



**Fall-Nr.:** IV 2021/184  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.06.2023  
**Entscheiddatum:** 06.10.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.10.2022**

**Sachverhalt mit drei zu würdigenden medizinischen Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Oktober 2022, IV 2021/184). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_666/2022.**

#### **Entscheid vom 6. Oktober 2022**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2021/184

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH,  
Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 4./18. April 2016 (IV-act. 3, vgl. auch IV-act. 9) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen wegen einer (seit April 2011 bestehenden) gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgrund von Epilepsie und eines operativen Eingriffs am Herzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie habe keinen Beruf erlernt und sei 199\_ in die Schweiz gekommen. Seit September 2005 (richtig: 2004, IV-act. 9-4) sei sie im \_\_\_\_ angestellt und verdiene ein monatliches Einkommen von Fr. 3'5\_\_.--. Die Arbeitgeberin gab in ihrer Bescheinigung vom \_\_. April 2016 (IV-act. 8) an, sie habe der Versicherten das Arbeitsverhältnis auf 31. Mai 2016 gekündigt. Die Kündigung datierte vom \_\_. August 2015 (IV-act. 8-9).

**A.b.** Dr. med. B.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, gab in einem ärztlichen Bericht zur Eingliederung am 31. April 2016 (richtig: 30. April 2016, IV-act. 13) an, es bestünden eine Epilepsie unklarer Ätiologie (02/1998), eine valvuläre Herzkrankheit (St. n. Mitralklappenvalvuloplastie bei schwerer Mitralklappenstenose [04/2011]), ein intermittierendes symptomatisches tachykardes VHF (Vorhofflimmern) und Angststörungen. Leichte Tätigkeiten, wechselnd im Sitzen und Stehen, seien der Versicherten bis maximal vier Stunden pro Tag zumutbar. In einem ärztlichen Zeugnis vom 1. Mai 2016 (IV-act. 13-3) wurden zahlreiche Phasen der Arbeitsunfähigkeit (von 100 % oder 50 %) ab 16. Juni 2015 aufgelistet. Seit 30. April 2016 betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 %. - Die kantonale Arbeitslosenkasse gab am 11. Mai 2016 (IV-act. 21) an, die Versicherte sei ab 1. Juni 2016 für eine Vermittlungsfähigkeit von 100 % angemeldet. Es lägen Arztzeugnisse für eine Arbeitsunfähigkeit vor.

**A.c.** Die Klinik für Kardiologie, Departement Innere Medizin, am Kantonsspital St. Gallen hatte am 23. September 2015 als Diagnosen eine valvuläre Herzkrankheit, ein paroxysmales Vorhofflimmern, eine Amiodarone-induzierte Hyperthyreose Typ 1



## St.Galler Gerichte

und Epilepsie (ED 1997) sowie als Nebendiagnose rezidivierende Panikattacken angegeben. Es sollte aufgrund der Fibrosierung des linken Vorhofes so lange wie möglich eine medikamentöse Rhythmuskontrolle erfolgen. - Das Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen hatte in einem Sprechstundenbericht vom 8. April 2016 (IV-act. 30) als Diagnosen bezeichnet ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (u.a. 12/2015 ambulante Einleitung einer nächtlichen aCPAP-Therapie), mittelgradig (ED 12/2015), Epilepsie ungeklärter Ätiologie (ED 02/1998), valvuläre und rhythmogene Herzkrankheit, intermittierendes symptomatisches tachykardes Vorhofflimmern und der Verdacht auf Angststörung. Die Versicherte habe berichtet, es gehe unter der CPAP-Therapie bereits besser. Geräteseitig habe sich eine hervorragende Compliance gezeigt. - Die Klinik für Kardiologie am Universitätsspital Zürich hatte in einem Austrittsbericht vom 21. April 2011 (IV-act. 39) erklärt, es bestünden eine valvuläre Herzkrankheit, eine Dyslipidämie, eine Transaminasenerhöhung unklarer Ätiologie, Epilepsie und Übergewicht. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte in einem Bericht vom 7. Juni 2016 (IV-act. 43) festgehalten, es bestehe u.a. eine Epilepsie ungeklärter Ätiologie (ED 02/1998) mit u.a. multiplen postischämischen lakunären und strichförmigen Defekten zerebellär beidseits. Der letzte Anfall sei ca. 2008 gewesen. Wegen der fortdauernden Tagesmüdigkeit und der Interaktion von Carbamazepin [Wirkstoff von Tegretol] mit Marcoumar [Wirkstoff Phenprocoumon] sei eine schrittweise Umstellung auf Lamotrigin erfolgt.

**A.d.** Am 9. Mai 2016 übermittelte die Krankentaggeldversicherung der Versicherten der Invalidenversicherung die Akten (Fremd-act. 1-4). - Dem Entwurf einer "Krankenmeldung" (Fremd-act. 1-26) war zu entnehmen, dass ab 7. September 2015 (wegen Herz-/Kreislaufkrankungen) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % eingetreten sei (wiederholte Erkrankung, schon 2014) und die Versicherte die Arbeit ab 30. November 2015 im Umfang von 50 % wieder aufgenommen habe. - Dr. B.\_\_\_\_ hatte am 4. März 2016 (Fremd-act. 1-34 f.) erklärt, Müdigkeit und Leistungsschwäche stünden im Zusammenhang mit der Herzkrankheit und der Einnahme von Tegretol. - Eine Vertreterin der Arbeitgeberin hatte am \_\_\_\_ April 2016 (Fremd-act. 1-17) mitgeteilt, mit der Arbeitsleistung der Versicherten bei Anwesenheit sei man zufrieden. Sie habe aber seit zwei Jahren sehr viele Absenzen gehabt, und zwar bereits bei geringsten



Beschwerdezeichen, und es hätten viele Arztwechsel stattgefunden. Obwohl seit 2004 angestellt, habe sie immer noch lediglich grenzwertige Deutschkenntnisse. - In einem Aussendienst-Bericht vom 21. April 2016 (Fremd-act. 2-2 ff.) war festgehalten worden, die Versicherte habe keine der Fragen verstanden; ihr Ehemann habe übersetzt. Konkret eingeschränkt fühle sie sich durch eine ständige starke Müdigkeit. Sie wolle wieder in einer Fabrik arbeiten und sei auf Stellensuche.

**A.e.** Die Klinik für Psychosomatik, Departement Innere Medizin, am Kantonsspital St. Gallen gab in einem Bericht vom 6. Juli 2016 (IV-act. 49) an, es liege bei der Versicherten eine Angststörung vor. Es bestehe der dringende Verdacht auf eine vorbestehende solche Störung, in deren Rahmen auch Panikattacken aufträten. Begünstigt würden diese durch die gemachten belastenden Erfahrungen bei Herzkrankheit. Der Versicherten sei mitgeteilt worden, dass das häufige Aufsuchen einer Notaufnahme bei unter aktueller Medikation nur geringem kardialen Risiko eine Form von dysfunktionaler Bewältigung darstelle. Es sollte eine Gesprächs- und antidepressive Therapie erfolgen.

**A.f.** In einem Strategie-Protokoll wurde festgehalten, gemäss der IV-Eingliederungsberatung gebe es Eingliederungspotenzial (bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 %), doch zeige die Versicherte wenig bis keine Motivation dazu (vgl. IV-act. 50-2). - In einem Assessment- und Verlaufsprotokoll vom 14. November 2016 (IV-act. 54) wurde festgehalten, die Versicherte sei zurzeit sozialpraktisch nicht eingliederbar. Medizinische Abklärungen (etwa der Frage, ob eine psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe) stünden im Vordergrund. Die Versicherte werde derzeit vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) u.a. im Aufbau der Sprachkompetenz unterstützt. - Am 23. November 2016 (IV-act. 57) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit wegen des Gesundheitszustands nicht möglich.

**A.g.** Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in ihrem IV-Arztbericht vom 2. Februar 2017 (IV-act. 59) an, es liege bei der Versicherten in psychiatrischer Hinsicht eine Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion vor (nebst somatischen Diagnosen). Sie werde seit 9. November 2016 behandelt und es werde ihr seither eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Die Versicherte habe



berichtet, zwölf Jahre lang für die gleiche Unternehmung gearbeitet zu haben und immer zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl es ihr in den letzten Jahren gesundheitlich nicht so gut gegangen sei. Vor einem Jahr sei ihr gekündigt worden. Sie sei sehr traurig, weil sie sich ihr Leben anders vorgestellt habe. Sie habe bisher viermal einen Herzstillstand erlitten, daher habe sie vor allem Angst, dass ihr Herz nicht mehr schlagen werde. Sie traue sich nicht, allein von zuhause wegzugehen, da sie einige Male in Ohnmacht gefallen sei. Es seien Einschränkungen in der psychophysischen Belastbarkeit zu erwarten. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei zu erwarten, wenn ihr eine schrittweise Wiedereingliederung im geschützten Rahmen angeboten werden könne.

**A.h.** Dr. B.\_\_\_\_ reichte am 7. Februar 2017 (IV-act. 60) einen Bericht der Klinik für Innere Medizin am Spital D.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2016 (IV-act. 61) ein. Danach war (wiederum nach August 2016) eine notfallmässige Selbstvorstellung erfolgt. Unter einmaliger Verabreichung von Bisoprolol habe sich die Frequenz rasch normalisiert und der Zustand der Versicherten (tachykardes Vorhofflimmern) rasch verbessert. Ein ischämisches Ereignis habe ausgeschlossen werden können.

**A.i.** Am 2. August 2017 (IV-act. 79) erstattete das BEGAZ Begutachtungszentrum BL (im Folgenden kurz BEGAZ) sein Gutachten (über die Begutachtungen vom Juni und Juli 2017, vgl. IV-act. 79-5). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden (etwas verkürzt wiedergegeben) benannt: (erstens) der V.a. Status nach akutem linkshemisphärischem Hirninfarkt vom 04.04.2017 mit/bei klinisch V.a. "aphatische" Störung, bildmorphologisch subakutem Hirninfarkt links parietal, multiplen älteren kleineren Ischämien frontal und parietal rechts sowie parietal links und auch cerebellär rechts und einem V.a. hirnorganisch bedingte kognitive Funktionsstörungen, (zweitens) Epilepsie ungeklärter Ätiologie mit seltenen Anfällen, wahrscheinlich sekundär generalisiert, anfallsfrei seit ca. 2008, (drittens) rheumatische Mitralklappen-Stenose, (viertens) permanentes valvuläres Vorhofflimmern, (fünftens) eine generalisierte Angststörung und (sechstens) eine mittelgradige depressive Episode. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (unter CPAP-Therapie gut eingestellt), aktenanamnestisch ein V.a. ein Restless-Legs-Syndrom und minimale (nicht valide) Testleistungen (vgl. IV-act. 79-62 f.). Zurzeit bestehe gesamtmedizinisch gesehen eine nicht stabile medizinische Situation. Seit



## St.Galler Gerichte

dem akuten Ereignis vom 4. April 2017 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die weitere Schlaganfall-Abklärung sei am Kantonsspital St. Gallen im Gang. Mit den gegenwärtigen ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sei die Versicherte keinem Arbeitgeber zumutbar. Zuvor habe seit mindestens Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für adaptierte Tätigkeiten bestanden. Mittelschwere und schwere Arbeiten seien nicht zumutbar gewesen. Der Verlauf sei abzuwarten (vgl. IV-act. 79-66 f.). - Als Therapieempfehlung wurde u.a. nebst intensiverer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und medikamentöser Umstellung festgehalten, neuropsychologisch gesehen seien wegen des anzunehmenden echten hirnorganischen Anteils, der zu den Defiziten beitrage, eine ergotherapeutische und logopädische Behandlung indiziert und eine Aktivierung in geschützter Situation sinnvoll (vgl. IV-act. 79-63 f.). - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 2. Juni 2017 (IV-act. 79-70 bis 72) bekanntgegeben, anlässlich der geplanten Jahresverlaufskontrolle vom 29. Mai 2017 habe die Versicherte (in Begleitung ihres Sohnes als Übersetzer) erklärt, während der Ferien in der Heimat seien am 4. April 2017 ein plötzliches Unwohlsein mit anamnestischer Sprachstörung (die Versicherte habe Mühe gehabt, Sätze zu formulieren; die gesprochenen Worte seien aber deutlich gewesen) und eine Motorikstörung der linken Hand aufgetreten. - In einem Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 7. Juni 2017 (IV-act. 79-73 f.; gemäss CT Neurocranium und CT-Angiographie der hirnversorgenden Gefässe extra- und intrakraniell) war festgehalten worden, im Vergleich zur MR-Untersuchung vom 26. April 2017 durch die Radiologie E.\_\_\_\_ sei eine progrediente Demarkation des Infarktareals zu sehen. Neue Infarktareale oder eine intrakranielle Hämorrhagie seien nicht nachgewiesen worden. Es liege eine hypoplastische A. vertebralis rechts mit Verschluss im V3-Segment vor. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 8. August 2017 (IV-act. 80) dafür, angesichts des (der IV nicht bekannt gewesenen) Hirninfarkts habe das Gutachten (zu jenem Zeitpunkt) keinen Sinn gemacht. In einem Jahr sei zu entscheiden, ob eine neue Begutachtung erforderlich sein werde.

**A.j.** Am 16. August 2017 (IV-act. 84) wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen.



**A.k.** Dr. B.\_\_\_\_ teilte auf Anfrage nach der Umsetzung der Therapieempfehlungen (vgl. IV-act. 85) am 3. November 2017 (IV-act. 89) mit, eine logotherapeutische Behandlung sei nicht möglich, weil kein die Muttersprache der Versicherten sprechender Therapeut und keine Therapeutin habe gefunden werden können. Die Umstellung "von" (gemeint offenbar "auf" [vgl. IV-act. 43-2]) Lamotrigin sei im Juni 2016 erfolgt. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 13. Juli 2017 (IV-act. 99) über einen Untersuch vom 19. Juni 2017 berichtet, es sei seit 29. Mai 2017 zu keinen neuen Symptomen gekommen. Von der Sprachstörung - die Worte kämen teilweise nicht und teilweise falsch - berichte die Versicherte weiterhin. Eine CT-Angiographie und eine Doppler-/Duplexuntersuchung hätten keine relevanten Stenosen und keine relevante Atheromatose gezeigt. Der Hirninfarkt sei passend zur noch bestehenden Aphasie.

**A.l.** Dr. C.\_\_\_\_ nahm am 29. Januar 2018 (IV-act. 113) zu den Therapieempfehlungen Stellung. Die Ängste der Versicherten seien sehr tief verankert und bestünden weiterhin, und zwar zu Recht auch, weil die somatische Situation sich nicht gebessert habe. Es sei aufgrund des Hirninfarkts zu einer massiven Verschlechterung der kognitiven Parameter gekommen. Die Versicherte habe massive Wortfindungsstörungen in der Muttersprache. Eine intensivere Behandlung wäre eine Überforderung, weil sie immer von Begleitpersonen in die Praxis gebracht werde. Eine solche Behandlung erfordere zudem ein gewisses Intelligenzniveau. Wegen der mangelnden Sprachkenntnisse stosse man auch mit autogenem Training oder progressiver Muskelrelaxation an die Grenzen. Sie (die Psychiaterin) werde schauen, ob die Versicherte eventuell "Basics der deutschen Sprache bringen (könne)", um einen solchen Kurs besuchen zu können.

**A.m.** Dr. B.\_\_\_\_ gab in einem IV-Verlaufsbericht vom 22. Februar 2018 (IV-act. 119-4 ff.) an, der Versicherten seien keine Tätigkeiten zumutbar. - Der RAD befürwortete am 23. Februar 2018 (IV-act. 120) eine Verlaufsbeurteilung (gegen August 2018) und zuvor - in drei Monaten - das Einholen von verschiedenen Verlaufsberichten (u.a. mit Blutspiegelmessung aller verordneten Medikamente). - Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 3. Juni 2018 (IV-act. 121) u.a. mit, seit dem Hirninfarkt leide die Versicherte an einer Gedächtniseinschränkung und rascher Ermüdbarkeit. Die Aphasie sei gut rückläufig. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht realisierbar; ausserdem träten - wie zuletzt am 25. April 2018 - Präsynkopen auf. Die Versicherte sei in der Lebensverrichtung der



## St.Galler Gerichte

Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte auf regelmässige Dritthilfe in erheblichem Mass angewiesen. - In einem Austrittsbericht der Klinik für Innere Medizin am Spital D.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2018 (IV-act. 121-9 bis 12, Aufenthalt vom 25. bis 28. April 2018) war berichtet worden, ein CCT vom 25. April 2018 sei ohne Nachweis einer neu abgrenzbaren Ischämie oder intrakraniellen Blutung geblieben; ein cMRI vom 26. April 2018 habe keinen Hinweis auf eine frische Ischämie, aber einen postischämischen Parenchymdefekt parietooccipital links gezeigt. - Dr. C.\_\_\_\_ gab in einem IV-Verlaufsbericht vom 3. Juli 2018 (IV-act. 124) bekannt, die Versicherte sei nach wie vor nur zu 50 % arbeitsfähig. Die Behandlung habe zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik geführt, die Angstsymptomatik sei jedoch in Verbindung mit der Herzerkrankung noch vorhanden. Es bestünden vielfach mangelnde Ressourcen.

**A.n.** In einem Verlaufsgutachten vom 14. Januar 2019 (IV-act. 141; Begutachtungen im November und Dezember 2018) gab das BEGAZ als relevante Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an (erstens) eine rheumatische Mitralklappen-Stenose, (zweitens) ein permanentes valvuläres Vorhofflimmern, (drittens) ein St. n. akutem linkshemisphärischen Hirninfarkt im Stromgebiet der A. cerebri media links vom 04.04.2017 (klinisch fragliche motorische Aphasie, Beschwerdeprogression im Verlauf, ohne neurologisch fassbares Substrat), (viertens) Epilepsie ungeklärter Ätiologie mit seltenen Anfällen, wahrscheinlich sekundär generalisiert (ED 1998; anfallsfrei seit ca. 2008 unter Lamotrigin), (fünftens) ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (ED 12/2015; unter CPAP-Therapie gut eingestellt) und (sechstens) ein V.a. hirnorganisch bedingte kognitive Funktionsstörungen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien minimale (nicht valide) Testleistungen (IV-act. 141-8 f.). Zur Arbeitsfähigkeit könne keine Aussage gemacht werden, weil die psychiatrische Untersuchung nicht zu verwertbaren Ergebnissen geführt habe. Aus neurologischer Sicht hätten sich (im Vergleich zur Vorbegutachtung) keine neuen Gesichtspunkte ergeben. In rein körperlicher Hinsicht bestehe, soweit das allein anhand der beschriebenen Beobachtungen beurteilbar sei, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Weiterhin sei die Versicherte bei den ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten keinem Arbeitgeber zumutbar, und zwar möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich wegen des beschriebenen organischen Beschwerdekerns. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit durch



hirnorganisch bedingte neurokognitive Defizite beeinträchtigt werde. Das Ausmass könne jedoch nicht beziffert werden (vgl. IV-act. 141-11). Eine Psychotherapie sei nicht durchführbar. Logopädie und Ergotherapie seien weiterhin Optionen, doch eine Motivation dazu erscheine fraglich (vgl. IV-act. 141-12). - Den Gutachtern lag u.a. ein Bericht der Radiologie E.\_\_\_\_ vom 7. September 2018 (IV-act. 147-16 f.) über ein damaliges MRI des Schädels vor. Darin war festgehalten worden, im bekannten Infarktareal links parietal zeige sich nun eine vorwiegend kortikale Defektzone mit benachbarter Gliose. Es seien keine frischen Infarktareale, aber es sei eine geringe Progredienz der mikroangiopathischen Leukenzephalopathie mit vereinzelt neu aufgetretenen, wenige Millimeter grossen Herdläsionen festzustellen gewesen. - Die Psychiatrie-Dienste F.\_\_\_\_ hatten in einem Untersuchungsbericht vom 15. September 2016 (IV-act. 147-58 bis 60) erklärt, die somatisch multimorbide Versicherte leide seit ca. einem Jahr nach dem Stellenverlust unter starker innerer Unruhe, gedrückter Stimmung und Angstzuständen. Am wahrscheinlichsten sei die Symptomatik im Rahmen einer Anpassungs- oder einer Angststörung zu sehen.

**A.o.** Der RAD hielt am 15. Januar 2019 (IV-act. 151) fest, die Gutachter würden weiterhin davon ausgehen, dass keinem Arbeitgeber zumutbar wäre, die Versicherte zu beschäftigen. Es sei jedoch sehr kritisch zu hinterfragen, ob das vorgetragene Gesamtbild überwiegend wahrscheinlich vorhanden sei. Fremdanamnestic Angaben wären sehr hilfreich. - Eine IV-Ärztin erklärte am 24. Juni 2019 (IV-act. 156), es würden im Gutachten zwar ausgeprägte Inkonsistenzen beschrieben, doch fehle eine nähere Auseinandersetzung mit der Authentizität des Krankheitsbildes. Als äusserst auffällig imponiere die ausgeprägte Verschlechterung der sprachlichen/kognitiven Funktionen seit der Vorbegutachtung, für die sich weder radiologisch noch neurologisch oder psychiatrisch eine Erklärung finde. Aufgrund der fehlenden Mitwirkung der Versicherten müsste ein neues Gutachten unter Auflagen gemacht werden. - Am 6. August 2019 (IV-act. 157) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit, es habe eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung stattzufinden. In der Mitteilung wurden die Bestimmungen von Art. 28 Abs. 2 (damalige Fassung), Art. 43 Abs. 3 Satz 1 und Art. 45 Abs. 3 ATSG wiedergegeben. Mit Schreiben vom 3. Oktober 2019 (IV-act. 166) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle auf die Mitwirkungspflicht der Versicherten hin.



**A.p.** Am 3. April 2020 (IV-act. 172) erstattete Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das im Zusammenwirken mit Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (IV-act. 173), und unter Einbezug einer neuropsychologischen Beurteilung durch den Klinischen Neuropsychologen Dr. phil. I.\_\_\_\_ (IV-act. 174) erstellte Gutachten (Begutachtungen Dezember 2019 sowie Januar und Februar 2020). Es bestünden diagnostisch ein St. n. linksparietalem ischämischem cerebralem Infarkt 2017, wahrscheinlich embolisch unter insuffizienter Marcoumarisierung, bei intermittierendem VH-Flimmern bei valvulärer Herzkrankheit, mit residualer, gering ausgeprägter motorischer Aphasie, eine leukenzephalopathische Entwicklung und anamnestisch Epilepsie unklarer Ätiologie, anfallsfrei unter Medikation seit 2008 (vgl. IV-act. 172-92). Aus psychiatrischer oder neuropsychologischer Sicht würden sich wegen der eingeschränkten Mitwirkung der Versicherten keine Einschränkungen begründen lassen. Es gälten die Einschränkungen aus neurologischer Sicht. Die bisherige Tätigkeit sei - seit dem Schlaganfall 2017 - zu weit entfernt von einer ideal adaptierten Tätigkeit, so dass dafür keine Arbeitsfähigkeit der Versicherten bestehe. In einer adaptierten Tätigkeit sei ihr seither maximal eine Präsenz von sechs Stunden pro Tag (70 %) möglich und das Rendement sei zusätzlich aufgrund einer Leistungsminderung und eines erhöhten Pausenbedarfs um 20 % eingeschränkt, so dass sich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ergebe (vgl. IV-act. 172-94). - Die IV-Ärztin erachtete die erforderlichen Qualitätskriterien am 5. Mai 2020 (IV-act. 175) als erfüllt und die Aktenlage als vollständig. Auf das Gutachten könne abgestellt werden.

**A.q.** Mit Vorbescheid vom 12. August 2020 (IV-act. 178) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten die Ausrichtung einer Viertelsrente ab 1. April 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 47 % (Valideneinkommen Fr. 46'714.--, Invalideneinkommen Fr. 24'525.--) in Aussicht.

**A.r.** Die Versicherte liess in einem Einwand vom 14. September 2020 (IV-act. 180) durch ihren Rechtsvertreter stattdessen ab April 2016 mindestens eine Dreiviertelsrente, eventualiter eine halbe Rente, und ab April 2017 eine volle (wohl: ganze) Rente, eventualiter mindestens eine Dreiviertelsrente beantragen. Dass unmittelbar nach einem schweren Hirninfarkt bereits eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit vorliegen sollte, sei nicht nachvollziehbar. Die bisherige Tätigkeit der Versicherten sei zudem eine sehr leichte gewesen. Zu den umfangreichen



Bedingungen für eine adaptierte Tätigkeit kämen weitere Faktoren, die den maximalen Leidensabzug rechtfertigten. Das Valideneinkommen betrage Fr. 46'748.--, das Invalideneinkommen sei ausgehend von einem statistischen Betrag von Fr. 44'940.-- für "sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen" im Kompetenzniveau 1 im Jahr 2016 festzulegen, womit sich ein Invaliditätsgrad von 62.5 % ergebe. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Die Versicherte habe bei sämtlichen Begutachtungen im Rahmen ihrer Fähigkeiten mitgewirkt. - Am 24. November 2020 (IV-act. 182) reichte der Rechtsvertreter fünf CPAP-Erfolgsüberwachungsberichte der J.\_\_\_\_ am Kantonsspital St. Gallen aus den Jahren 2016 bis 2020 und ein Mail von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2020 (IV-act. 183) ein, wonach eine Behandlung vom 17. Januar 2017 bis 4. Oktober 2019 stattgefunden habe. Die Versicherte habe "viel mehr" neurologische Ausfälle und bedürfe einer neurokognitiven Behandlung, während eine Psychotherapie nicht möglich sei bzw. nichts nütze. - Die IV-Ärztin legte am 17. Dezember 2020 (IV-act. 186) dar, der Gutachter der Neurologie habe zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seit April 2017 (und insbesondere seit dem Ablauf der Wartezeit im April 2018) nicht explizit Stellung genommen, dieser bleibe somit unklar; ebenso die Berechnung der Arbeitsfähigkeit von 50 %.

**A.s.** Die Gutachter antworteten auf entsprechende Nachfrage (IV-act. 190) hin am 23. Februar 2021 (IV-act. 192 f.), von einer Arbeitsfähigkeit von - rechnerisch korrigiert richtigerweise - rund 60 % könne schon ab April 2018 ausgegangen werden.

**A.t.** Am 18. März 2021 (IV-act. 194) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen eine Abweisung des Rentengesuchs (bei einem Invaliditätsgrad von 37 %; Valideneinkommen 2014 Fr. 46'714.--, Invalideneinkommen Fr. 29'430.--) an. - Der Rechtsvertreter der Versicherten wandte am 7. Mai 2021 (IV-act. 199) ein, es sei dieser ab April 2016 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Rein mathematisch sei von 40 % Arbeitsfähigkeit auszugehen, denn von den sechs Arbeitsstunden pro Tag seien 20 % (von 8.4 Stunden), d.h. 1.68 Stunden, abzuziehen und davon seien 80 % anzunehmen. Der Invaliditätsgrad betrage 68 %.

**A.u.** Mit Verfügung vom 22. Juli 2021 (IV-act. 200) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der Versicherten bei einem (durch Prozentvergleich festgestellten) Invaliditätsgrad von 39.4 % ab.



### B.

**B.a.** Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter für die Betroffene am 14. September 2021 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei ab April 2016 mindestens eine Dreiviertels-, von April 2017 bis Januar 2019 eine ganze und hernach wiederum mindestens eine Dreiviertelsrente zu entrichten. Es stehe ein kardiologischer Eingriff bevor, zu welchem eine Eingabe nachgereicht werde. Der (sc. am Gutachten vom April 2020 beteiligte) Gutachter habe allein aus neurologischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % attestiert, die kardiologischen Einschränkungen seien nicht mitberücksichtigt worden. Es gehe nicht an, die Präsenzzeit als Korrekturinstrument hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu verwenden. Selbst im andern Fall ergäbe sich eine Arbeitsfähigkeit von maximal 56 % (0.8-mal 70 %). Zudem sei das BEGAZ-Gutachten übergegangen worden, wonach die Beschwerdeführerin keinem Arbeitgeber zumutbar sei. In Anbetracht der Diagnosen und der Ansprüche an einen ideal angepassten Arbeitsplatz sei ein Leidensabzug von mindestens 20 % geboten. Die Vergleichseinkommen seien bis zu einer Restdifferenz von 5 % zu parallelisieren. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 60 % (Valideneinkommen Fr. 46'714.--, Invalideneinkommen Fr. 18'700.56). Es sei in Zukunft mit vermehrten Arbeitsabsenzen zu rechnen. Eine Tätigkeit könnte nur unter unrealistischem Entgegenkommen eines Arbeitgebers gefunden werden. Von April 2017 bis Januar 2019 sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsunfähig gewesen und habe Anspruch auf eine ganze Rente.

**B.b.** Am 7./8. Oktober 2021 (act. G 3) reicht der Rechtsvertreter einen Kurzaustrittsbericht vom 10. September 2021 (act. G 3.1) und ein Aufgebot zu einem Schluckultraschall der Klinik für Kardiologie am Kantonsspital St. Gallen auf den 8. Oktober 2021 (act. G 3.2) ein. Die Arbeitsunfähigkeit gemäss der Beschwerde sei damit erneut nachgewiesen.

### C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. November 2021 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Ob die Abklärung mittels



Schluckultraschalls durchgeführt worden sei, sei nicht bekannt, aber für die vorliegende Streitsache auch nicht relevant. Die Covid-Erkrankung der Beschwerdeführerin von Ende August 2021 und die pulmonale Hypertonie hätten sich nach Erlass der angefochtenen Verfügung verwirklicht und hätten ebenso wenig Einfluss, wie sich aus der Stellungnahme der IV-Ärztin vom 24. November 2021 (IV-act. 208) ergebe. Die Herleitung der prozentualen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im jüngsten Gutachten habe nicht mit dem Ergebnis korreliert. Dr. H.\_\_\_\_ habe in der Folge bestätigt, dass die Arbeitsfähigkeit nicht auf 50, sondern auf 60 % zu beziffern sei. Eine Präsenz von sechs Stunden pro Tag entspreche nicht 70, sondern 75 %, und bei einer Reduktion des Rendements um 20 % resultiere eine Leistungsfähigkeit von 60 %. Ein Leidensabzug sei nicht gerechtfertigt. Trotz ausdrücklicher Ermahnung habe die Beschwerdeführerin auch bei der letzten Begutachtung keine zuverlässigen Auskünfte erteilt, weshalb sie die Nachteile der Beweislosigkeit zu tragen habe. Es sei aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass die Beschwerdeführerin an keiner psychischen Erkrankung leide, da die Auffälligkeiten bei der Begutachtung nicht medizinisch zu erklären seien und sich keine belastbaren Hinweise auf eine psychische Störung ergeben hätten. Unter Hinweis auf die ausführliche Begründung von Dr. G.\_\_\_\_ sei festzuhalten, dass keine belastbaren Belege für eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit vorlägen. Das habe die IV-Ärztin schon am 24. Juni 2019 belegt.

### D.

Mit Replik vom 10. Februar 2022 (act. G 9) lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, dass sie ungenügend kooperiert und keine zuverlässigen Auskünfte erteilt habe, sei ein tatsächenswidriger Vorwurf. Sie habe einen Hirninfarkt erlitten und ihr Verhalten sei offensichtlich eine Folge davon, zumal im Nachgang eine Beschwerdeprogression eingetreten sei. Sie habe unter anderem Wortfindungsprobleme, teilweise schwere Beeinträchtigungen des Kurz- und des Langzeitgedächtnisses, könne sich verbal sehr schlecht ausdrücken und ihre generelle soziale Kommunikationsfähigkeit habe massiv gelitten. In ihrer Heimat habe sie mindestens zehn Einheiten logotherapeutischer Behandlung in Anspruch genommen, während hierzulande bis anhin keine zertifizierte Fachperson mit ihrer Sprache habe gefunden werden können. Nach Auskunft von Dr. B.\_\_\_\_ (zur Edition) habe die durchgeführte Heim-Ergotherapie zur Wiedererlangung der Selbständigkeit im Alltag nicht den erwarteten Erfolg gebracht. Am 9. März 2022 finde der nächste Untersuch bei Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie, statt.

### E.

In ihrer Duplik vom 15. März 2022 (act. G 12) legt die Beschwerdegegnerin dar, bei der



neuropsychologischen Untersuchung vom 28. Januar 2020 seien auch Tests mit verdeckter Leichtigkeit durchgeführt worden, also Tests, welche die Beschwerdeführerin jedenfalls mit guten Ergebnissen hätte lösen können müssen. Sie habe aber bei allen Validierungstests auffällige Resultate gezeigt. Damit habe eine negative Antwortverzerrung bzw. Aggravation objektiviert und nachgewiesen werden können. Es hätten sich keine Hinweise auf Beschwerden ergeben, welche die Auffälligkeiten hätten erklären können. Es bestehe auch kein Anhaltspunkt dafür, dass die Gutachter die Auswirkungen des Infarktes übersehen oder unterschätzt haben könnten. Der Neurologe habe gewisse Einschränkungen der Beschwerdeführerin durchaus erkannt. Die gutachterliche Beurteilung stütze sich auf eine Konsensbesprechung.

### Erwägungen

#### 1.

Im Streit liegt die Verfügung vom 22. Juli 2021, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Gesuch der Beschwerdeführerin vom April 2016 abgewiesen hat. Diese beantragt einzig Rentenleistungen. - Streitgegenstand bildet demnach zunächst der allfällige Rentenanspruch. - Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin zuletzt am 16. August 2017 aufgrund des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin abgelehnt. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe.

#### 2.

**2.1.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelrente.

**2.2.** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen



Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). - 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. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Sind Ausschlusskriterien (vgl. auch BGE 131 V 49 E. 1.2 a.E.) von Bedeutung, ohne dass deswegen eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung von vornherein auszuschliessen wäre (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2), sind die entsprechenden Umstände zu bewerten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1).

### 3.

**3.1.** Im vorliegenden IV-Verfahren sind mehrere medizinische Begutachtungen erfolgt. Nach einem polydisziplinären Gutachten vom 2. August 2017 (IV-act. 79) und einem Verlaufsgutachten vom 14. Januar 2019 (IV-act. 141) des BEGAZ, beide in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Kardiologie, Psychiatrie und Neuropsychologie, fand zuletzt eine bidisziplinäre psychiatrische und neurologische Begutachtung unter Einschluss wiederum einer neuropsychologischen Beurteilung statt, über welche das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ vom 3. April 2020 Auskunft gibt (IV-act. 172).



**3.2.** Die drei Gutachten erscheinen insofern vollständig, als sie in Kenntnis der jeweiligen Vorakten ergangen sind, die Beschwerden der Explorandin erfragt wurden und die Befunde in den jeweiligen Disziplinen soweit möglich erhoben wurden.

**3.3.** Vorweg lässt sich insgesamt festhalten, dass aus allgemein-internistischer sowie aus kardiologischer Sicht für die bisherige und für eine adaptierte Tätigkeit quantitativ nicht von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde (kardiologisch betrachtet hingegen - qualitativ - für mittelschwere und schwere Arbeiten). Aufgrund des CPAP-Erfolgsüberwachungsberichts vom 13. Januar 2020 (IV-act. 184-1) ist gemäss der überzeugenden Beurteilung der IV-Ärztin vom 17. Dezember 2020 (IV-act. 186) nicht von einer Verschlechterung auszugehen. Auch aus dem Bericht der Klinik für Kardiologie am Kantonsspital St. Gallen vom 10. September 2021 (act. G 3.1) über den sieben Wochen nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgten Spitalaufenthalt der Beschwerdeführerin (u.a. valvuläre Herzkrankheit, DD: überschätzt bei evt. relevantem Atriumseptumdefekt, aktuell im Vergleich zu den Vorbefunden prominent erscheinender ASD; neu isoliert prä- und postkapilläre pulmonale Hypertonie) lassen sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine wesentlichen Rückschlüsse auf den Sachverhalt im vorliegend relevanten Zeitraum (bis 22. Juli 2021) ziehen (vgl. die Angaben der IV-Ärztin vom 24. November 2021, IV-act. 208; ob daraus eine spätere Verschlechterung hervorgeht, kann hier offen bleiben).

**3.4.** Unter neurologischem Gesichtspunkt lässt sich den Gutachten im Einzelnen des Weiteren Folgendes entnehmen:

**3.4.1.** Bei der ersten Begutachtung war die Untersuchung gemäss dem Gutachten klinisch nur irregulär durchführbar, die Kooperationsfähigkeit der Beschwerdeführerin stark eingeschränkt gewesen, teils durch die Bewegungsunruhe, teils durch die emotionale Instabilität (vgl. IV-act. 79-24). Exploration, Untersuchung und Gespräch hätten sich ausgesprochen schwierig gestaltet (vgl. IV-act. 79-20). Im spontanen Bewegungsverhalten sei keine Hemisymptomatik aufgefallen. Daneben hätten Hinweise auf eine Aphasie bestanden. Das Sprachverständnis scheine im Wesentlichen intakt zu sein. Im Explorationsgespräch habe die Beschwerdeführerin auffallend oft nicht im Fragekontext geantwortet. Ausserhalb des Untersuchungskontextes aber durchwegs kontextbezogen und ausserdem rascher (vgl. IV-act. 79-20). Bildmorphologisch handle es sich (gemäss cerebraler MRT vom 29.04.2017 und Schädel-CT vom 07.06.2017) um einen subakuten Hirninfarkt links parietal (vgl. IV-act. 79-21). Soweit das unter den erschwerten Bedingungen feststellbar gewesen sei, bestünden einerseits dringende Verdachtsmomente für eine motorische Aphasie,



andererseits aber auch Hinweise auf eine funktionelle Überlagerung. Die Aphasie schein mit einem akuten Ereignis anlässlich eines Aufenthalts in der Heimat am 4. April 2017 aufgetreten zu sein (vgl. IV-act. 79-23). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, eine mit der Sprachstörung einhergehende Funktionsstörung der linken Hand und des linken Beins zu haben, allerdings auch, sie - Rechtshänderin - habe seit dem Ereignis vom 4. April 2017 Mühe mit Schreiben (vgl. IV-act. 79-24). Die Abklärungen nach der Rückkehr in die Schweiz hätten einen sub-akuten, nicht mehr frischen Hirninfarkt links gezeigt, der seinerseits im CT vom 7. Juni 2017 eine zunehmende Infarktdemarkation gezeigt habe (vgl. IV-act. 79-24). Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin am 4. April 2017 "wahrscheinlich" einen linkshemisphärischen Hirninfarkt erlitten habe mit wahrscheinlich in diesem Rahmen aufgetretener "aphatischer" Störung (vgl. IV-act. 79-24). Es seien die Ergebnisse der laufenden Schlaganfall-Abklärungen am Kantonsspital St. Gallen abzuwarten (vgl. IV-act. 79-26). Die Beschwerdeführerin sei seit dem Ereignis vom April 2017 generell voll arbeitsunfähig.

**3.4.2.** Anlässlich der Verlaufsbeurteilung wurde festgestellt, Explorationsgespräch und klinische Untersuchung seien noch weitaus schwieriger gewesen als nur schon das letzte Mal; eine strukturierte Exploration sei nicht möglich gewesen. Es hätten keine verwertbaren Angaben eruiert werden können. Wiederum sei aufgefallen, dass der sprachliche Ausdruck bei Fragen ausserhalb des Untersuchungskontexts flüssiger und zusammenhängender, wenn auch immer noch mit Syntaxfehlern und Wortfindungsstörungen, gewesen sei (IV-act. 145-12). Die Kooperation der Beschwerdeführerin sei weitgehend beeinträchtigt gewesen. Die Angaben zur Sensibilität seien inkonstant gewesen. In der motorischen Funktionsprüfung habe sich eine inkonstante Willkürinnervation ohne Seitendominanz gezeigt. Ausserhalb des Untersuchungskontexts sei das Gangbild sicherer gewesen (vgl. IV-act. 145-13). Im spontanen Bewegungsverhalten sei eine motorische Behinderung, insbesondere eine Halbseitensymptomatik nicht ersichtlich geworden (vgl. IV-act. 145-11). Für die präsentierte Zustandsverschlechterung habe kein fassbares Korrelat bestanden, ebenso wenig für den angegebenen Seitenwechsel einer Halbseitensymptomatik. Wenngleich von einem organischen Beschwerdekern auszugehen sei, erkläre dieser das Bild einer praktisch nicht untersuchbaren Beschwerdeführerin nicht (vgl. IV-act. 145-17). Es bestünden qualitative Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit, ansonsten liege rein körperlich - soweit beurteilbar - keine Einschränkung vor (einem Arbeitgeber sei die Beschwerdeführerin nicht zumutbar; vgl. IV-act. 145-17 f.).



**3.4.3.** Über die neurologische Begutachtung vom Februar 2020 wurde gutachterlich berichtet, die sprachliche Kommunikation mit der Übersetzerin sei ohne Probleme erfolgt, die Antwortlatenz sei normal gewesen (vgl. IV-act. 173-6). Es sei von einer residualen leichten motorischen Aphasie auszugehen (vgl. IV-act. 173-9). Das erkläre das Gesamtbild der 2017 und 2019 präsentierten Beschwerden aber nicht überzeugend. Die Selbstlimitation und die erhebliche Tendenz zur Aggravation habe die berufliche Leistungsfähigkeit dominant beeinträchtigt (vgl. IV-act. 173-9). Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung und Befragung habe sich die Beschwerdeführerin jedoch adäquat verhalten. Es sei eine freundliche Gesprächsatmosphäre entstanden und die Beschwerdeführerin habe über sehr weite Strecken normal berichten können. Dreimal sei eine Wortfindungsstörung aufgefallen (vgl. IV-act. 173-9). Die Beschwerdeführerin habe ohne weitere Schwierigkeiten für die einzelnen Abläufe instruiert werden können und habe diese auch korrekt umsetzen können (vgl. IV-act. 173-9). Eine "flüssige Aphasie" mit stark verminderten oder gar aufgehobenem Sprachverständnis liege mit Sicherheit nicht vor (vgl. IV-act. 173-9). Das Verhalten sei geordnet, strukturiert und weitgehend kooperativ gewesen, keinesfalls sei die Orientierung aufgehoben gewesen (vgl. IV-act. 173-9). Dass die Beschwerdeführerin Ort und Datum nicht zu benennen gewusst habe, hänge eher damit zusammen, dass sie innerhalb der Familie eine passive und mit sekundärem Krankheitsgewinn ausgestattete Krankenrolle einnehme (vgl. IV-act. 173-9). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage gewesen, über fast zweieinhalb Stunden hinweg (mit kurzer Pause) auf einfach strukturierte Fragen vernünftige Antworten zu geben; eine Verweigerung der Mitarbeit sei nicht festzustellen gewesen (vgl. IV-act. 173-10). Die Frage der Verständigung sei von überragender Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 173-10). Als Einschränkungen lägen eine residuale, gering ausgeprägte motorische Aphasie und eine vor allem unter erschwerten Bedingungen (bei komplizierten Gangproben) aufgetretene Raumunsicherheit vor (vgl. IV-act. 173-10). Die feinmotorischen Fähigkeiten und über weite Strecken auch die Praxie würden nicht beeinträchtigt zu sein scheinen. Mehrstufige Anweisungen seien ausgeführt worden (vgl. IV-act. 173-10). Eine Einschränkung müsse nur insofern angenommen werden, als die Beschwerdeführerin lediglich einfache, intellektuell nicht herausfordernde und (sc. einander) "gut überlagernde" Tätigkeiten verrichten könne (vgl. IV-act. 173-10). Ausserdem müssten beim Zumutbarkeitsprofil wegen der Epilepsie diverse qualitative Anforderungen berücksichtigt werden (vgl. IV-act. 173-10). Der Gutachter der Neurologie umschrieb die Anforderungen an eine zumutbare Arbeitstätigkeit, wie sie hernach in das bidisziplinäre Ergebnis (vgl. unten E. 3.7.3) einging.



**3.5.** Bei den psychiatrischen Begutachtungen ergab sich im Einzelnen, was folgt.

**3.5.1.** Bei der ersten Begutachtung wurde erwähnt, es seien Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen objektiviert worden; über das effektive Ausmass müsse die neuropsychologische Abklärung Aufschluss geben (vgl. IV-act. 79-38). Es könne von einer vorhandenen Kooperation bei bisherigen Therapien ausgegangen werden, was sich bei den Psychopharmaka-Blutspiegeln (suffizienter Lamotrigin-Spiegel, nachweisbarer Trazodon-Spiegel) zeige (vgl. IV-act. 79-45). Eine Aggravation bestehe nicht (vgl. IV-act. 79-41). Hinweise für Diskrepanzen hätten sich nicht ergeben (vgl. IV-act. 79-46). Bei den Diagnosen einer generalisierten Angststörung und einer mittelgradigen depressiven Episode wurde der Beschwerdeführerin für die bisherige und eine adaptierte Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit mindestens Juni 2016 attestiert (vgl. IV-act. 79-47).

**3.5.2.** Nach der Verlaufsbeurteilung wurde festgehalten, formell sei die Orientierung der Beschwerdeführerin zu sämtlichen Qualitäten nicht oder nur rudimentär gegeben gewesen und hätten massivste Wortfindungsstörungen bestanden (vgl. IV-act. 146-12). Ausserdem habe klinisch eine Affektlabilität bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit imponiert. Es bestehe der Verdacht auf Malingering, wobei das nicht abschliessend beurteilt werden könne (vgl. IV-act. 146-11). Sämtliche Testbogen hätten nicht regulär durchgeführt bzw. ausgewertet werden können (vgl. IV-act. 146-11). Da die Untersuchung nicht verwertbar sei, könne zur Arbeitsfähigkeit keine Aussage gemacht werden (vgl. IV-act. 146-12). Aufgrund der Laboruntersuchung müsse davon ausgegangen werden, dass die Trittico-Medikation zu niedrig dosiert sei oder eine mangelnde diesbezügliche Compliance vorliege. Der Lamotrigin-Spiegel dagegen habe im Referenzbereich gelegen (vgl. IV-act. 146-13).

**3.5.3.** Aufgrund der psychiatrischen Begutachtung vom Dezember 2019 wurde geschlossen, dass die Inkonsistenzen sowie die Tendenz zur Aggravation, zu eingeschränkter Mitwirkung usw. in der psychiatrischen und in der neuropsychologischen Untersuchung so gross gewesen seien, dass keine psychiatrische Diagnose habe gestellt werden können (vgl. IV-act. 172-93, vgl. IV-act. 172-83, vgl. IV-act. 172-86). Im Vergleich zur Verlaufsbeurteilung durch das BEGAZ habe sich die Beschwerdeführerin etwas weniger auffällig verhalten. Sie sei deutlich besser orientiert gewesen und habe zumindest teilweise klarere Angaben gemacht. Die Beschwerdeschilderung sei indessen recht vage und unklar geblieben (vgl. IV-act. 172-81). Bei der neuropsychologischen Abklärung habe sich aber ein sehr eindeutiges Bild ergeben (vgl. IV-act. 172-81). Das Verhalten der Beschwerdeführerin



könne nicht mit einer psychiatrischen Störung erklärt werden. Für eine solche fänden sich keine belastbaren Hinweise (vgl. IV-act. 172-83). Eine Quantifizierung bzw. zuverlässige Abgrenzung zwischen tatsächlichen Einschränkungen und vorgetäuschten Einschränkungen sei nicht möglich (vgl. IV-act. 172-89). Invaliditätsfremde Faktoren (wie tiefes Bildungsniveau, längere Arbeitslosigkeit, mangelnde Integration und mangelnde Sprachkenntnisse, ausserdem ein Krankheitsgewinn im familiären Umfeld) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 172-90). Es habe sehr viele Hinweise auf Aggravation oder Simulation aus verschiedenen Informationsquellen gegeben (vgl. IV-act. 172-88). Gemäss Laborbericht vom 13. Februar 2020 (IV-act. 170) lag der Spiegel von Carbamazepin unter dem therapeutischen Bereich, jener von Lamotrigin im Rahmen; am 10. Dezember 2019 (IV-act. 172-75, IV-act. 172-98) jener von Trazodon knapp unter dem Rahmen, jener von Lamotrigin wiederum darin.

**3.6.** Die neuropsychologischen Abklärungen, auf denen die jeweiligen gutachterlichen Einschätzungen basierten, hatten Folgendes aufgezeigt:

**3.6.1.** Bei der ersten Begutachtung wurde festgehalten, es habe sich ein fast groteskes Bild gezeigt, da die Beschwerdeführerin teilweise selbst einfachste Anforderungen nicht bewältigt habe (selbst bei erforderlichem reinem Nachahmen, ohne Sprache). Sie sei wiederholt gebeten worden, ihr Bestes zu geben. Die meisten Testverfahren hätten aber abgebrochen werden müssen (vgl. IV-act. 79-53 f.). In einem Beschwerdevalidierungstest mit Vorgabe von Antwortmöglichkeiten habe das Resultat im nonverbalen Bereich auf Zufallsniveau, im verbalen Teil erheblich darunter gelegen. Auch in klinischen Verfahren hätten sich zu Werten, die spezifisch für die Beschwerdevalidierung herangezogen würden, grosse Zweifel an der Validität der Befunde ergeben. Teilweise seien die Befunde und die Beobachtung widersprüchlich erschienen, insbesondere auch, was die sprachlichen Fähigkeiten betreffe (vgl. IV-act. 79-59). Aufgrund der eindeutig dokumentierten Hirnschädigungen sei von hirnorganisch bedingten kognitiven Defiziten auszugehen. Der entsprechende Anteil könne jedoch von darüber hinausgehenden Anteilen (psychische Faktoren, aber auch Aggravation bis teilweise bewusstseinsnahe Verfälschung der Testresultate) nicht abgegrenzt werden (vgl. IV-act. 79-59). Betreffend die Arbeitsfähigkeit wurde auf die polydisziplinäre Beurteilung verwiesen (vgl. IV-act. 79-61).

**3.6.2.** Eine formale neuropsychologische Untersuchung anlässlich der Verlaufsbeurteilung war gemäss dem Bericht nur ansatzweise möglich (vgl. IV-act. 142-8). Auf die Frage nach dem Namen habe die Beschwerdeführerin den Vornamen zu buchstabieren begonnen; auf Nachfrage habe sie in korrekter



Formulierung angegeben, sie könne ihren Namen nicht sagen und auch nicht aufschreiben (vgl. IV-act. 142-9). Es sei unklar geblieben, was die Beschwerdeführerin korrekt erfasst habe und was nicht. Ihre sprachlichen Fähigkeiten seien sehr unterschiedlich gewesen hätten von kaum verständlichen, sprachlich unkorrekten und inhaltlich nicht nachvollziehbaren Äusserungen bis hin zu teilweise flüssigen und sprachlich korrekten Sätzen gereicht, Letzteres nur dann, wenn der Fokus nicht auf der Sprache gelegen habe (vgl. IV-act. 142-13). Eine Leistungsbereitschaft sei kaum vorhanden gewesen (vgl. IV-act. 142-13). Es habe sich kein Fokus gezeigt, der funktionell mit der dokumentierten hirnorganischen Schädigung korrespondieren würde, nicht einmal ein Unterschied verbal vs. nonverbal (vgl. IV-act. 142-13). Die Leistungen in einem verbalen und in einem nonverbalen Untertest eines Intelligenztests hätten nicht einmal jenen von dreijährigen Kindern entsprochen (vgl. IV-act. 142-13). Die Werte in Beschwerdevalidierungsaufgaben hätten alle weit unter der Erwartung, bei Vorgabe von Antwortmöglichkeiten sogar teilweise unter dem Zufallsniveau gelegen (vgl. IV-act. 142-13). Hinsichtlich der beobachtbaren Sprachfähigkeit hätten sich grosse Diskrepanzen ergeben (vgl. IV-act. 142-13 f.). Nach wie vor sei plausibel, dass sich die hirnorganische Schädigung auf die neurokognitiven Funktionen auswirke. Diese erkläre das gesamte Erscheinungsbild jedoch nicht. Es komme namentlich eine ungenügende Anstrengungsbereitschaft mit Hinweisen auf eine willentliche Verfälschung der Testleistungen, vorbestehende Faktoren (wie der sozio-kulturelle Hintergrund und die Bildung) sowie Auswirkungen des beeinträchtigten psychischen und körperlichen Befindens hinzu (vgl. IV-act. 142-14). Es bestünden Vorbehalte gegenüber dem präsentierten Verhalten (vgl. IV-act. 142-15). Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit durch hirnorganisch bedingte neurokognitive Defizite beeinträchtigt werde; das Ausmass könne jedoch nicht beziffert werden (vgl. IV-act. 142-15).

**3.6.3.** Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung vom Januar 2020 wurde berichtet, die Beschwerdeführerin habe die Instruktionen verstanden. Nach der Untersuchung habe sie ermüdet gewirkt (vgl. IV-act. 174-3). Es hätten sich verschiedene Auffälligkeiten ergeben, die eindeutig auf suboptimales Leistungsverhalten hinweisen würden (vgl. IV-act. 174-5). In der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Beschwerden ergeben, welche die beschriebenen Auffälligkeiten hätten erklären können (vgl. IV-act. 174-7). Unter Berücksichtigung der diskutierten Befunde erachte der Neuropsychologe die Kriterien für das definitive Vorliegen von suboptimalem Leistungsverhalten als erfüllt. Es liege eine negative Antwortverzerrung bzw. Aggravation vor (vgl. IV-act. 174-7). Das Ausmass von tatsächlich vorliegenden Einschränkungen lasse sich nicht sicher festlegen. Eine



zuverlässige Aussage zur Arbeitsfähigkeit könne nicht gemacht werden. Jedenfalls aber seien keine Befunde objektivierbar und reproduzierbar, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit valide begründen könnten (vgl. IV-act. 174-7).

**3.7.** Interdisziplinär ergaben sich insgesamt die nachstehenden Schlussfolgerungen:

**3.7.1.** Im ersten BEGAZ-Gutachten wurde festgehalten, die medizinische Situation sei zurzeit nicht stabil. Seit dem akuten Ereignis vom 4. April 2017 - in erster Linie war der V.a. einen Status nach akutem linkshemisphärischem Hirninfarkt diagnostiziert worden (vgl. IV-act. 79-62) - bestehe eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Residuen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit könnten noch nicht abgeschätzt werden. Mit den gegenwärtigen ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sei die Beschwerdeführerin keinem Arbeitgeber zumutbar. Zuvor habe seit mindestens Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für (umschriebenen Kriterien entsprechende) adaptierte Tätigkeiten bestanden. Mittelschwere und schwere Arbeiten seien nicht zumutbar (vgl. IV-act. 79-66 f.).

**3.7.2.** Im Verlaufsgutachten wurde nunmehr als dritte Diagnose (nach den beiden kardiologischen Leiden) ein St. n. akutem linkshemisphärischem Hirninfarkt erwähnt (vgl. IV-act. 141-8). In rein körperlicher Hinsicht bestehe, soweit dies allein anhand der beschriebenen Beobachtungen beurteilbar sei, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 141-11). Aus neurologischer Sicht hätten sich seit der Vorbegutachtung keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Mit den ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten sei die Beschwerdeführerin einem potenziellen Arbeitgeber oder einer Arbeitgeberin weiterhin nicht zumutbar, wobei das möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich durch den organischen Beschwerdekern zu erklären sei. Die psychiatrische Untersuchung sei nicht verwertbar gewesen. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin neurokognitiv beeinträchtigt sei, doch könne das Ausmass nicht beziffert werden (vgl. IV-act. 141-11).

**3.7.3.** Gemäss dem Gutachten der Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 3. April 2020 ist insgesamt davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in Folge des Schlaganfalls an einer residualen leichten motorischen Aphasie leide. Diese erkläre das Gesamtbild der sowohl 2017 wie 2019 präsentierten Beschwerden nicht überzeugend. Dominant seien die Selbstlimitation der Beschwerdeführerin und ihre erhebliche Tendenz zur Aggravation, die sie bei der Begutachtung vor allem bei der psychiatrischen und der neuropsychologischen Untersuchung gezeigt habe (vgl. IV-act. 172-92). Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar, eine angepasste



Arbeit aber während einer Präsenzzeit von maximal sechs Stunden pro Tag (70 %) mit zusätzlich einer Reduktion des Rendements von 20 % wegen einer Leistungsminderung und eines erhöhten Pausenbedarfs. Insgesamt bedeute das, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliege (vgl. IV-act. 172-94; vgl. dazu unten E. 4.6).

#### 4.

**4.1.** Wie sich aus der aufgezeigten Aktenlage insgesamt ergibt, wurden bei den Begutachtungen einerseits (zunächst mögliche, dann ausgewiesene) neurologische gesundheitliche Beeinträchtigungen festgestellt, namentlich ein Hirninfarkt vom April 2017 (gemäss cMRI 04/2017 spät subakuter bis beginnend chronischer sektorförmigen, leicht hämorrhagischer subkortikaler Hirninfarkt linkshemisphärisch, vgl. IV-act. 99-1) und ältere Defekte (eine ältere kleinere Ischämiezone im Marklager des Zentrums semiovale links, vgl. IV-act. 99-1) bzw. später im bekannten Infarktareal links parietal eine vorwiegend kortikale Defektzone mit benachbarter Gliose (ohne frische Infarktareale, aber mit geringer Progredienz der mikroangiopathischen Leukenzephalopathie mit vereinzelt neu aufgetretenen, wenige Millimeter grossen Herdläsionen; vgl. Bericht vom 7. September 2018, IV-act. 147-16 f.). - Aus diesem Grund wurde wiederholt das Vorliegen die Arbeitsfähigkeit tangierender neuropsychologischer bzw. kognitiver Defizite als plausibel bezeichnet bzw. es wurde von solchen ausgegangen (vgl. IV-act. 79-61: echter hirnorganischer Anteil; vgl. IV-act. 141-11: hirnorganisch bedingte Defizite; IV-act. 172-93: zerebrale Folgen der Ischämie seien eine residuale geringe motorische Aphasie und eine Raumunsicherheit). - Ob die aus der neurologischen Schädigung fließende Beeinträchtigung unter psychiatrischem oder unter neurologischem Aspekt berücksichtigt wird, ist invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant.

**4.2.** Durchwegs in allen drei Begutachtungen wurden andererseits aber auch grosse Diskrepanzen und Hinweise auf Aggravation festgestellt (vgl. erste Begutachtung, IV-act. 79-59: Aggravation bis teilweise bewusstseinsnahe Verfälschung der Testresultate, teilweise Befunde und Beobachtung widersprüchlich; Verlaufsbeurteilung, IV-act. 146-11: Verdacht auf Malingering nicht abschliessend beurteilbar, IV-act. 142-13 f.: Fähigkeiten sehr unterschiedlich, grosse Diskrepanzen, ungenügende Anstrengungsbereitschaft mit Hinweisen auf eine willentliche Verfälschung der Testleistungen; dritte Begutachtung, IV-act. 174-7: negative Antwortverzerrung bzw. Aggravation). Als in der Beweiswürdigung gewichtiges Element erscheint des Weiteren der Umstand, dass für die bei der Verlaufsbeurteilung präsentierte schwere Zustandsverschlechterung (so dass keine validen Ergebnisse mehr erhoben werden



konnten) oder den angegebenen Seitenwechsel einer Halbseitensymptomatik kein fassbares Korrelat gefunden werden konnte (vgl. IV-act. 145-17).

**4.3.** Angesichts des Zusammenfallens von demnach anzunehmender relevanter Gesundheitsbeeinträchtigung und der Aggravation ist es rechtsprechungsgemäss (vgl. oben E. 2.2) erforderlich, die entsprechenden Umstände zu bewerten und eine Abgrenzung vorzunehmen.

**4.4.** Im ersten Gutachten vom 2. August 2017 wurde neurologisch bedingt wie erwähnt eine generelle volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem akuten Ereignis vom 4. April 2017 angenommen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung basierte indessen noch auf nicht abgeschlossenen neurologischen Abklärungen. Dass die Beschwerdeführerin keinem Arbeitgeber und keiner Arbeitgeberin zugemutet werden könne, hat sich gemäss dem Verlaufsgutachten - das seinerseits das Ausmass der Einschränkung nicht beziffern konnte - als nicht überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingt erwiesen (vgl. IV-act. 141-11). Retrospektiv ist die im ersten Gutachten angenommene generelle Arbeitsunfähigkeit gemäss der diesbezüglich als beweiskräftig zu betrachtenden (Teil-) Begutachtung durch Dr. H. \_\_\_ und dem Konsens gemäss dem Gutachten vom 3. April 2020 einzig auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu beziehen (vgl. IV-act. 173-13 und IV-act. 172-94), während die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit wesentlich höher liegt (vgl. IV-act. 172-94, vgl. dazu auch unten E. 4.6).

**4.5.** Bei der ersten Begutachtung vom Juni/Juli 2017 wurde indessen zudem aufgrund der psychiatrischen Exploration wegen generalisierter Angststörung und depressiver Episode (vgl. IV-act. 79-66) eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50 % retrospektiv seit mindestens Juni 2016 (vgl. IV-act. 79-67) angenommen. - Die folgende psychiatrische Verlaufsexploration war dann nicht mehr verwertbar (vgl. IV-act. 146-12).

**4.5.1.** Dr. G. \_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen (Teil-) Gutachten zur Retrospektive jedoch fest, psychiatrische Einschränkungen der Beschwerdeführerin würden sich auch für die Vergangenheit nicht begründen lassen (vgl. IV-act. 172-86).

**4.5.2.** Zunächst ist zu bedenken, dass es grundsätzlich schwierig ist, eine echtzeitliche gutachterliche medizinische Einschätzung längere Zeit später rückblickend anders zu beurteilen. Dr. G. \_\_\_ hat seine Beurteilung jedoch, auch was diese vorangegangene Zeit betrifft, nachvollziehbar begründet. Er wies - hinsichtlich der vom ersten Gutachter der Psychiatrie gestellten Diagnosen (der generalisierten Angststörung und der



depressiven Episode) - darauf hin, dass wegen der Unmöglichkeit, subjektive psychische Symptome zu objektivieren, eine ausführliche Konsistenzabklärung gefordert werde (vgl. IV-act. 172-78). Dr. G.\_\_\_\_ legte weiter dar, der erste Gutachter der Psychiatrie habe damals valide Befunde angenommen, obwohl die neuropsychologische Einschätzung bereits sehr eindeutig gewesen sei. Bei der Verlaufsbeurteilung habe sich die Beschwerdeführerin so auffällig verhalten, dass der betreffende Psychiater nicht von validen Befunden ausgegangen sei (vgl. IV-act. 172-89 f.). Gemäss dem psychiatrischen (Teil-) Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ lag bei den beiden neuropsychologischen Vorbeurteilungen in etwa dasselbe Verhalten der Beschwerdeführerin (mit sehr auffälligen und nicht validen Befunden) vor wie bei seiner aktuellen. Dieses sei - obwohl damals schon sehr eindeutig - im ersten psychiatrischen Teilgutachten offenbar ignoriert worden (vgl. IV-act. 172-89, vgl. auch IV-act. 172-79). Dass sich der als Erster beurteilende Experte der Psychiatrie nicht ausdrücklich mit den bereits damals sehr auffälligen Ergebnissen der neuropsychologischen Abklärung (teilweise Antworten auf Zufallsniveau) auseinandergesetzt hat, erscheint tatsächlich schwer nachvollziehbar. Er hat sich bei seiner Einschätzung ausserdem namentlich auf den Bericht der Klinik für Psychosomatik, Departement Innere Medizin, am Kantonsspital St. Gallen vom 6. Juli 2016 (IV-act. 49: Verdacht auf vorbestehende Angststörung), somit einer behandelnden Stelle, abgestützt. Aufgrund der psychiatrischen Vorberichte schloss er auf die Arbeitsunfähigkeit von 50 % (spätestens ab Juni 2016). Allerdings hätte nach dem Dargelegten wie erwähnt Anlass bestanden, besonders gut auf eine ausreichende Objektivierung der Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin zu achten, was angesichts der erhobenen Beschwerdevalidierungsergebnisse konkret bei der ersten Beurteilung ungenügend erfolgt ist. Im Rückblick muss angenommen werden, dass die erste psychiatrische Beurteilung, wie Dr. G.\_\_\_\_ ausführt, nicht als valide betrachtet werden kann, weil anzunehmen ist, dass die Beschwerdeangaben namhaft subjektiv waren. Auf die ehemalige Annahme einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen kann somit nicht abgestellt werden.

**4.6.** Bei der jüngsten (bidisziplinären) Beurteilung wurde der Beschwerdeführerin - in Berücksichtigung der Standardindikatoren sowohl der gesundheitlich bedingten Einschränkungen wie der Aggravation - für die bisherige Tätigkeit wie erwähnt eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. In diversen Anpassungskriterien entsprechenden Tätigkeiten hingegen ist die Beschwerdeführerin gemäss dem als stichhaltig zu betrachtenden Gutachten vom 3. April 2020 seit dem Schlaganfall (vom 4. April 2017) zeitlich nur für eine Präsenz von sechs Stunden pro Tag (70 %) arbeitsfähig und das Rendement ist aufgrund einer Leistungsminderung und eines erhöhten Pausenbedarfs



um 20 % eingeschränkt (vgl. IV-act. 172-94). Während im Gutachten aus dieser Kombination geschlossen wurde, insgesamt heisse das, dass in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe (vgl. IV-act. 172-94), wurde auf Nachfrage zum Ausräumen der Diskrepanz zwischen dem rechnerischen Ergebnis der Umschreibung und der Schlussfolgerung gutachterlich ein Rechenfehler eingeräumt (vgl. IV-act. 192 f.). Die Gutachter hielten fest, tatsächlich ergebe sich bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von acht Stunden pro Tag (wie in der vom RAD vorgegebenen Berechnung, wonach sich das Rendement von 80 % richtigerweise auf 75 % zu beziehen habe, weil die sechs Stunden Arbeit pro Tag ins Verhältnis zu einer täglichen Arbeitszeit von acht Stunden zu setzen seien, womit sich aus der Kombination eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % ergäbe, vgl. IV-act. 186-3) eine Restarbeitsfähigkeit von rund 60 % (vgl. IV-act. 192 f.). Die (ursprüngliche) gutachterliche Umrechnung der täglichen Arbeitszeit in Prozente mit einem Faktor 0.7 (71.4 % bzw. rund 70 %) als solche war indessen zutreffend, da mit einer Arbeitszeit von 8.4 Stunden pro Tag gerechnet werden konnte. Damit ergibt sich bei den gutachterlichen Vorgaben und der Korrektur des Rechenfehlers bei der Reduktion wegen des eingeschränkten Rendements eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 56 % (80 % von 0.7; bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 44 %). Es rechtfertigt sich vorliegend nach dem Dargelegten, diese aufgrund der schon ursprünglich gutachterlich geschätzten und definierten beiden Kriterien der medizinisch zumutbaren Leistung (Zeit und Rendement) sowie ausserdem aufgrund einer Tagesarbeitszeit von 8.4 Arbeitsstunden berechnete Arbeitsfähigkeit für überwiegend wahrscheinlich anzunehmen.

**4.7.** Zusammenfassend ergibt sich demnach, dass bei der Beschwerdeführerin gemäss dem beweiskräftigen Gutachten der Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ ab April 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bisherige und eine Arbeitsunfähigkeit von 44 % für eine adaptierte Tätigkeit bestand. Das Gutachten ist gleichermassen in Berücksichtigung der Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin wie der Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Untersuchung ergangen und der angenommene Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Arbeitsunfähigkeit mit dem Hirninfarkt erscheint nach der Aktenlage als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen.

## 5.

**5.1.** Für die Ermittlung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 6.



Oktober 2020, 9C\_316/2020 E. 3.1, und vom 22. August 2019, 9C\_868/2018 E. 3.1, BGE 139 V 28 E. 3.3.2, BGE 129 V 222). Gemäss IK-Auszug (IV-act. 7) hatte die Beschwerdeführerin 2014 Fr. 46'7\_\_.-- erzielt. Seit 2015 betrug ihr Monatslohn Fr. 3'5\_\_.-- (vgl. IV-act. 8-5 und IV-act. 3-4). Pro Jahr ergibt sich damit (bei 13 Monatslöhnen) ein Betrag von Fr. 46'7\_\_.--. Die Anstellung ist der Beschwerdeführerin gekündigt worden. Daher sind für das Valideneinkommen die Tabellenlöhne heranzuziehen. Das statistische Durchschnittseinkommen von Frauen für Arbeiten des Kompetenzniveaus 1 lag 2015 bei Fr. 54'055.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2022, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 278, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik).

**5.2.** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist - wie hier - kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, können die Tabellenlöhne herangezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 22. November 2019, 8C\_590/2019 E. 5.1, und vom 22. Februar 2019, 9C\_479/2018 E. 2.2, BGE 143 V 295 E. 2.2). - Gemäss dem Gutachten der Dres. G.\_\_\_ und H.\_\_\_ sind der Beschwerdeführerin Tätigkeiten ohne Dreischichtdienst, ohne gleichgewichtsherausfordernde Arbeiten und ohne Publikumsverkehr zumutbar, die einfach strukturiert und mit wenig Änderungen und wenig intellektuellem Anspruch in der Ausführung versehen sind und die jeweils - mit der Möglichkeit zur Rücksprache - instruiert werden (vgl. IV-act. 172-94). Damit kann davon ausgegangen werden, dass auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 16 ATSG) ausreichend zugängliche Arbeitsmöglichkeiten für die Beschwerdeführerin bestehen.

**5.3.** Sind für die Bemessung des Valideneinkommens und als Ausgangspunkt für die Festsetzung des zumutbaren Invalideneinkommens gleichermassen die statistischen Tabellenlöhne einzusetzen, so entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Mai 2016, 8C\_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C\_215/2010 E. 5.2).

**5.4.** Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das



Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die Beschwerdeführerin kann lediglich noch Teilzeit an sechs Stunden pro Tag (oder von rund 70 %) leisten. Ein Teilzeitpensum zwischen 50 und 89 % schlug sich (gemäss der Tabelle T18 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, privater und öffentlicher Sektor zusammen) allerdings für Frauen (ohne Kaderfunktion) nicht lohnmindernd nieder (vgl. hierzu Bundesgerichtsurteil vom 8. März 2022, 9C\_487/2021 E. 4.4.3), so dass ein Abzug aus diesem Grund nicht anzubringen ist. Im Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die gesundheitlich bedingten Faktoren (darunter namentlich die motorische Aphasie) mit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit aufgefangen sind. Was die erforderliche Instruktion mit der Möglichkeit einer Rücksprache betrifft (vgl. IV-act. 172-94), rechtfertigt sich deswegen kein Abzug. Im Übrigen stellt eine durch ein psychisches Leiden bedingt erforderliche Rücksichtnahme durch den Vorgesetzten und Arbeitskollegen keinen eigenständigen Abzugsgrund dar (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 10. Januar 2022, 9C\_488/2021 E. 3.2.2, und vom 7. Oktober 2019, 9C\_355/2019 E. 3.2.3). Der Umstand kaum vorhandener Deutschkenntnisse war bereits vorbestehend, so dass angenommen werden kann, mit der Anhebung des Invalideneinkommens sei diesem Faktor bereits ausreichend Rechnung getragen worden. Arbeiten des Kompetenzniveaus 1, von welchen bei der Bemessung des Invalideneinkommens ausserdem lediglich ausgegangen wird, erfordern zudem keine guten Sprachkenntnisse (und auch kein besonderes Bildungsniveau, vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. April 2019, 8C\_687/2018 E. 5.3, vom 10. September 2019, 8C\_314/2019 E. 6.2, vom 29. Mai 2018, 9C\_266/2017 E. 3.4.4, und vom 18. August 2014, 9C\_426/2014 E. 4.2).

**5.5.** Die Erwerbsunfähigkeit der Beschwerdeführerin entspricht somit dem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 44 %.

## **6.**

**6.1.** Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit 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). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens



30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29<sup>ter</sup> IVV). - Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG (Eintritt des Versicherungsfalls jedoch weiterhin in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelt; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C\_655/2015 E. 4; vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. März 2016, IV 2013/572 E. 6.4).

**6.2.** Eine (anhaltende) Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin relevanten Ausmasses ist gemäss dem jüngsten Gutachten vom 3. April 2020 ab April 2017 anzunehmen. Ein Wartejahr ist demnach im April 2018 abgelaufen. Dass keine beruflichen Massnahmen mehr unternommen wurden, lässt sich bei den vorliegenden Gegebenheiten nicht beanstanden. Bei einem Invaliditätsgrad von 44 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente. Angesichts der Anmeldung vom April 2016 steht Art. 29 Abs. 1 IVG einer Auszahlung ab April 2018 nicht im Weg.

## 7.

**7.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2021 teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist ab 1. April 2018 eine Viertelsrente zuzusprechen.

**7.2.** Bei diesem Ausgang des Verfahrens (für die Kostenfolgen als voll zu betrachtendes Obsiegen der Beschwerdeführerin) sind die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRP/SG, sGS 951.1). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

**7.3.** Die Beschwerdeführerin hat demnach gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 22. Juli 2021 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird für die Zeit ab 1. April 2018 eine Viertelsrente zugesprochen.

**2.**

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**3.**

Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet.

**4.**

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich MwSt und Barauslagen) zu bezahlen.