schwergradig) sei nicht unbedingt als schwerster zu definieren angesichts einer neutralen Prämorbidität, einmaliger Traumatisierung und intakter psychosozialer Verhältnisse. Andererseits sei der Störungsgrad nicht unerheblich und die Therapiegeschichte unbefriedigend. Der Symptomrückgang sei chronifiziert, sodass auch im Bericht des aktuell behandelnden Psychiaters eine ausgesprochen negative Prognose gestellt werde. Auch hier könne von einer Therapieresistenz im Sinne der Leitlinien nur begrenzt ausgegangen werden, da erhebliches therapeutisches Potenzial ungenutzt scheine. Nicht stattgefunden hätten insbesondere voll- oder teilstationäre Aufenthalte, Aufenthalte in Fachkliniken mit Schwerpunkt posttraumatische Belastungsstörung oder psychosomatische Kuraufenthalte. Ebenso wenig sei eine ambulante psychiatrische Spitex zur Reduktion der Spirale von Angst und Vermeidungsverhalten eingesetzt worden. Die Funktionseinschränkung gehe teilweise auf die Gesundheitsschädigung selbst zurück, teilweise aber auch auf den dysfunktionalen Umgang damit, auf einen unbefriedigenden Behandlungsverlauf und auf eine Minder-inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das aktuelle Geschehen sei überdeckt von Angst und Vermeidungsverhalten, wie es typisch sei bei Angststörungen sowie bei einem unbehandelten depressiven Zustand (z.B. fehlende Pharmakotherapie). Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, im gegenwärtigen Zustand sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 33 % in einer angepassten Tätigkeit vorhanden. Es sollte der Explorandin Mut gemacht werden, dass wesentliche Teile des Störungsbildes deutlich überwindbar seien, mit einer weitaus besseren Funktionsfähigkeit als Mutter und Ehefrau einhergingen und eine weitgehende Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen sei. Das Therapiekonzept mit Psychotherapie, Pharmakotherapie und Soziotherapie sollte im Rahmen eines mehrmonatigen Verlaufs übergeleitet werden in eine Tätigkeit im geschützten Bereich und von dort ausgehend mit beruflichen Massnahmen Richtung Eingliederung. Durch ein solches Behandlungskonzept sollte innerhalb eines Jahres eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 33 % auf 66 % in einer angepassten Tätigkeit erreicht werden können.

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde zum Gesundheitsschaden im Wesentlichen ausgeführt, aus handchirurgischer Sicht sei die Haut der linken Hand etwas blasser und weniger warm. Es bestehe ein verminderter Umfang des linken Vorderarmes. Dorsalseitig bestehe eine Eindellung der Weichteile im Bereich des Sehnenmuskelüberganges der Strecksehnengruppe links. Bei aktiver Flexion der Finger bestehe ein Finger-Hohlhand-Abstand von 2 cm. Passiv lasse sich jedoch ein kompletter Faustschluss durchführen. Die Kraft für Fingerflexion, Fingerextension und Fingerspreizen betrage M3 bis M4. Es bestehe eine leichtgradige Atrophie der Interossei-Muskulatur sowie des Thenars. Sodann sei eine generalisierte Hyposensibilität ab Handgelenk vorhanden. Die

Kraft für das Handgelenk und den Spitzengriff betrage linksseitig 0 kg (rechts: 14 kg bzw. 7 kg). Aus neurologischer Sicht bestünden bei den elektrophysiologischen Untersuchungen nur noch äusserst geringe Residuen einer stattgefundenen Nervenverletzung im Bereich des N. medianus und des N. ulnaris. Man könne deshalb von einer weitgehenden Erholung der Nervenstrukturen ausgehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mittelgradige depressive Störung und eine Belastungsstörung nicht unerheblichen Ausmasses mit dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung, Selbstlimitierung und Dekonditionierung.

Zu den Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung wurde ausgeführt, die Schädigung des N. medianus und des N. ulnaris führe zu einer Beeinträchtigung der Sensibilität sämtlicher Finger volar und der Fingerendglieder von Daumen bis Ringfinger. Motorisch sei die Daumenposition, das Fingerspreizen und ■adduzieren gestört. Aus neurologischer Sicht, bei Erholung der Nervenleitfähigkeit, bestehe eine sehr grosse Diskrepanz zwischen den elektrophysiologischen Untersuchungsbefunden und dem von der Explorandin präsentierten Schadensbild. Die Funktionsstörung der Hand sei demnach einerseits auf die Schmerzsymptomatik zurückzuführen und andererseits durch die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung im Rahmen der Belastungsstörung zu erklären. Die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung sei charakterisiert durch die Symptomausweitung, die Selbstlimitierung, das Schonverhalten, das Verharren in der Krankenrolle, die subjektive Leistungsinsuffizienz bis hin zum Krankheitsgewinn. Im Rahmen der depressiven Störung bestehe zudem eine starke Einschränkung für die Anpassung an Regeln und Routinen, für die Anwendung fachlicher Kompetenzen und die Einschränkung der Mobilität. Mittelmässig eingeschränkt seien die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit.

Zu Ausschlussgründen wie Aggravation und ähnliche Erscheinungen sowie deren Ausmass wurde vermerkt, aus elektrophysiologischer Sicht sei die komplette Sensibilitätsstörung über dem Handrücken, die Schwäche für die Flexion und Extension der Langfinger sowie des Daumenendgliedes, die Schwäche für die Handgelenksflexion und ■extension, die Unterarmpronation und ■supination, die Schwäche für die Ellbogenflexion und ■extension und die Schulterabduktion nicht zu erklären. Aus neurologischer Sicht bestehe demnach eine erhebliche Aggravation, welche aus psychiatrischer Sicht durch die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung bei einer Belastungsstörung zu erklären sei. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Simulation vor, ebenso wenig eine Dissimulation. Eine Aggravation könne nicht vollständig ausgeschlossen werden. Auffällige Antworttendenzen hinsichtlich der Beschwerden könnten aus psychiatrischer Sicht nicht nachgewiesen werden.

Das aktuelle Persönlichkeitsbild und die biographische Persönlichkeitsentwicklung wurden dahingehend umschrieben, die Explorandin sei bis zu ihrem Unfall immer gesund gewesen. Sie sei als Mutter und Ehefrau tätig gewesen und einem 100 %-Pensum in einer Fabrik nachgegangen. Als Persönlichkeit wirke sie leicht einzelgängerisch, wenig kompromissbereit, ruhig, bescheiden, still, vorsichtig und besorgt bis pessimistisch. Sie sei zurückhaltend und in der sozialen Verträglichkeit bescheiden. Zu den Beeinträchtigungen und den vorhandenen persönlichen Ressourcen wurde erklärt, die Explorandin habe seit dem Unfall in ihrer angestammten Tätigkeit nicht mehr gearbeitet. Sie sei in den Alltagsaktivitäten und im Haushalt durch die gestörte Handfunktion massiv eingeschränkt und brauche Hilfe einer Nichte, welche im Haushalt lebe, der Eltern und des Ehemannes. Ressourcen seien noch bezüglich Behandlung und Eingliederung vorhanden.

Im Rahmen des sozialen Kontextes wurde festgehalten, trotz der massiven Funktionsstörungen im Haushalt verfüge die Explorandin über sichere psychosoziale Verhältnisse und werde von ihrem Ehemann und ihren Eltern unterstützt. Grundsätzlich seien persönliche Ressourcen bei dieser fleissigen jungen Frau vorhanden. Sie habe über Jahre über zielgerichtetes Verhalten und Handeln verfügt, ihren Haushalt organisiert, ihre Kinder von den Eltern behüten lassen, mit ihrem Ehemann gearbeitet, um ein Eigenheim in der Schweiz zu realisieren und darüber hinaus noch ein Haus in der Heimat. Die Ressourcen seien momentan nicht nutzbar, auch wegen der unbefriedigenden Behandlungssituation. Bezüglich der Compliance liege einerseits eine hohe Therapietreue vor mit wöchentlichen ambulanten psychologischen Therapien, welche die Explorandin als entlastend erlebe. Bestimmte Dinge aber, wie die Angst vor Medikamenten, schienen nur bedingt überwunden zu werden, d.h. die Explorandin lehne sie kategorisch ab. Im Weiteren führe die mangelnde Bereitschaft zu Veränderungen, überschattet von Angst und Vermeidung, zu einem kontratherapeutischen Verhalten.

Zu den Wechselwirkungen der Diagnosen wurde festgestellt, die bis zum Unfall gesunde Versicherte habe durch das Quetschtrauma am linken Vorderarm eine axonale Schädigung der Nerven in diesem Bereich erlitten. Neurophysiologisch habe sich die Funktion der geschädigten Nerven fast vollständig erholt. Weiterhin bestehe aber ein Schmerzsyndrom der linken Hand und durch das Trauma hätten sich eine posttraumatische und eine depressive Störung entwickelt, welche wegen Angst und Vermeidungsverhalten zu massiven Funktionsstörungen in allen Lebensbereichen führe.

Zur Behandlung und Eingliederung wurde angegeben, bezüglich Handchirurgie und Neurologie sei die bisherige Behandlung lege artis erfolgt. Aus psychiatrischer Sicht bestünden noch Therapieoptionen. Bei bisher erfolgten Therapien bestehe eine gute Therapie-Adhärenz auf psychiatrischem Gebiet bei fast wöchentlichen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen. Andererseits dominierten in Bezug auf die therapeutischen Massnahmen der Rückzug, die Vermeidung und die Angst. Aus psychiatrischer Sicht müssten bei optimierter Compliance adäquate Therapien in Angriff genommen werden, welche bis jetzt nicht stattgefunden hätten: Vollstationäre oder teilstationäre Aufenthalte, Aufenthalte in Fachkliniken mit Schwerpunkt posttraumatische Belastungsstörung und psychosomatische Kuraufenthalte. Ebenfalls nicht eingesetzt worden seien ambulante psychiatrische Spitem und Pharmakotherapie. Eingliederungsbemühungen seien bis anhin nicht konkret durchgeführt worden.

Zur Konsistenz wurde schliesslich angegeben, insbesondere aus neurologischer Sicht gebe es deutliche Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und dem klinischen Schadensbild. Auch bei der psychiatrischen Exploration seien leichte Diskrepanzen vorhanden, etwa wenn die Mutter überlegen müsse, wie ihr viermonatiges Kind, ihr 12-jähriger Sohn oder ihre vierjährige Tochter heisse. Dies sei im Zusammenhang mit anderen Gedächtnispräsenzen nicht ganz plausibel. Erklärt werden könne dies mit der dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung bei diagnostizierter Belastungsstörung. Auch die Alltagsaktivitäten seien gekennzeichnet von Angst, Rückzug, Schonverhalten und Selbstlimitierung. Die Explorandin brauche in ihrem Haushalt Hilfe durch die Nichte, den Ehemann und die Eltern. Für irgendwelche Aktivitäten ausserhalb der Wohnung sei sie auf eine Begleitung angewiesen. Im Vergleich zur Aktenlage seien sowohl der neurologische als auch der handchirurgische Teilgutachter der Meinung, dass kein CRPS («complex regional pain syndrome») vorgelegen sei bzw. bestehe. Dies sei von Dr. med. Q.\_\_\_\_ in

seinem Konsiliarbericht vom 12. März 2014 postuliert worden (vgl. E. II. 5.8 hiervor). Die funktionellen Einschränkungen seien in allen Lebensbereichen gleichermassen vorhanden. Vor dem Unfallereignis am 24. September 2012 sei die Explorandin bei bester Gesundheit voll aktiv als Mutter, Ehefrau und Fabrikangestellte in einem 100%igen Arbeitspensum gewesen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei das psychiatrische Störungsbild mit Anpassungsstörung und depressiver Entwicklung entscheidend. Dies obschon aus elektrophysiologischer Sicht eine Einholung der Nervenfunktion nachgewiesen werden könne. Chronische Schmerzen schienen zudem zusätzlich die Funktionsfähigkeit zu beeinflussen. Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei seit dem Unfall vom 24. September 2012 nicht mehr vorhanden. Für eine adaptierte Tätigkeit (einfache und strukturierte Arbeit) sei momentan eine Arbeitsfähigkeit von 33 %, also etwas weniger als zweimal 1.5 Stunden täglich, zu attestieren. In einer angepassten Tätigkeit könne die linke Hand nur als Hilfshand eingesetzt werden. Eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei seit der elektrophysiologisch nachgewiesenen Erholung der Nervenläsionen, d.h. ab dem 12. August 2013, vorhanden. Prognostisch scheine unter Annahme einer adäquaten Therapie bei optimierter Compliance in einer angepassten Tätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 66 % innerhalb von 1 bis 2 Jahren erreichbar zu sein (IV-Nr. 38.1 S. 17 ff.).

5.15 RAD-Arzt Dr. med. Z. \_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2016 im Wesentlichen fest, aus dem orthopädischen Teilgutachten ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer Verweistätigkeit mit deutlicher Leistungseinschränkung. Wie hoch diese sei, werde nicht beziffert. Begründet werde sie hauptsächlich durch die Schmerzsymptomatik, wobei darauf hingewiesen werde, dass diese teils psychosomatisch bedingt sei. Ferner handle es sich teilweise um einen neuropathischen Schmerz, was aber gemäss den neurologischen Befunden eher unwahrscheinlich sei. Das neurologische Gutachten sei klar begründet und deshalb einwandfrei nachvollziehbar. Der Neurologe beurteile aufgrund seiner klinischen und apparativen Befunde die Nervenläsionen als weitgehend geheilt. Anatomisch werde objektiv begründet, weshalb keine Parese bestehen könne, welche die gezeigte Bewegungseinschränkung erklären würde. Diese sei einer klaren Aggravation zuzuschreiben. Die Versicherte sei in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Das psychiatrische Gutachten sei dagegen nicht überzeugend und stichfest. Die Hauptbeschwerden der Versicherten seien die Schmerzen, auf welche der Gutachter nicht eingehe. Die Befunde des Psychostatus seien weitgehend normal und erklärten nicht die gefolgerte Arbeitseinschränkung. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung werde nicht nachvollziehbar begründet, schon gar nicht in einem Ausmass, welches zu einer derart hohen Arbeitsunfähigkeit führen würde. Es fehle die Begründung der posttraumatischen Belastungsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen solle. Auch müsse die Persistenz einer allenfalls im Jahr 2013 vorgelegenen posttraumatischen Belastungsstörung hinterfragt werden, da dieses Unfalltrauma durchaus als überwindbar zu beurteilen sei. Entsprechend habe die Suva wegen fehlender Adäquanz die Unfallkausalität verneint. Nicht kommentiert werde die Tatsache, dass die Versicherte anscheinend problemlos die Schwangerschaft und die Geburt per sectio am 5. Juli 2015 durchgestanden habe. Einzig präoperativ habe sie Angst empfunden, was ja wohl nicht als aussergewöhnlich interpretiert werden könne. Offenbar könne sie auch recht gut ihre Kinder betreuen (die Versicherte spiele mit ihrer fünfjährigen Tochter, wickle die viermonatige Tochter und gebe die Flasche). Auch sei sie durchaus in der Lage, ihre

Familie mit Essen zu versorgen. Dies weise auf eine aktive Rolle in der Familie hin und sei mit einer schweren psychischen Störung mit hoher Arbeitsunfähigkeit nicht vereinbar. Befremdend wirke auch die prozentuale Angabe der Arbeitsfähigkeit von 33 %, als ob man dies so genau beziffern könnte. Im Übrigen werde diese Einschätzung nicht begründet. Somatisch stütze man sich auf die Beurteilung des Neurologen ab. Die Arbeitsfähigkeitseinschränkung werde somit primär psychiatrisch begründet. Da diese Einschätzung nicht nachvollziehbar sei, bedürfe es eines psychiatrischen Obergutachtens (IV-Nr. 42 S. 2).

5.16 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Obergutachten der F.\_\_\_\_ (Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt [...], Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Neurologie FMH), vom 2. Februar 2017 (Untersuchung vom 23. November 2016) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Posttraumatische Belastungsstörung, weitgehend remittiert (ICD-10; F43.1); 2. Andere gemischte Angststörung mit erheblicher Regression (ICD-10; F41.3); DD Generalisierte Angststörung (ICD-10; F41.1); 3. Depressive Episode, fraglich rezidivierend DD anhaltend, aktuell noch leichtgradig (ICD-10; F33.0); 4. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidenden, unreifen und abhängigen Zügen (ICD-10; Z73)».

Im Rahmen der medizinischen Beurteilung (zusammenfassende aktuelle psychiatrische Einschätzung unter Berücksichtigung des Längsschnittes) wurde im Wesentlichen angegeben, gesamthaft müsse man nach der vorliegenden Dokumentation und nach der aktuellen Exploration davon ausgehen, dass bei der einfach strukturierten Explorandin bezüglich des Unfalles vorbestehende ängstlich vermeidende, dependente und unreife Persönlichkeitszüge mit geringem Selbstwertgefühl vorhanden gewesen seien, welche das eingetretene psychoreaktive Geschehen nach dem Unfallereignis erheblich mitbestimmen hätten. Auch klar in Einklang mit den vorliegenden Unterlagen könne festgestellt werden, dass es im Gefolge des Unfallereignisses zu einer psychischen Beschwerdesymptomatik im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) gekommen sei. Die hierzu notwendigen Kriterien nach ICD-10 seien insgesamt erfüllt, knapp nach der Art des Ereignisses, klar jedoch nach den berichteten Flashbacks, dem mehrfach traumabezogen berichteten Arousal etc.. Aktuell müsse jedoch festgestellt werden, dass die diesbezügliche Symptomatik ausgesprochen blass sei und die Explorandin heute detailliert über das Unfallereignis berichten könne ohne jede vegetative Begleitsymptomatik. Die berichteten Flashbacks seien in ihrer nächtlichen Betonung ausgesprochen schwer abgrenzbar gegenüber unspezifischen Albträumen. Die posttraumatische Belastungsstörung müsse aktuell als weitgehend remittiert angesehen werden. Vielmehr sei es mittlerweile zu einer kaum noch unfallbezogenen gemischten Angststörung gekommen, die sowohl dissoziative Züge als auch somatoforme, ängstlich-vermeidende, agoraphobe, andere pseudoneurologische (z.B. unsicherer Gang) und stark regressive Anteile aufweise. Ähnlich wie in den anderen fachpsychiatrischen Vorbeurteilungen eingeschätzt, liege trotz der somatoformen Überlagerung der Beschwerdesymptomatik eine somatoforme Störung nach ICD-10 nicht vor, spontan werde die Schmerzsymptomatik praktisch nicht angesprochen, auf Nachfrage werde ihr dann ein hoher Stellenwert beigemessen. Hier müsse eher allenfalls eine Schmerzverarbeitungsstörung angenommen werden bei von somatischer Seite durchaus nachvollziehbaren Gründen einer Schmerzsymptomatik. Differentialdiagnostisch könne durchaus auch eine durch die posttraumatische Belastungsstörung initiierte generalisierte Angststörung diskutiert werden, die sich jedoch

auch aufgrund der aggravorischen Anteile nicht überwiegend wahrscheinlich annehmen lasse. Es sei offensichtlich, dass die Explorandin bei geringem Selbstwertgefühl und starker Abhängigkeit von ihrem Umfeld hier auch einen massiven, (unbewusst) sekundären Krankheitsgewinn habe. Sie habe aktuell durch ihre Symptomatik einen starken Einfluss auf ihr familiäres Umfeld, welches bis zum Unfallereignis weitgehend die Geschicke der Explorandin kontrolliert habe. Letztlich sei das Interaktionsverhalten ähnlich wie auch in der Exploration im Jahr 2015. Ähnlich wie damals finde man keine eigentlichen kognitiven Einschränkungen; die affektive Schwingungsfähigkeit sei phasenweise durchaus gegeben. Im Vergleich zur Untersuchung Ende 2013 durch Dr. med. P. \_\_\_ (vgl. E. II. 5.7 hiervor) habe sich eine massive Verbesserung des psychopathologischen Befundes eingestellt, die sich erstaunlicherweise in den Berichten der Behandler kaum abbilde. Der deutlich erschwerte Untersuchungsablauf durch die durchgehend vagen Äusserungen der Explorandin seien nur partiell erklärbar über krankheitswerte Mechanismen. Viele Angaben wären durchaus detaillierter zu erwarten (Namen der Kinder verzögert angegeben etc.). Aus der Exploration heraus sei eine über eine leichtgradige Episode hinausgehende depressive Symptomatik nicht belegbar und auch nicht wahrscheinlich. Trotz des leidenden Ausdrucksverhaltens seien ähnlich wie Ende 2015 zwar die Grundsymptome einer depressiven Episode mit einer gedrückten Stimmung, einem zumindest anamnestisch als niedrig angegebenen Aktivitätsniveau und einer immer wieder berichteten ausgeprägten Müdigkeit gegeben, die in der Exploration erkennbaren weiteren Symptome erreichten in ihrer Quantität (für die mittelgradige Episode seien hier 6 bis 7 Symptome gefordert) jedoch nicht das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode. Rein nach der subjektiv angegebenen Beschwerdesymptomatik müsste ohne Zweifel auch eine schwergradige depressive Episode angenommen werden. Aus gutachterlicher Sicht seien hier jedoch Symptome zu subtrahieren oder zumindest nicht als valide anzusehen, die (bei subjektiver Angabe) diskrepant seien auch zu dem psychopathologischen Befund der aktuellen Querschnittsuntersuchung.

Prof. H. \_\_\_ führte sodann aus, gesamthaft sei der Krankheitsverlauf seit dem Unfallereignis unglücklich. Trotz der recht früh einsetzenden psychiatrischen Behandlung lasse sich hier ein eigentlicher therapeutischer Prozess kaum erkennen, wahrscheinlich auch, weil sich die Explorandin in ihrer Regression trotz Rückläufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung nicht darauf einlassen könne. Auch die medikamentöse Behandlung diesbezüglich bleibe nach den Unterlagen weitgehend unklar (z.B., wann welches Medikament über welche Zeit genommen worden sei und ob es durch die Explorandin bei starker Abneigung überhaupt einmal signifikant eingenommen worden sei; aktuell bestehe keine Regelmedikation, die psychiatrische Behandlung sei nun gänzlich sistiert). Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der im Raum stehenden «Vollinvalidisierung» der doch sehr jungen Explorandin und den wiederholt nicht wahrgenommenen Therapieangeboten (teilstationäre/stationäre Betreuung). Dabei sei kaum zu erwarten, dass sich im familiären Umfeld der Explorandin trotz stundenweiser Spitexbetreuung eine Veränderung einstellen werde. Grundsätzlich verfüge die Explorandin jedoch deutlich erkennbar über mehr Funktions- bzw. Interaktionsfähigkeiten, als dass von einer schweren psychischen Störung gesprochen werden könnte.

Zur Darstellung und Diskussion der funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde / Diagnosen führte der psychiatrische Obergutachter im Weiteren aus, es bestehe aktuell eine «Komorbidität» aus der Dekonditionierung/neurotischen Regression und einer

ängstlich-depressiven Grundsymptomatik mit Vermeidungsverhalten. Anamnestisch lasse sich ein Autonomieverlust (kein Verlassen des Hauses ohne Begleitung/sozialer Rückzug etc.) erfahren, der rein medizinisch in dieser Ausprägung jedoch nicht zu erklären sei. Die oben orientierend nach dem Mini-ICF beschriebenen und erkennbaren Funktionsfähigkeiten erlaubten der Explorandin medizinisch-theoretisch ein Aktivitätsniveau, das anamnestisch so nicht beschrieben werde. Durch diesen anzunehmenden aggravatorischen Anteil (welcher auch Ausdruck eines ängstlich vermeidenden Verhaltens sei) falle es gutachterlich schwer, die sicherlich vorliegenden Leistungsdefizite zu qualifizieren. In Einklang mit den Voruntersuchungen liessen sich jedoch relevante kognitive Einschränkungen nicht erkennen. Auch die nur auf Nachfrage geschilderte Schmerzproblematik erkläre keine erheblichen Leistungseinschränkungen. Im Rahmen des ängstlichen Erlebens der Umwelt sei die Explorandin jedoch in ihrer spontanen Lebensgestaltung relevant eingeschränkt, könne vermindert Kontakte aufnehmen und sei in ihrer Spontanität eingeschränkt.

Hinsichtlich individueller Belastungsfaktoren und Ressourcen (sozialer Kontext) äusserte sich Prof. H.\_\_\_\_ dahingehend, die Explorandin sei nunmehr vier Jahre ohne Arbeitsplatz und ohne erkennbare Autonomie in der Tagesgestaltung. Der psychosoziale Hintergrund sei zwar auf der einen Seite geordnet bei guten familiären Bindungen (die Beziehung zum Ehemann einschliessend, soweit erkennbar), einem eigenen Haus (vor etwa zwei Jahren bezogen) sowohl in der Schweiz als auch in der Heimat, was einen gewissen Wohlstand suggeriere. Auf der anderen Seite sei der Ehemann seit Anfang 2016 unerwartet arbeitslos. Hierdurch entstehe nachvollziehbar ein zunehmender finanzieller Druck auf die Familie. Der Ehemann spreche ausgesprochen schlecht Deutsch (deutlich schlechter als die Ehefrau), verbunden mit der Regression der Ehefrau sei hier sicherlich eine Integration in die Schweizer Gesellschaft eingeschränkt möglich und eine Vernetzung erfolge wohl ausschliesslich unter Landsleuten. Ein weiterer Belastungsfaktor sei sicherlich der geringe Bildungsgrad der Explorandin auf dem Hintergrund einer ängstlich-dependenten und unreifen Persönlichkeitsstruktur. An Ressourcen müsse die langjährig durchgehaltene Doppelbelastung mit Kindern/Haushalt und einem 100 %-Arbeitspensum in der industriellen Produktion über viele Jahre genannt werden. Grundsätzlich verfüge die Explorandin über die Voraussetzungen, um sich an einem solchen Arbeitsort integrieren zu können. Sie berichte auch über gute Verhältnisse zu ihren Vorgesetzten und Kollegen. Unabhängig von rein medizinischen Faktoren bestehe ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn, der einer motivierten Therapie entgegenstehe. Inwieweit diese Rolle auch in der Familie real so gelebt werde, wie dies berichtet werde, bleibe jedoch ein Stück weit unklar. Tragfähige Informationen seien nicht vorhanden und wohl auch kaum erhältlich.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung wurde dargelegt, die Begutachtung leide deutlich darunter, dass insgesamt sowohl die Vorgeschichte als auch die Symptombeschreibung ausgesprochen vage dargestellt werde. Dies sei auch bereits mehrfach in den Vorbegutachtungen festgestellt worden. Die Voraussetzungen für eine subtilere Konsistenzprüfung seien daher eingeschränkt. Nach den Unterlagen sei jedoch insgesamt das Vorliegen der posttraumatischen Belastungsstörung in einem krankheitswerten Ausmass über etwa zwei Jahre plausibel und gut abgesichert. Auch die depressiven Episoden seien gut beschrieben worden. Aktuell stehe bei zum Teil histrionisch geprägtem Ausdrucksverhalten jedoch die neurotisch-ängstliche Regression im Vordergrund, die praktisch definitorisch mit einer Verdeutlichungstendenz einhergehe. Wie bereits erwähnt,

ergebe sich jedoch eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Leistungsdefiziten und den in der Exploration erkennbaren Ressourcen. Hier seien doch aggravatorische Anteile wahrscheinlich (beispielhaft auch die verzögerte Nennung der Namen der Kinder). Die angegebenen kognitiven Einschränkungen seien in der Exploration so ebenfalls nicht zur Darstellung gekommen. Die Tendenz der Explorandin zur Wahrnehmung therapeutischer Angebote sei gering, zum Teil begründet durch das Vermeidungsverhalten, zum Teil sei dies aber sicherlich auch Ausdruck einer eingeschränkten Therapiemotivation.

Zur Diskussion allfälliger abweichender Stellungnahmen gegenüber medizinischen Vorbefunden und den Beurteilungen gemäss den Vorakten wurde ausgeführt, die diagnostische Einschätzung entspreche weitgehend den Diagnosen der Vorbegutachtungen und der behandelnden Ärzte. Aktuell sei jedoch eine andere Gewichtung der Diagnosen zueinander vorzunehmen. Zum einen sei eine deutliche Rückläufigkeit sowohl der posttraumatischen Belastungsstörung als auch der vorbeschriebenen depressiven Episoden (im Jahr 2015 als mittelgradig oder schwer eingeschätzt) ersichtlich, zum andern trete an die Stelle der posttraumatischen Störung zunehmend eine gemischte Angststörung mit dissoziativen, somatoformen und ängstlich vermeidenden Anteilen. Gegenüber der im Jahr 2013 beginnend gesehenen (z.B. Dr. med. P. \_\_\_ Ende 2013) mittelgradigen bis schweren Ausprägung der Symptomatik (insbesondere im Bereich depressiver Symptome, aber auch im Bereich einer spezifischen posttraumatischen Symptomatik wie beispielsweise Flashbacks) sei es unzweifelhaft bis aktuell zu einer erheblichen Rückläufigkeit der Beschwerden gekommen, in gleicher Weise hätten leider jedoch die Chronifizierung und der neurotische Rückzug zugenommen. Dennoch könne aktuell nicht mehr von einer schwergradigen Erkrankung gesprochen werden, sondern allenfalls von einer gesamthaft mittelgradigen Störung mit medizinisch grundsätzlich gutem Potential zur weiteren Rückbildung bei einer doch noch jungen Explorandin. Das führende klinische Bild erkläre sich nicht führend über eine anhaltende PTSD und auch nicht über eine schwere depressive Symptomatik. Das zuletzt durchgeführte psychiatrische Gutachten im November 2015 gebe zwar konkret keinen Schweregrad an, aus der Beurteilung ergebe sich jedoch insgesamt ähnlich wie aktuell der Hinweis auf eine mittelgradige Störung, die sich insbesondere aus den Komorbiditäten erkläre.

Prof. H. \_\_\_ hielt sodann fest, eine detaillierte Darstellung der funktionellen Auswirkungen erfolge in erster Linie in der zuletzt durchgeführten psychiatrischen Begutachtung (Teilgutachten Psychiatrie) im November 2015. Dabei sei erwähnenswert, dass der psychopathologische Befund nach AMDP gesamthaft durchaus vergleichbar sei mit dem aktuell erhobenen psychopathologischen Befund. Wesentlich sei hier insbesondere, dass auch damals keine Hinweise auf kognitive Störungen gesehen worden seien und eine eigentlich depressive Symptomatik psychopathologisch nicht beschrieben worden sei. Es bleibe unklar, weshalb letztlich doch eine mittelgradig depressive Episode gesehen worden sei. Auch die anamnestischen Angaben stellten sich ähnlich dar mit angegebenen ausgeprägten Defiziten in allen Lebensbereichen. Im psychiatrischen Gutachten vom November 2015 werde gemäss Mini ICF-Ratingbogen eine starke Einschränkung gesehen in der Anpassung an Regeln und Routinen, während in anderen Bereichen vorwiegend leichte bis mittelgradige Einschränkungen gesehen worden seien. Funktionelle Auswirkungen liessen sich nicht quantifizieren, da doch erhebliche Inkonsistenzen bestünden. Diese Inkonsistenzen seien auch im Gutachten vom November 2015 berichtet worden, während deren Auswirkung auf die Leistungsbeurteilung etwas unklar bleibe. Die

finale Einschätzung einer 33%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde nicht begründet und überrasche.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt der psychiatrische Obergutachter fest, die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf könne aus rein psychiatrischer Sicht seit etwa März 2013 (wenige Monate nach dem Unfall bei erstmalig beschriebenen Symptomen einer PTSD) als aufgehoben betrachtet werden. Zunächst erkläre sich dies bis etwa im Jahr 2014 über die im Vordergrund stehende posttraumatische Belastungsstörung mit zum Teil auch ausgeprägt depressiver Symptomatik, etwa ab dem Jahr 2014 bis aktuell dann wesentlich über die nur noch residuelle PTSD, sowie aber über eine fortbestehende Angstsymptomatik mit der Gefahr einer Exazerbation bei erneuter Exposition im Kontakt zu Maschinen, welche die Verletzung der Explorandin im Jahr 2012 verursacht hätten. Diese Einschätzung stehe im Einklang zu allen anderen fachpsychiatrischen Einschätzungen und sei insgesamt unstrittig.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit äusserte sich Prof. H.\_\_\_\_ dahingehend, die Explorandin sollte auch in Zukunft möglichst an keinem Arbeitsplatz exponiert sein, der sehr ähnlich sei zum Arbeitsplatz, an welchem sich der Unfall ereignet habe. Dies heisse, dass der Kontakt zu potentiell gefährdenden Maschinen möglichst vermieden werden sollte, ohne dass jedoch hierdurch zwingend sämtliche industriellen Betriebe ausgeschlossen wären. Bezüglich Gruppenfähigkeit, interpersoneller Aspekte etc. seien keine Einschränkungen zu erwarten. Ein möglicher Arbeitsplatz sollte den kognitiven Ressourcen der Explorandin entsprechen, somit bestünden für mögliche Hilfsarbeiten aus psychiatrischer Sicht neben den genannten keine Einschränkungen. Aus Sicht des Referenten bestehe das Potential zu einer Entwicklung einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % bis zu 80 % in einer den somatischen Defiziten angepassten Tätigkeit innerhalb eines Zeitrahmens von ein bis zwei Jahren. Eine kurzfristigere Umsetzung dieser medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sei jedoch aufgrund der aktuell gesehenen neurotischen Fixierung auf ein dysfunktionales Krankheitskonzept mit massivem sekundärem Krankheitsgewinn nicht realisierbar und würde der weiteren Chronifizierung eher Vorschub leisten. Vorgängig seien erhebliche therapeutische Interventionen/Massnahmen der Tagesstrukturierung im geschützten Bereich notwendig, die leider in den letzten Jahren nicht umgesetzt worden seien.

Unter dem Titel «Therapieoptionen/Eingliederungsmassnahmen» wurde zum bisherigen Therapieverlauf angegeben, eine ambulante psychiatrische Behandlung sei zwar nach dem Aufenthalt in der D.\_\_\_\_ bis aktuell fast kontinuierlich erfolgt, dabei seien die Frequenzen der Behandlung insgesamt aber als niedrig zu betrachten und die Spezifizierung der einzelnen Behandlungsschritte nach den vorliegenden Dokumenten kaum möglich. Unabhängig sei auch unklar, ob und über welche Zeiträume die Explorandin einmal psychopharmakologisch behandelt worden sei (auch aktuell bestehe keine Regelmedikation). Bei diesbezüglich grosser Abwehrhaltung und offensichtlich nicht erfolgten Spiegelkontrollen bleibe dies letztendlich unklar. Trotz der mehrfach gesehenen Indikationen sei es zu keinen stationären oder teilstationären Aufenthalten im psychiatrischen Bereich gekommen, was in Anbetracht des Alters der Explorandin und in Anbetracht der aktenanamnestisch fachärztlich gesehenen Schwere der Störung Fragen aufwerfe.

Zu den Therapieoptionen wurde vermerkt, unzweifelhaft seien solche indiziert, die über ein teilstationäres oder stationäres Setting der Explorandin einen gewissen Abstand zu dem als

dysfunktional zu erkennenden häuslichem Umfeld gäben. Da nach den anamnestischen Angaben der Haushalt ohnehin durch ein ausgebautes Hilffsystem von Bekannten und stundenweise wohl auch Spitexhelfern getragen werde, wäre diese Möglichkeit auch gegeben. Am ehesten gehe es hier um einen pragmatischen, verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz mit dem primären Ziel einer Tagesstrukturierung in einer arbeitsähnlichen Situation (geschützte Arbeitsstelle). Ob die Indikation für eine antidepressive Medikation aktuell bestehe, sei nicht ausreichend sicher zu beantworten. Die Indikation sollte aber in der psychiatrischen Begleithandlung neu evaluiert werden. Insgesamt seien die angeregten Massnahmen der Explorandin nach medizinischen Kriterien auch zumutbar. Bislang habe sie durch das Umfeld sehr viel Raum für eine Regression bekommen. Dieser Raum sollte behutsam reduziert werden, unter therapeutischer Begleitung sollten die Anforderungen den aktuell anzunehmenden Ressourcen der Explorandin entsprechend erhöht werden.

Zur künftigen Entwicklung der Arbeitsfähigkeit hielt der psychiatrische Obergutachter abschliessend fest, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (der Arbeitsplatz bestehe ohnehin nicht mehr) sei dauerhaft nicht mehr gegeben. In einer angepassten Tätigkeit sollte grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von etwa 80 % bei der immer noch jungen Frau über die oben genannten Zwischenschritte wieder erreichbar sein. Dabei seien auch durchaus industrielle Produktionsstätten nicht grundsätzlich auszuschliessen, günstiger wäre sicherlich aber eine Arbeitstätigkeit in einem anderen Bereich. Sollte allerdings die Regression so weiter fortbestehen wie bislang mit Rückzug in ein dysfunktionales Umfeld, so sei die Prognose langfristig negativ zu stellen. Entschieden werde dies über das Zustandekommen der notwendigen Interventionen (IV-Nr. 51.1 S. 37 ff.).

5.17 RAD-Arzt Dr. med. Z. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 1. März 2017 zum vorerwähnten psychiatrischen Obergutachten von Prof. H. \_\_\_ im Wesentlichen fest, das Gutachten sei umfassend und klar strukturiert und die resultierende Beurteilung sei schlüssig und nachvollziehbar bezüglich der medizinischen Situation. Die gefolgerte Arbeitsfähigkeit sei jedoch versicherungsmedizinisch schwierig nachzuvollziehen. Obwohl der Obergutachter auf S. 49 schreibe, es könne nicht mehr von einer schwerwiegenden Erkrankung ausgegangen werden, sondern allenfalls von einer gesamthaft mittelgradigen Störung mit medizinisch grundsätzlich gutem Potential zur weiteren Rückbildung, beurteile er aufgrund der gemischten Angststörung mit neurotisch ängstlicher Regression (S. 46 «Komorbidität») und Chronifizierung die Versicherte als nicht arbeitsfähig seit März 2013. Eine 50 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne jedoch innerhalb von 1 bis 2 Jahren umgesetzt werden, dies unter erheblichen therapeutischen Interventionen und Massnahmen der Tagesstruktur im geschützten Bereich. Die durchzuführenden Massnahmen seien auf S. 52 des Gutachtens formuliert worden. Versicherungsmedizinisch sei die gefolgerte Arbeitsfähigkeit schwierig nachzuvollziehen, nachdem Prof. H. \_\_\_ etliche Widersprüche ausführlich diskutiert habe. Versicherungsrechtlich dürfte die Situation wohl auch problematisch sein. Dies zu entscheiden sei jedoch nicht Aufgabe des RAD. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit versicherungsmedizinisch und versicherungsrechtlich so übernommen werden könne, sei zu hinterfragen. Grundsätzlich seien der Versicherten medizinische Behandlungen aufzuerlegen, es seien jedoch noch rechtliche Aspekte der Umsetzbarkeit zu klären (IV-Nr. 55 S. 2 ff.).

5.18 Dr. med. N.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. März 2017 zum psychiatrischen Gutachten von Prof. H.\_\_\_\_ fest, es sei nur von Spitex einmal pro Woche die Rede, es bestehe aber kein Hinweis darauf, dass die Patientin von einer Fachperson der psychiatrischen Spitex betreut werde. Der Beizug der psychiatrischen Spitex sei auf Vorschlag der behandelnden Psychologin erfolgt, die diese Lösung nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. S.\_\_\_\_ vorgebracht habe. Die Idee einer stationären Behandlung auf der Psychosomatik der Klinik I.\_\_\_\_ sei nicht weiterverfolgt worden, weil die Patientin nicht von ihren Kindern habe getrennt sein wollen. Diese Änderungen seien im Lauf des Herbstes 2016 erfolgt. In diesem Zeitpunkt sei über mindestens 3 Monate ein ambulantes Physiotraining in [...] erfolgt, welches die Patientin wohl nicht so intensiv durchgeführt habe wie geplant. Dies sei nirgends erwähnt. Ein Arbeitsversuch in einem geschützten Rahmen scheine einen Versuch wert zu sein. Ob dies schliesslich zur geforderten Arbeitsfähigkeit führe oder ob diese verbessert werden könne durch einen stationären Aufenthalt, bleibe im Moment offen (IV-Nr. 78 S. 31 f.).

5.19 Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin äusserte sich am 15. Juni 2017 zum vorerwähnten Obergutachten von Prof. H.\_\_\_\_ im Wesentlichen dahingehend, aufgrund der gutachterlich festgestellten Diskrepanzen mit aggravatorischen Anteilen sowie dem sekundären Krankheitsgewinn könne vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Angststörung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Beruhe eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liege nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Diskrepanzen zwischen den Untersuchungsbefunden und dem von der Versicherten präsentierten Beeinträchtigungen bzw. Aggravation seien auch im E.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. November 2015 berichtet worden. Prof. H.\_\_\_\_ stelle selber fest, dass sich die funktionellen Auswirkungen aufgrund der noch erheblichen Inkonsistenzen nicht quantifizieren liessen. Die angenommene relevante Einschränkung in der spontanen Lebensgestaltung werde vom Obergutachter nicht plausibel begründet, zumal die Versicherte bereits vor dem Unfall sozial zurückgezogen gelebt und kaum Sozialkontakte und Aktivitäten ausserhalb der Familie gepflegt habe. Ohnehin sei die Angststörung behandelbar. Der Versicherten seien wiederholt psychopharmakologische und insbesondere (teil)stationäre psychiatrische Behandlungen nahegelegt worden (siehe Gutachten von Prof. H.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_-Gutachten und Bericht der behandelnden Ärzte). Dass es trotz der mehrfach gesehenen Indikationen bislang zu keinen stationären oder teilstationären Aufenthalten im psychiatrischen Bereich gekommen sei, sei für Prof. H.\_\_\_\_ in Anbetracht des jungen Alters der Versicherten und der aktenanamnestisch fachärztlich gesehenen Schwere der Störung nicht nachvollziehbar. Gemäss dem Obergutachter bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der im Raum stehenden «Vollinvalidisierung» der doch sehr jungen Explorandin und den wiederholt nicht wahrgenommenen zumutbaren Therapieoptionen. Aus dem Gesagten folge, dass die diagnostizierte Angststörung aus invalidenrechtlicher Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge. Die Versicherte habe im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. H.\_\_\_\_ an keinem invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychiatrischen Gesundheitsschaden gelitten (IV-Nr. 60).

5.20 Die Hausärztin äusserte sich nach der angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2018 in ihrem Verlaufsbericht zu Händen der Beschwerdeführerin vom 27. Juni 2018 im Wesentlichen dahingehend, im Obergutachten von Prof. H.\_\_\_\_ sei vorgeschlagen worden,

die psychiatrische Behandlung zu intensivieren, am ehesten im Sinn einer (teil-)stationären Behandlung. Dies habe die Patientin im Frühling 2017 wiederholt abgelehnt. Sie sei weiterhin von der Psycho-Spitex einmal pro Woche besucht worden mit dem Ziel, dass sich die Patientin mit ihren Kindern abgeben und auch vermehrt Tätigkeiten im Haushalt wieder übernehmen könne. Parallel dazu habe man sich auf eine homöopathische Behandlung geeinigt. Mit diesen Massnahmen sei die Situation jedoch unverändert geblieben. Die Patientin habe sich immer wieder in ihre eigene Welt zurückgezogen, habe über nächtliche Albträume geklagt und sei nach ihren Angaben phasenweise sehr unruhig, nervös und aggressiv gewesen. Im September 2017 habe dann eine ambulante psychiatrische Betreuung aufgegleist werden können. Die behandelnde Ärztin habe bald eine stationäre Behandlung als notwendig erachtet. Im Januar 2018 sei ein Erstgespräch für einen Eintritt in die Klinik I.\_\_\_\_ erfolgt. Dieser Eintritt sei dann erst am 1. Juni 2018 erfolgt. Nach Auskunft der leitenden Ärztin der Psychosomatik sei die Dauer des Aufenthaltes noch unklar. Die Patientin werde jetzt mit Psychopharmaka behandelt und nehme diese Medikamente auch ein. Eine psychiatrische Nachbetreuung nach dem Klinikaufenthalt sei bereits aufgegleist worden. Insgesamt habe sich der psychische Zustand der Patientin zwischen Frühling 2017 und Frühling 2018 nicht wesentlich verändert. Eine Stabilisierung, die eine ausserhäusliche berufliche Tätigkeit erlaube, habe sich bis zum Klinikeintritt sicher nicht eingestellt (IV-Nr. 78 S. 33 f.).

5.21 Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 13. September 2018 war die Beschwerdeführerin dort vom 1. Juni bis 26. Juli 2018 hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), St.n. schwerem Quetschtrauma des linken Unterarms mit Stauchungsfraktur des distalen Radius am 24.09.2012 sowie St.n. schwergradiger traumatischer axonaler Läsion des distalen N. medianus und N. ulnaris links; 2. Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1); 3. Mittelgradige bis schwere depressive Episode in der Folge; 4. Eisenmangel mit sich entwickelnder Anämie, Ferritin 23 ng/ml, nach frustriertem Versuch mit oraler Substitution Verabreichung von 700 mg Ferinject i.v. am 12.07.2018; 5. Vitamin-D-Mangel (bei Eintritt 32 nmol/l), substituiert mit 8000 IE/Tag über einen Monat bis zur Normalisierung (82 nmol/l); 6. Persistierende leichte Thromozytopenie (111 ■ 138 x 109/l); 7. Tendenz zu Hypokaliämie, DD unter Paroxetin».

Im Weiteren wurde zur Therapie und zum Verlauf ausgeführt, die Patientin sei in ein multimodales Behandlungsprogramm integriert worden mit dem Ziel einer schrittweisen psychischen und physischen Aktivierung, einer Verbesserung ihrer depressiven und Angstsymptomatik, einer Verbesserung der Entspannungsfähigkeit sowie einem verbesserten Umgang mit Flashbacks und dissoziativen Symptomen. Darüber hinaus habe die Patientin die Einzelpsychotherapie, Ergo-, Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie sowie die Achtsamkeits- und Stresstoleranzgruppe besucht. Zusätzlich sei durch die Milieuthérapie ein strukturierter Tagesrhythmus gegeben gewesen. Zu Beginn habe sich die Patientin zurückhaltend, unsicher, überfordert und sehr schreckhaft gezeigt. Sie habe sich häufig in ihr Zimmer zurückgezogen und den Kontakt zu Mitpatienten gemieden. Sie habe grosses Heimweh und vermisse ihre Kinder. Ebenso erinnere sie hier alles an das Spital, woran sie aufgrund des damaligen Unfalls und der Kaiserschnittgeburt ihrer jüngsten Tochter keine guten Erinnerungen habe. Im Verlauf habe sich die Patientin etwas besser auf das Therapieprogramm einlassen können und sich weniger schreckhaft gezeigt. Sie habe insgesamt vom Aufenthalt profitieren und im Rahmen der engmaschigen Strukturen an

Stabilität gewinnen können. In der Einzelpsychotherapie und Stresstoleranzgruppe sei es ihr gelungen, Skills für den Hochspannungsbereich und für ihre dissoziativen Zustände zu erarbeiten (v.a. Massagering und Igelball, kaltes Wasser, Atemübung oder visuelle Ablenkungen) und diese regelmässig zu üben. In einem Angehörigengespräch gemeinsam mit ihrem Ehemann sei der Leidensdruck auch auf Seiten ihres Partners deutlich spürbar geworden. Im Verlauf habe die Patientin zugestimmt, sich auf ein traumafokussiertes Therapieverfahren einzulassen. Seit dem Trauma meide die Patientin, ihre Hand anzuschauen und schone diese. Sie leide an wiederkehrenden Intrusionen, erhöhter Schreckhaftigkeit und der ständigen Angst, ihre Hand könnte erneut eingeklemmt werden, zum Beispiel in einer Lifttüre. Gefühlsmässig sei sie in der Angst, ihre Hand zu verlieren, stecken geblieben. In einer ersten Phase sei die Patientin in der Imagination nochmals mit dem Trauma konfrontiert worden. Dabei sei es immer wieder zu kurzen dissoziativen Zuständen gekommen, da sie sich nicht mit ihren schmerzhaften Gefühlen habe auseinandersetzen wollen. In einer zweiten Phase habe die Patientin als «aktuelles Ich», welches wisse, dass es die Hand behalte, das «damalige Ich», welches noch immer befürchte, die Hand zu verlieren, konfrontiert. Nach einer Traumatisierung habe sie sich ausserdem dahingehend geäussert, dass durch das Einbinden des Arms zur Stützung, was sie früher häufig gemacht habe, das Gefühl entstehe, als ob dieser noch in der Maschine feststecken würde. Ferner wurde angegeben, in den letzten Wochen vor Klinikaustritt habe sich die Patientin getraut, ihren linken Arm, den sie trotz voller Funktionsfähigkeit stets geschont habe, aktiver zu benutzen (z.B. Übernahme von Aufgaben in der Teeküche, Spülmaschine ausräumen, Obst schälen etc.). Es werde empfohlen, dass die Patientin auch in Zukunft ihren Arm und ihre Hand normal gebrauche. Ebenso habe sie sich mit weiteren für sie angstbesetzten Situationen, wie z.B. Lift fahren, konfrontiert. Gegen Ende des Aufenthaltes habe sich die Patientin weniger hyperarousal gezeigt, sei schwingungsfähiger gewesen und emotional spürbarer. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit verwiesen die behandelnden Klinikärzte auf die bestehenden Gutachten und führten aus, eine Arbeitsstelle zu 100 % und die Verantwortung für drei Kinder überforderten die Patientin. Während des Klinikaufenthaltes vom 1. Juni bis 26. Juli 2018 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Weiterbeurteilung erfolge durch die Nachbehandler (Beschwerdebeilage 5).

## **E. 6.1**

6.1.1 Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 5. Juni 2018 für den Zeitraum vom 1. September 2013 bis 29. Februar 2016 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze befristete Invalidenrente zu und begründete dies im Wesentlichen damit, gemäss ihren Abklärungen sei der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Maschinenbedienerin seit dem Unfall vom 24. September 2012 nicht mehr zumutbar. Vorerst habe für sämtliche Erwerbstätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. Der Gesundheitszustand habe sich in der Folge jedoch verbessert: In somatischer Hinsicht bestehe ab dem 5. Dezember 2014 für eine angepasste Tätigkeit (leicht bis mittelschwer, ohne kraftvolles Zupacken mit der linken adominanten Hand und ohne Schläge sowie Vibrationen für die linke obere Extremität) wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (kreisärztliche Untersuchung vom 5. Dezember 2014; E. II. 5.11 hiervor). In psychischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand dahingehend verbessert, dass spätestens seit dem 17. November 2015 (psychiatrische Untersuchung durch die E. \_\_\_) nicht mehr von einer schwergradigen Erkrankung ausgegangen werden könne. Ab dem 17. November 2015 sei demnach von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeiten auszugehen. Unter

Berücksichtigung der Dreimonatsregel von Art. 88a Abs. 1 IVV sei die Invalidenrente somit bis zum 29. Februar 2016 zu befristen; ab dem 1. März 2016 bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 9 % kein Rentenanspruch mehr.

Zum Einwand der Beschwerdeführerin wurde sodann ausgeführt, eine rentenbegründende Invalidität sei nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt worden seien und damit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen worden sei. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit könne 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 zeige. Im vorliegenden Fall könne auch nach erneuter Prüfung nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. H. \_\_\_ eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bestehe. Der psychiatrische Obergutachter weise in seinem Gutachten vermehrt auf Inkonsistenzen hin, welche er als erheblich erachte. Der Gesundheitszustand präsentiere sich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. H. \_\_\_ vom 23. November 2016 nicht wesentlich anders als im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. X. \_\_\_ vom 17. November 2015. In psychischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dahingehend verbessert, dass spätestens seit dem 17. November 2015 nicht mehr von einer schwergradigen Erkrankung ausgegangen werden könne. Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit lasse sich seit der Untersuchung von Dr. med. X. \_\_\_ nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festlegen. Aus der Aktenlage ergebe sich kein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen. Aus den beschriebenen erheblichen Inkonsistenzen mit aggravatorischen Anteilen, den unausgeschöpften Therapieoptionen, der eingeschränkten Therapiemotivation sowie dem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn resultiere, dass kein Rentenanspruch über den 29. Februar 2016 hinaus bestehe (A.S. 1 ff.).

6.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihr ab 1. März 2016 weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, das psychiatrische Obergutachten von Prof. H. \_\_\_ vom 2. Februar 2017 richte sich nach den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP vom 16. Juni 2016. Der psychiatrische Obergutachter setze sich in seinem Gutachten mit der primären Persönlichkeit der Beschwerdeführerin vor deren Unfall auseinander und lege die Entwicklung ihres psychischen Gesundheitszustands seit diesem Unfall dar. Dieser Gesundheitszustand werde nicht nur im Querschnitt, sondern auch unter Berücksichtigung des Längsschnitts beurteilt. Gestützt auf die objektiven Befunde beschreibe Prof. H. \_\_\_ die funktionellen Auswirkungen dieser Befunde. Es seien Belastungsfaktoren, Ressourcen und Persönlichkeitsfaktoren dargelegt und eine Konsistenzprüfung vorgenommen worden. Im Hinblick auf die gestellten Diagnosen, den Schweregrad der Einschränkung und die funktionellen Auswirkungen der objektiven Befunde nehme Prof. H. \_\_\_ Stellung zu Vorbefunden und älteren medizinischen Beurteilungen. Gestützt auf diese Auseinandersetzung werde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit qualitativ und quantitativ beurteilt. Abschliessend seien die Therapieoptionen aufgezeigt worden. Beim Obergutachten von Prof. H. \_\_\_ handle es sich

gewissermassen um ein «Muster-Gutachten» eines psychiatrischen Fachgutachters, das handwerklich kaum besser gemacht werden könnte. Dieses Gutachten stimme mit sämtlichen fachpsychiatrischen Beurteilungen überein. Es komme ihm voller Beweiswert zu. Auch wenn der Obergutachter gewisse Inkonsistenzen beschrieben habe, führe dies nicht dazu, dass seinem Gutachten und der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht voller Beweiswert zugestanden werden könnte. Ein gewisses Mass an Inkonsistenz gehöre zu jedem menschlichen Leben. Ebenso sei ein gewisses Mass an Verdeutlichung normal bei einer Person, die sich schlecht verbal ausdrücken könne und unter Druck stehe, wenn sie zur Begutachtung zu fremden Ärzten vorgeladen werde. Zudem werde eine relevante Erkrankung nicht in jedem Fall durch Inkonsistenzen ausgeschlossen. Die Beschwerdegegnerin nehme bei der Konsistenzprüfung keine Unterscheidung im Hinblick auf die gegenwärtig aus medizinischer Sicht klar bestehende Arbeitsunfähigkeit und die prognostisch zu beurteilende Arbeitsfähigkeit vor. Im Weiteren habe eine Aggravation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können. Die Verdeutlichungstendenz stelle keinen Grund dar, an der beurteilten Arbeitsunfähigkeit zu zweifeln. Die Beschwerdegegnerin habe sich medizinisch vollständig dokumentiert und trotz des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. X.\_\_\_\_ vom 18. November 2015 nichts veranlasst, um eine stationäre oder teilstationäre Behandlung der Beschwerdeführerin durchzusetzen. Diese habe das getan, was die behandelnden Ärzte von ihr verlangt hätten. Aktuell stehe sie in stationärer psychiatrischer Behandlung. Aufgabe der Recht anwendenden Behörden sei es zu prüfen, ob im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung sämtliche Indikatoren geprüft worden seien. Sei diese Prüfung vorgenommen worden und habe der Gutachter u.a. allfällige Inkonsistenzen benannt und sich im Rahmen seiner gutachterlichen Beurteilung mit ihnen auseinandergesetzt, verbleibe bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für den Rechtsanwender kein Raum, ohne Ergänzungsfragen an den Gutachter gestellt oder ein Obergutachten mit anderem Resultat eingeholt zu haben, die Arbeitsfähigkeit eigenhändig abweichend von einem Gutachten gemäss Art. 44 ATSG zu beurteilen. Solange sich ein Gutachter wie Prof. H.\_\_\_\_ im Rahmen seines psychiatrischen Gutachtens an die Qualitätsleitlinien halte, die Indikatoren nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung vollständig überprüfe und mit ihnen argumentiere, dürfe keine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung stattfinden. Indem die Beschwerdegegnerin eine solche vorgenommen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt und ihre Kompetenzen überschritten (A.S. 12 ff.).

## **E. 6.2**

6.2.1 Zunächst ist festzustellen, dass im vorliegenden Fall ausschliesslich die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit gemäss dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Obergutachten von Prof. H.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2017 (IV-Nr. 51.1) umstritten ist. Dass der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Maschinenbedienerin infolge des am 24. September 2012 erlittenen Arbeitsunfalls nicht mehr zuzumuten ist, ergibt sich aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten und wird von keiner Seite bestritten. Ebenfalls unbestritten sind die handchirurgischen und neurologischen Begutachtungsergebnisse, welche im Rahmen der polydisziplinären E.\_\_\_\_-Begutachtung (Gutachten vom 14. Dezember 2015; IV-Nr. 38) ermittelt wurden. Der Handchirurg Dr. med. W.\_\_\_\_ kam in seinem Teilgutachten vom 17. November 2015 zum Schluss, infolge des Unfalls bestehe eine nachvollziehbare Nervenläsion der relevanten Nervenäste am linken Vorderarm nach einem Quetschtrauma. Die repetitiven

elektrophysiologischen Kontrollen hätten zwar eine deutliche Erholung gezeigt, klinisch sei jedoch eine deutliche Schwäche im Medianus-, Ulnaris- und Radialis-Versorgungsgebiet zurückgeblieben. Dies sei sicher einerseits mit der Nervenläsion zu begründen, andererseits aber vermutlich auch auf die Schmerzsymptomatik zurückzuführen. Die Schmerzen seien am ehesten neurogenbedingt, bei der Beschwerdeführerin sicherlich aber auch psychosomatisch überlagert. In einer angepassten Tätigkeit könnte der rechte Arm (rechtsdominant) normal eingesetzt werden, die linke Hand könne nur als Hilfs hand beansprucht werden. Aus handchirurgischer Sicht wäre eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit jedoch deutlich eingeschränkter Leistung denkbar (IV-Nr. 38.1 S. 17 und 38.4 S. 5). Der Neurologe Dr. med. Y. \_\_\_ kam in seinem Teilgutachten vom 18. November 2015 zum Ergebnis, die Quetschverletzung am linken Unterarm mit vorübergehender schwerwiegender Funktionsstörung des N. ulnaris und des N. medianus sei aktuell nahezu ausgeheilt. Die aus den elektrophysiologischen Untersuchungen hervorgegangenen Werte allein begründeten keine relevante Funktionseinschränkung der linken Hand durch die Nervenverletzung. Man könne somit von einer weitgehenden Erholung der Nervenstrukturen ausgehen und es bestehe eine sehr grosse Diskrepanz zwischen den Untersuchungsbefunden und dem von der Beschwerdeführerin präsentierten Schadensbild. Spätestens im Zeitpunkt der elektrophysiologischen Untersuchung vom 12. August 2013 sei aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt, weder in der bisherigen noch in einer anderen Tätigkeit (IV-Nr. 38.1 S. 18 f. und 38.3 S. 6 ff.). Im Rahmen der polydisziplinären Beurteilung kamen die E. \_\_\_-Gutachter zum Schluss, die bis zum Unfall gesunde Beschwerdeführerin habe durch das Quetschtrauma am linken Vorderarm eine axonale Schädigung der Nerven in diesem Bereich erlitten. Neurophysiologisch habe sich die Funktion der geschädigten Nerven fast vollständig erholt. Weiterhin bestehe aber ein Schmerzsyndrom der linken Hand und durch das Trauma hätten sich eine posttraumatische sowie eine depressive Störung entwickelt, welche wegen Angst und Vermeidungsverhalten zu massiven Funktionsstörungen in allen Lebensbereichen führe (IV-Nr. 38.1 S. 22).

6.2.2 Nachdem sich der RAD (Dr. med. Z. \_\_\_) in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2016 dahingehend geäußert hatte, in somatischer Hinsicht sei auf die Beurteilung des Neurologen abzustellen und die Arbeitsfähigkeitseinschränkung werde primär psychiatrisch begründet, wobei das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. X. \_\_\_ vom 18. November 2015 (IV-Nr. 38.2) weder überzeugend noch nachvollziehbar sei (IV-Nr. 42 S. 2; vgl. E. II. 5.15 hiervor), veranlasste die Beschwerdegegnerin das psychiatrische Obergutachten von Prof. H. \_\_\_ vom 2. Februar 2017 (Untersuchung vom 23. November 2016), aus welchem hervorgeht, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht auch in einer angepassten Tätigkeit aktuell nicht arbeitsfähig. Der psychiatrische Obergutachter kam zum Schluss, es bestehe das Potential zu einer Entwicklung einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % bis zu 80 % in einer den somatischen Defiziten angepassten Tätigkeit innerhalb eines Zeitrahmens von ein bis zwei Jahren. Eine kurzfristigere Umsetzung dieser medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sei jedoch aufgrund der aktuell gesehenen neurotischen Fixierung auf ein dysfunktionales Krankheitskonzept mit massiven sekundärem Krankheitsgewinn nicht realisierbar und würde der weiteren Chronifizierung eher Vorschub leisten. Vorgängig seien erhebliche therapeutische Interventionen/Massnahmen der Tagesstrukturierung im geschützten Bereich notwendig, die leider in den letzten Jahren nicht umgesetzt worden seien (IV-Nr. 51.1 S. 51). Der RAD (Dr. med. Z. \_\_\_) der Beschwerdegegnerin ist demgegenüber der Auffassung, die von Prof. H. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit in einer

Verweistätigkeit sei zu hinterfragen (vgl. Stellungnahme vom 1. März 2017, IV-Nr. 55 S. 3 f.; E. II. 5.17 hiervor), und der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin sprach sich in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2017 dafür aus, aufgrund der vom psychiatrischen Obergutachter festgestellten Diskrepanzen mit aggravatorischen Anteilen sowie dem sekundären Krankheitsgewinn könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Angststörung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Beruhe eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liege regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Im Übrigen sei die Angststörung behandelbar. Sie vermöge aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (IV-Nr. 60 S. 2). Diese Argumentation wurde in der vorliegend angefochtenen Verfügung übernommen (vgl. IV-Nr. 75 S. 6 ff.; A.S. 6 ff.).

### **E. 6.3**

6.3.1 Nach der Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 f. mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1, je mit Hinweisen). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 mit Hinweisen).

Die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz, welche nicht gleichgesetzt werden dürfen, ist heikel. Zum einen prägt die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mit, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. Zum andern dürfen die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverhaltens nicht ausser Acht gelassen werden. Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezweckt, wird vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) ■ bewusst oder unbewusst ■ ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist,

bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Nichteinstellung der Invalidenrente) verstärkt werden. Externe Motivation (Nichteinstellung einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit ■ nebst den dargelegten Hinweisen ■ starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist ■ wiederum ■ zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestic erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung «Normale» hinausgehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2).

Bedeutsame Hinweise ergeben sich u.a. daraus, ob und inwieweit sowohl die medizinischen Gutachter als auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben, beispielsweise indem ihnen eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen ist oder die versicherte Person ■ aus nicht krankheitsbedingten Gründen ■ während längerer Zeit geeignete Therapievorschlüsse abgelehnt hat. Ebenfalls erhellend sein kann unter Umständen eine Bestimmung des Medikamentenspiegels (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 mit Hinweis).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4, je mit Hinweisen).

6.3.2 Im vorliegenden Fall hält die Beschwerdegegnerin bzw. ihr Rechtsdienst unter Hinweis auf die oben (unter E. II. 6.3.1 hiervor) dargelegte Rechtsprechung des Bundesgerichts fest, aufgrund der von Prof. H. \_\_\_ festgestellten Diskrepanzen mit aggravatorischen Anteilen sowie dem sekundären Krankheitsgewinn könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Angststörung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe (IV-Nr. 60 S. 2; IV-Nr. 75 S. 6 ff.). Es trifft zu, dass der psychiatrische Obergutachter im Rahmen seiner Begutachtung verschiedene Diskrepanzen und Inkonsistenzen der Beschwerdeführerin feststellte. So führte Prof. H. \_\_\_ aus, es sei offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin bei

geringem Selbstwertgefühl und starker Abhängigkeit von ihrem Umfeld einen massiven, (unbewusst) sekundären Krankheitsgewinn habe (IV-Nr. 51.1 S. 44). Trotz der recht früh einsetzenden psychiatrischen Behandlung lasse sich hier ein eigentlicher therapeutischer Prozess kaum erkennen, wahrscheinlich auch, weil sich die Beschwerdeführerin in ihrer Regression trotz Rückläufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung nicht darauf einlassen könne. Auch die medikamentöse Behandlung bleibe nach den Unterlagen weitgehend unklar (IV-Nr. 51.1 S. 45). Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der im Raum stehenden «Vollinvalidisierung» der doch sehr jungen Beschwerdeführerin und den wiederholt nicht wahrgenommenen Therapieangeboten (teilstationäre/stationäre Betreuung). Grundsätzlich verfüge sie deutlich erkennbar über mehr Funktions- bzw. Interaktionsfähigkeiten, als dass von einer schweren psychischen Störung gesprochen werden könnte (IV-Nr. 51.1 S. 46). Der psychiatrische Obergutachter hielt im Weiteren fest, die nach dem Mini-ICF beschriebenen und erkennbaren Funktionsfähigkeiten (vgl. IV-Nr. 51.1 S. 35 ff. Ziff. 4.2) erlaubten der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch ein Aktivitätsniveau, das anamnestisch so nicht beschrieben werde. Durch diesen anzunehmenden aggravatorischen Anteil, der auch Ausdruck eines ängstlich vermeidenden Verhaltens sei, falle es gutachterlich schwer, die sicherlich vorliegenden Leistungsdefizite zu quantifizieren. Die nur auf Nachfrage geschilderte Schmerzproblematik erkläre keine erheblichen Leistungseinschränkungen. Im Rahmen des ängstlichen Erlebens der Umwelt sei die Beschwerdeführerin jedoch in ihrer spontanen Lebensgestaltung relevant eingeschränkt, könne vermindert Kontakte aufnehmen und sei in ihrer Spontanität eingeschränkt (IV-Nr. 51.1 S. 46). An Ressourcen müsse die langjährig durchgehaltene Doppelbelastung mit Kindern/Haushalt und einem 100%-Arbeitspensum in der industriellen Produktion über viele Jahre genannt werden. Grundsätzlich verfüge die Beschwerdeführerin über die Voraussetzungen, um sich an einem Arbeitsort integrieren zu können. Unabhängig von rein medizinischen Faktoren bestehe ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn, der einer motivierten Therapie entgegenstehe (IV-Nr. 51.1 S. 47).

Im Rahmen der Konsistenzprüfung stellte der psychiatrische Obergutachter fest, die Begutachtung leide deutlich darunter, dass sowohl die Vorgeschichte als auch die Symptombeschreibung ausgesprochen vage dargestellt werde. Aktuell stehe bei zum Teil histrionisch geprägtem Ausdrucksverhalten die neurotisch-ängstliche Regression im Vordergrund, die praktisch definitorisch mit einer Verdeutlichungstendenz einhergehe. Es ergebe sich jedoch eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Leistungsdefiziten und den in der Exploration erkennbaren Ressourcen; hier seien doch aggravatorische Anteile wahrscheinlich (auch beispielhaft die verzögerte Nennung der Namen der Kinder). Die angegebenen kognitiven Einschränkungen seien in der Exploration nicht zur Darstellung gekommen. Die Tendenz der Explorandin zur Wahrnehmung therapeutischer Angebote sei gering, zum Teil könne dies mit dem Vermeidungsverhalten begründet werden, zum Teil sei dies aber sicherlich auch Ausdruck einer eingeschränkten Therapiemotivation (IV-Nr. 51.1 S. 48). Zur Einschätzung des Schweregrades der psychischen Störung hält der psychiatrische Gutachter fest, gegenüber der im Jahr 2013 beginnenden mittelgradigen bis schweren Ausprägung der Symptomatik (insbesondere im Bereich depressiver Symptome, aber auch im Bereich einer spezifischen posttraumatischen Symptomatik wie beispielsweise Flashbacks) sei es unzweifelhaft zu einer erheblichen Rückläufigkeit der Beschwerden gekommen, in gleicher Weise hätten jedoch die Chronifizierung und der neurotische Rückzug zugenommen. Dennoch könne nicht mehr von einer schwergradigen Erkrankung gesprochen werden, sondern allenfalls von einer gesamthaft mittelgradigen Störung mit

medizinisch grundsätzlich gutem Potential zur weiteren Rückbildung bei einer doch noch jungen Beschwerdeführerin (IV-Nr. 51.1 S. 49). Im psychiatrischen Teilgutachten der E.\_\_\_\_ vom 18. November 2015 werde gemäss dem Mini ICF-Ratingbogen eine starke Einschränkung gesehen in der Anpassung an Regeln und Routinen, während in anderen Bereichen vorwiegend leicht bis mittelgradige Einschränkungen bestünden. Die funktionellen Auswirkungen liessen sich jedoch nicht quantifizieren, da doch erhebliche Inkonsistenzen vorhanden seien. Diese Inkonsistenzen seien auch im E.\_\_\_\_-Gutachten erwähnt worden (IV-Nr. 51.1 S. 50).

6.3.3 Angesichts der oben dargelegten umfassenden und detaillierten Angaben des psychiatrischen Obergutachters besteht vorliegend keine hinreichende Klarheit darüber, dass die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens der Beschwerdeführerin klar überschritten sind. Wie dargelegt, können dem Gutachten von Prof. H.\_\_\_\_ zwar Diskrepanzen und Inkonsistenzen entnommen werden, die sich dahingehend äussern, dass die Beschwerdeführerin sowohl die Vorgeschichte als auch die Symptombeschreibung ausgesprochen vage darstellt, eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Leistungsdefiziten und den in der Exploration erkennbaren Ressourcen besteht sowie ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn und eine geringe Tendenz der Beschwerdeführerin zur Wahrnehmung therapeutischer Angebote festzustellen sind, obwohl sich ihr psychosoziales Umfeld als weitgehend intakt präsentiert. Prof. H.\_\_\_\_ hält denn auch zu den Diskrepanzen zwischen den angegebenen Leistungsdefiziten und den erkennbaren Ressourcen fest, hier seien doch aggravatorische Anteile wahrscheinlich, wie zum Beispiel die verzögerte Nennung der Namen der Kinder (IV-Nr. 51.1 S. 48). Es gilt jedoch zu beachten, dass das aggravatorische Verhalten der Beschwerdeführerin weitgehend auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen ist. Prof. H.\_\_\_\_ stellte u.a. die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer gemischten Angststörung mit erheblicher Regression (ICD-10 F41.3) und hielt fest, gegenüber der im Jahr 2013 aufgetretenen mittelgradigen bis schweren Ausprägung der Symptomatik (insbesondere im Bereich depressiver Symptome, aber auch im Bereich einer spezifischen posttraumatischen Symptomatik wie Flashbacks) sei es zwar unzweifelhaft zu einer erheblichen Rückläufigkeit der Beschwerden gekommen, in gleicher Weise hätten jedoch die Chronifizierung sowie der neurotische Rückzug der Beschwerdeführerin zugenommen (IV-Nr. 51.1 S. 49). Nach den Angaben des psychiatrischen Obergutachters kann zwar nicht mehr von einer schweren psychischen Störung gesprochen werden, er weist jedoch darauf hin, im Rahmen des ängstlichen Erlebens der Umwelt sei die Beschwerdeführerin in ihrer spontanen Lebensgestaltung relevant eingeschränkt und könne vermindert Kontakte aufnehmen (IV-Nr. 51.1 S. 46). Ihre geringe Tendenz zur Wahrnehmung therapeutischer Angebote sei zum Teil mit dem Vermeidungsverhalten zu begründen (IV-Nr. 51.1 S. 48). An die Stelle der posttraumatischen Belastungsstörung und der im Jahr 2015 noch als mittelgradig oder schwer eingeschätzten depressiven Episode sei zunehmend eine gemischte Angststörung mit dissoziativen, somatoformen und ängstlich vermeidenden Anteilen getreten (IV-Nr. 51.1 S. 48 f.). Bei dieser Ausgangslage kann ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ■ nicht gesagt werden, ihre Leistungseinschränkung beruhe (ausschliesslich) auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, weshalb keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege. Auch wenn nach den überzeugenden Angaben des psychiatrischen Obergutachters Diskrepanzen und Inkonsistenzen festzustellen sind und sogar einzelne aggravatorische Anteile als wahrscheinlich bezeichnet werden, ist mit dem

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach wie vor von einem versicherten Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin auszugehen. Damit ist ein Ausschlussgrund im oben (unter E. II. 6.3.1 hiervor) dargelegten Sinn nicht gegeben.

#### **E. 6.4**

6.4.1 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, es sei Aufgabe der Recht anwendenden Behörde zu prüfen, ob im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung sämtliche Indikatoren geprüft worden seien, und es verbleibe ■ wenn diese Prüfung erfolgt sei und der Gutachter sich mit allfälligen Inkonsistenzen auseinandergesetzt habe ■ bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für den Juristen oder die Juristin, ohne Ergänzungsfragen an den Gutachter gestellt oder ein Obergutachten mit anderem Resultat eingeholt zu haben, kein Raum, die Arbeitsfähigkeit eigenhändig abweichend von einem Gutachten gemäss Art. 44 ATSG zu beurteilen (Beschwerde, S. 13, Ziff. 11 Schlussbemerkung, A.S. 24), ist Folgendes festzuhalten:

6.4.2 Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann. Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit 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. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f., 143 V 418 E. 6 S. 426

f., je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4 mit Hinweisen).

Im Folgenden ist zu prüfen, ob Prof. H.\_\_\_\_ sich in seinem psychiatrischen Obergutachten vom 2. Februar 2017 (IV-Nr. 51.1) an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten hat sowie ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin schliessen lassen.

6.4.3 Prof. H.\_\_\_\_ stellte bei der Beschwerdeführerin die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer weitgehend remittierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer anderen gemischten Angststörung mit erheblicher Regression (ICD-10 F41.3; DD generalisierte Angststörung [ICD-10 F41.1]), einer aktuell noch leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.0; fraglich rezidivierend, DD anhaltend) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidenden, unreifen und abhängigen Zügen (ICD-10 Z73).

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» bzw. zur psychischen Entwicklung nach dem Unfallereignis vom 24. September 2012 hielt Prof. H.\_\_\_\_ u.a. fest, der berichtete Ablauf des Unfallereignisses sei durchaus geeignet, eine posttraumatische Reaktionsbildung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) nach ICD-10 zu unterhalten (IV-Nr. 51.1 S. 39 ff.). Die hierzu nötigen Kriterien seien insgesamt erfüllt, knapp nach der Art des Ereignisses, klar jedoch nach den berichteten Flashbacks, dem mehrfach traumabezogen berichteten Arousal (Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems) etc.. Der Obergutachter stellte zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde jedoch fest, die PTSD müsse zum Begutachtungszeitpunkt als weitgehend remittiert angesehen werden. Stattdessen sei es zu einer kaum noch unfallbezogenen gemischten Angststörung gekommen, die sowohl dissoziative Züge aufweise als auch somatoforme, ängstlich-vermeidende, agoraphobe, andere pseudoneurologische (z.B. unsicherer Gang) und stark regressive Anteile habe. Trotz der somatoformen Überlagerung der Beschwerdesymptomatik liege eine somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 nicht vor. Es sei eher allenfalls eine Schmerzverarbeitungsstörung anzunehmen bei von somatischer Seite durchaus nachvollziehbaren Gründen der Schmerzsymptomatik. Prof. H.\_\_\_\_ hielt sodann fest, es sei offensichtlich, dass die Explorandin bei geringem Selbstwertgefühl und starker Abhängigkeit von ihrem Umfeld hier auch einen massiven, (unbewusst) sekundären Krankheitsgewinn habe. Das Interaktionsverhalten sei ähnlich wie in der Exploration Ende 2015. Ähnlich wie damals finde man keine eigentlichen kognitiven Einschränkungen, auch die affektive Schwingungsfähigkeit sei phasenweise durchaus gegeben. Im Vergleich zur Untersuchung Ende 2013 durch Dr. med. P.\_\_\_\_ habe sich eine massive Verbesserung des psychopathologischen Befundes eingestellt, die sich erstaunlicherweise in den Berichten der Behandler kaum abbilde. Aus der Exploration heraus sei eine über eine leichtgradige Episode hinausgehende depressive Symptomatik nicht belegbar und auch nicht wahrscheinlich (IV-Nr. 51.1 S. 44 f.). Gegenüber der im Jahr 2013 aufgetretenen mittelgradigen bis schweren Ausprägung der Symptomatik sei es zu einer erheblichen Rückläufigkeit der Beschwerden gekommen, in gleicher Weise hätten jedoch die Chronifizierung und der neurotische Rückzug zugenommen. Gesamthaft sei allenfalls von einer mittelgradigen psychischen Störung auszugehen, im Rahmen des ängstlichen Erlebens der Umwelt sei die Beschwerdeführerin in ihrer Lebensgestaltung jedoch relevant eingeschränkt und könne nur vermindert Kontakte aufnehmen (IV-Nr. 51.1 S. 46 und 49).

Zum Behandlungs- und Eingliederungsverlauf führte Prof. H.\_\_\_\_ aus, gesamthaft sei der Krankheitsverlauf seit dem Unfallereignis unglücklich. Trotz der recht früh einsetzenden psychiatrischen Behandlung lasse sich hier ein eigentlicher therapeutischer Prozess kaum erkennen, wahrscheinlich auch, weil sich die Beschwerdeführerin in ihrer Regression trotz Rückläufigkeit der PTSD nicht darauf einlassen könne. Auch die medikamentöse Behandlung bleibe nach den Unterlagen weitgehend unklar. Aktuell bestehe keine Regelmedikation, die psychiatrische Behandlung sei nun gänzlich sistiert. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der im Raum stehenden «Vollinvalidisierung» der doch sehr jungen Beschwerdeführerin und den wiederholt nicht wahrgenommenen Therapieangeboten (teilstationäre/stationäre Betreuung). Dabei sei kaum zu erwarten, dass sich in dem familiären Umfeld der Explorandin trotz Spitexbetreuung eine Veränderung einstellen werde. Grundsätzlich verfüge die Beschwerdeführerin jedoch deutlich erkennbar über mehr Funktions- bzw. Interaktionsfähigkeiten, als dass von einer schweren psychischen Störung gesprochen werden könnte (IV-Nr. 51.1 S. 45 f.).

Der psychiatrische Obergutachter hielt sodann fest, es bestehe aktuell eine «Komorbidität» aus der Dekonditionierung/neurotischen Regression und einer ängstlich-depressiven Grundsymptomatik mit Vermeidungsverhalten. Anamnestisch lasse sich ein Autonomieverlust (kein Verlassen des Hauses ohne Begleitung/sozialer Rückzug etc.) erfahren, der rein medizinisch in dieser Ausprägung jedoch nicht zu erklären sei. Die orientierend nach dem Mini-ICF beschriebenen und erkennbaren Funktionsfähigkeiten erlaubten der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch ein Aktivitätsniveau, das anamnestisch so nicht beschrieben werde. Durch diesen anzunehmenden aggravatorischen Anteil, welcher auch Ausdruck eines ängstlich vermeidenden Verhaltens sei, falle es gutachterlich schwer, die sicherlich vorliegenden Leistungsdefizite zu quantifizieren. In Einklang mit den Voruntersuchungen liessen sich jedoch relevante kognitive Einschränkungen nicht erkennen. Auch die nur auf Nachfrage geschilderte Schmerzproblematik erkläre keine erheblichen Leistungseinschränkungen (IV-Nr. 51.1 S. 46).

Zum Komplex «Persönlichkeit» stellte Prof. H.\_\_\_\_ sodann fest, es handle sich hier um eine ausgesprochen einfach strukturierte Frau mit Schwierigkeiten im sprachlichen Ausdruck. Die Schulausbildung reiche trotz der noch erfolgten vier oder fünf Schuljahre in der Schweiz sehr wahrscheinlich nicht über ein Grundschulniveau hinaus. Bereits ab ihrem 17. Altersjahr sei sie in einem vollen Pensum in industrielle Hilfstätigkeiten (Produktion) eingespannt gewesen, ohne jede Qualifikation oder weitere Qualifikationsbemühungen. In der wenig ergiebigen Exploration bezüglich des persönlichen und beruflichen Werdeganges in der Schweiz vor dem fraglichen Unfallereignis stelle sich gesamthaft eine auf dem kulturellen Hintergrund nicht unübliche Entwicklung dar mit früher Heirat, früher Mutterrolle (die zwei älteren Kinder seien in den Jahren 2003 und 2010 geboren) und bis zum Unfallereignis durchgehender Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf, realisierbar nur durch die Unterstützung der Eltern. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie bereits seit ihrer Kindheit/Jugend eine eher schüchterne und etwas ängstliche Person gewesen sei. Nach den Angaben des Obergutachters korreliert diese Einschätzung sehr gut mit dem klinischen Eindruck zur Grundpersönlichkeit. Es sei offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Biografie bis zum Unfallereignis im Wesentlichen eine von ihrem Umfeld weitgehend vorgeschriebene Rolle eingenommen habe, der sie sich untergeordnet habe. Eigene Bedürfnisse seien in der berichteten Biografie in keiner Weise

sichtbar. Insbesondere auch die neurotische Entwicklung nach dem Unfallereignis unterstütze die Annahme, dass die Beschwerdeführerin bereits vorbestehend ängstlich-vermeidende, dependente und auch unreife Persönlichkeitszüge aufgewiesen habe. Aus der Exploration und der Biografie gehe konsistent hervor, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Kindheit/Jugend nicht die Ressourcen habe erwerben können, welche ihr ein tragfähiges Selbstwertgefühl hätten vermitteln können (IV-Nr. 51.1 S. 38 f.).

Zum Komplex «Sozialer Kontext» gab der psychiatrische Obergutachter im Weiteren an, die Beschwerdeführerin sei nunmehr vier Jahre ohne Arbeitsplatz und ohne erkennbare Autonomie in der Tagesgestaltung. Der psychosoziale Hintergrund sei zwar auf der einen Seite geordnet bei guten familiären Bedingungen (die Beziehung zum Ehemann einschliessend, soweit erkennbar) und einem eigenen Haus (vor etwa zwei Jahren bezogen) sowohl in der Schweiz als auch in der Heimat, was einen gewissen Wohlstand suggeriere. Auf der anderen Seite sei der Ehemann seit Anfang 2016 unerwartet arbeitslos. Hierdurch entstehe nachvollziehbar ein zunehmender finanzieller Druck auf die Familie. Der Ehemann spreche ausgesprochen schlecht Deutsch (deutlich schlechter als die Ehefrau), verbunden mit der Regression der Ehefrau sei hier sicherlich eine Integration in die Schweizer Gesellschaft eingeschränkt möglich und eine Vernetzung erfolge wohl ausschliesslich unter Landsleuten. Prof. H.\_\_\_\_ führte ferner aus, ein weiterer Belastungsfaktor sei sicherlich der geringe Bildungsgrad der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund einer ängstlich-dependenten und unreifen Persönlichkeitsstruktur. An Ressourcen müsse die langjährig durchgehaltene Doppelbelastung mit Kindern/Haushalt und einem 100%-Arbeitspensum in der industriellen Produktion über viele Jahre genannt werden. Grundsätzlich verfüge die Beschwerdeführerin über die Voraussetzungen, um sich an einem solchen Arbeitsort integrieren zu können. Sie berichte auch über gute Verhältnisse zu ihren Vorgesetzten und Kollegen. Unabhängig von rein medizinischen Faktoren bestehe ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn, der eine motivierten Therapie entgegenstehe. Inwieweit diese Rolle auch in der Familie real so gelebt werde wie berichtet, bleibe jedoch teilweise unklar; tragfähige Information seien wohl auch kaum erhältlich (IV-Nr. 51.1 S. 47).

Zur Kategorie «Konsistenz» stellte Prof. H.\_\_\_\_ schliesslich fest, die Begutachtung leide deutlich darunter, dass insgesamt sowohl die Vorgeschichte als auch die Symptombeschreibung ausgesprochen vage dargestellt werde, sodass schon einmal die Voraussetzungen für eine subtilere Konsistenzprüfung eingeschränkt seien. Nach den Unterlagen sei jedoch insgesamt das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in einem krankheitswertigen Ausmass über etwa zwei Jahre plausibel und gut abgesichert; auch die depressiven Episoden seien gut beschrieben worden. Aktuell stehe bei zum Teil histrionisch geprägtem Ausdrucksverhalten jedoch die neurotisch-ängstliche Regression im Vordergrund, die praktisch definitorisch mit einer Verdeutlichungstendenz einhergehe. Es ergebe sich jedoch eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Leistungsdefiziten und den in der Exploration erkennbaren Ressourcen. Hier seien doch aggravatorische Anteile wahrscheinlich (auch beispielhaft die verzögerte Nennung der Namen der Kinder). Es sei auch schon darauf hingewiesen worden, dass die angegebenen kognitiven Einschränkungen so in der Exploration nicht zur Darstellung gekommen seien. Die Tendenz der Explorandin zur Wahrnehmung therapeutischer Angebote sei gering, zum Teil begründet durch das Vermeidungsverhalten, zum Teil sei dies sicherlich auch Ausdruck einer eingeschränkten Therapiemotivation (IV-Nr. 51.1 S. 48).

6.4.4 Angesichts der von Prof. H.\_\_\_\_ im oben (unter E. II. 5.17 hiervor) wiedergegebenen psychiatrischen Obergutachten angegebenen Untersuchungsergebnisse ist anhand der oben dargelegten rechtserheblichen Indikatoren, welche sachgerecht, detailliert und umfassend geprüft wurden, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht auch in einer angepassten Verweistätigkeit aktuell nicht arbeitsfähig ist. Die nicht sofortige Realisierung einer grundsätzlich zwar wieder möglichen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Verweistätigkeit erscheint angesichts der bei der Beschwerdeführerin nun im Vordergrund stehenden gemischten Angststörung mit dissoziativen, somatoformen und ängstlich vermeidenden Anteilen als schlüssig und nachvollziehbar. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann aktuell noch nicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Der psychiatrische Obergutachter weist zum zeitlichen Präsenz- und qualitativen Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin ausdrücklich darauf hin, es bestehe «das Potential zu einer Entwicklung einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % bis zu 80 % in einer den somatischen Defiziten angepassten Tätigkeit innerhalb eines Zeitrahmens von ein bis zwei Jahren» und stellt fest, eine kurzfristigere Umsetzung dieser medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sei «aufgrund der aktuell gesehenen neurotischen Fixierung auf ein dysfunktionales Krankheitskonzept mit massivem sekundärem Krankheitsgewinn nicht realisierbar und würde der weiteren Chronifizierung eher Vorschub leisten». Prof. H.\_\_\_\_ stellt sich auf den Standpunkt, vorgängig seien «erhebliche therapeutische Interventionen/Massnahmen der Tagesstrukturierung im geschützten Bereich notwendig», die in den letzten Jahren leider nicht umgesetzt worden seien (IV-Nr. 51.1 S. 51). Begründet werden die aktuell bestehende Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sowie die vorgängig von ihr durchzuführenden Therapieinterventionen damit, eine ambulante psychiatrische Behandlung sei zwar nach dem Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der D.\_\_\_\_ fast kontinuierlich erfolgt, dabei seien die Frequenzen der Behandlung insgesamt aber als zu niedrig zu erachten und die Spezifizierung der einzelnen Behandlungsschritte sei nach den vorliegenden Dokumenten kaum möglich. Es sei auch unklar, ob und über welche Zeiträume die Beschwerdeführerin einmal psychopharmakologisch behandelt worden sei; auch aktuell bestehe keine Regelmedikation. Trotz der mehrfach gesehenen Indikationen sei es zu keinen stationären oder teilstationären Aufenthalten im psychiatrischen Bereich gekommen, was in Anbetracht des Alters der Beschwerdeführerin und in Anbetracht der aktenanamnestisch fachärztlichen Schwere der Störung Fragen aufwerfe.

Nach der überzeugenden fachärztlichen Argumentation von Prof. H.\_\_\_\_ sind zunächst Therapieinterventionen indiziert, die über ein teilstationäres oder stationäres Setting der Beschwerdeführerin einen gewissen Abstand zu dem als dysfunktional zu erkennenden häuslichen Umfeld geben. Diese Möglichkeit wäre gegeben, da die Haushaltarbeit nach den anamnestischen Angaben ohnehin von den Familienangehörigen und auch der Spitex erledigt werde. Nach den schlüssigen Angaben des psychiatrischen Obergutachters geht es hier um einen pragmatischen, verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz mit dem primären Ziel einer Tagesstrukturierung in einer arbeitsähnlichen Situation (geschützte Arbeitsstelle). Auch die Indikation für eine antidepressive Medikation sollte nach Auffassung von Prof. H.\_\_\_\_ in einer psychiatrischen Begleitbehandlung neu evaluiert werden. Es besteht kein Anhaltspunkt, dass diese Massnahmen der Beschwerdeführerin nicht zuzumuten wären (IV-Nr. 51.1 S. 51 f.). Dieser überzeugenden Beurteilung des psychiatrischen Obergutachters ist zu folgen, zumal er sich an die normativen Rahmenbedingungen gehalten und schlüssig dargelegt hat, welche funktionellen Ausfälle bei der

Beschwerdeführerin durch die aktuell im Vordergrund stehende gemischte Angststörung bestehen.

6.5 Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die Begutachtungsergebnisse von Prof. H. \_\_\_ auch weitgehend mit den Aussagen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. X. \_\_\_ vom 18. November 2015 (IV-Nr. 38.2) übereinstimmen. Der psychiatrische E. \_\_\_-Gutachter stellte ebenfalls fest, arbeitsplatzbezogene Ressourcen bestünden nicht mehr. Das traumatisierende Ereignis sei nicht unerheblich, jedoch einmalig gewesen. Das aktuelle Geschehen sei überdeckt von Angst und Vermeidungsverhalten, wie es bei Angststörungen und einem unbehandelten depressiven Zustand typisch sei. Mit anderen Worten seien Ressourcen zwar grundsätzlich vorhanden, gegenwärtig aber nicht nutzbar bei einer unbefriedigenden Behandlungssituation (IV-Nr. 38.2 S. 15). Eine Arbeitsfähigkeit (von 33 % in angepasster Tätigkeit) wurde unter der Annahme bislang nicht eingesetzter therapeutischer Massnahmen (stationäre medikamentöse Einstellung, mehrmonatige ambulante/teilstationäre Behandlung, Einsatz ambulanter psychiatrischer Spitex zu Hause zur Professionalisierung der Situation im Alltag, spezifische Psychotherapie, etc.) attestiert (IV-Nr. 38.2 S. 17). Demnach ging auch Dr. med. X. \_\_\_ davon aus, dass eine relevante Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit erst nach Durchführung therapeutischer Interventionen eintreten kann.

6.6 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste umfassende psychiatrische Obergutachten der F. \_\_\_ vom 2. Februar 2017 (IV-Nr. 51.1) beruht auf den vollständigen Vorakten, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde aufgrund der persönlichen Untersuchung von Prof. H. \_\_\_ vom 23. November 2016 erstellt. Auf dieser Grundlage gelangt der Experte zu schlüssigen Ergebnissen, die er nachvollziehbar herleitet und begründet. Seine Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation leuchtet ein. Das psychiatrische Obergutachten wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit volle Beweiskraft zu, weshalb darauf abzustellen ist. Trotz der bei der Begutachtung festgestellten Diskrepanzen und Inkonsistenzen sind keine Indizien ersichtlich, welche gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Obergutachtens sprächen. Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (vgl. E. II. 4.2 und 4.3), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.2.5 und 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.5, je mit Hinweisen). Eine solche Konstellation ist hier gegeben.

## **E. 7**

7.1 Nach der Rechtsprechung ist die Änderung des Invaliditätsgrades eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise Voraussetzung für eine Rentenrevision. Für eine Rentenanpassung genügt daher nicht bereits «irgendeine» Veränderung im Sachverhalt. Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt somit nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder ■verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren

(BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12 f. mit Hinweisen). Im Einzelfall kann sich zudem aufgrund einer Gesamtbetrachtung ergeben, dass die Veränderung eines Leidens durch die gegenläufige Entwicklung einer anderen Symptomatik kompensiert wird, sodass insgesamt keine relevante, den Rentenanspruch berührender Veränderung vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_91/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2).

7.2 Im vorliegenden Fall ist gestützt auf die oben (unter E. II. 5. hiervor) wiedergegebenen zahlreichen medizinischen Berichte mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vom psychiatrischen Obergutachten gestellten Diagnosen auch in einer angepassten Verweistätigkeit aktuell noch keine Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zulassen. Das Potential zur Entwicklung einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % bis zu 80 % in einer den somatischen Defiziten angepassten Tätigkeit ist nach den gutachterlichen Angaben frühestens innerhalb eines Zeitrahmens von ein bis zwei Jahren realistisch, wobei vorgängig erhebliche therapeutische Interventionen und Massnahmen der Tagesstrukturierung im geschützten Bereich durchzuführen sind. Durch die aktuelle, im Vordergrund stehende gemischte Angststörung mit erheblicher Regression kann insgesamt nicht von einer relevanten, den Rentenanspruch beeinflussende Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Dies geht auch aus dem Bericht der Hausärztin Dr. med. N. \_\_\_ vom 27. Juni 2018 hervor, wonach sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen Frühling 2017 und Frühling 2018 nicht wesentlich verändert habe; eine Stabilisierung, die eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit erlaube, habe sich bis zum Eintritt in die I. \_\_\_ am 1. Juni 2018 sicher nicht eingestellt (IV-Nr. 78 S. 33; vgl. E. II. 5.20 hiervor). Dies entspricht auch den Angaben der behandelnden Ärzte der vorerwähnten Klinik in ihrem Bericht vom 13. September 2018 über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1. Juni bis 26. Juli 2018, worin bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die bestehenden Gutachten verwiesen und die Auffassung vertreten wurde, eine Arbeitsstelle zu 100 % und die Verantwortung für die drei Kinder würden die Beschwerdeführerin überfordern (Beschwerdebeilage 5; vgl. E. II. 5.21 hiervor).

8. Nach dem Gesagten erweist sich die Einstellung der von der Beschwerdegegnerin ab 1. September 2013 zugesprochenen ganzen Invalidenrente auf Ende Februar 2016 mangels einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin als unzulässig. Die angefochtene Verfügung vom 5. Juni 2018 ist daher insoweit aufzuheben, als die Invalidenrente auf Ende Februar 2016 eingestellt wurde. Der Beschwerdeführerin ist ab 1. März 2016 weiterhin eine ganze Rente zuzusprechen.

## **E. 9**

9.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 15. Januar 2019 weist einen Zeitaufwand von 9 Stunden und 40 Minuten sowie Auslagen von CHF 90.00 aus.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Die unter den Daten vom 13. Juli 2018 (Schreiben an Klientin, 10 Minuten), 27. August 2018 (Kurzbrief an Klientin, 10 Minuten), 10. September 2018 (Kurzbrief an Klientin, 10 Minuten) und 14. Januar 2019 (Schreiben an Klientin, 10 Minuten) aufgeführten Position können somit nicht berücksichtigt werden, da hier von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Dies führt zu einem zu entschädigenden Zeitaufwand von 9 Stunden. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 230.00 und der Mehrwertsteuer ergibt dies eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'326.30 (Honorar von CHF 2'070.00, Auslagen von CHF 90.00 und MwSt. [7.7 %] von CHF 166.30).

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 (vgl. A.S. 48 und 54) ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2018 insoweit aufgehoben, als der Beschwerdeführerin ab 1. März 2016 weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten ist.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'326.30 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.