

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/180 vom 20. Oktober 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_180

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/180 du 20 octobre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/180 del 20 ottobre 2021

Regeste

Art. 28 und 29 IVG: Gutachten beweiskräftig, enthält jedoch keine ausdrückliche retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung. Würdigung ärztlicher Berichte und Festsetzung des Beginns der Arbeitsfähigkeit. Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejaht. Befristeter Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und auf eine unbefristete Viertelsrente. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Oktober 2021, IV 2020/180). Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde nicht eingetreten 8C_708/2023, 8C_713/2023.

Volltext

Entscheid vom 20. Oktober 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2020/180 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Silvan Meier Rhein, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Erhöhung / Beginn) Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 26. Januar 2016 für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) an (IV-act. 1). Die ursprünglich gelernte Z.____, welche sich zur Y.____ weitergebildet hatte (vgl. IV-act. 2-2), war in diesem Zeitpunkt noch bei der B.____ AG in einem Pensum von 100 % als Sachbearbeiterin angestellt gewesen, jedoch war seitens der Arbeitgeberin "leistungsbedingt" bereits die Kündigung per ____ ausgesprochen worden (vgl. IV-act. 23-2 ff. und 23-21). Seit dem 15. Juli 2015 war die Versicherte von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, von einer kurzen Phase mit 50%iger Arbeitsfähigkeit abgesehen, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (vgl. IV-act. 23-12 ff.). Vom 22. Oktober bis 20. November 2015 hatte sich die Versicherte für eine stationäre Behandlung in der Klinik D.____ aufgehalten, wo die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Arteriosklerose der hirnzuführenden Gefässe, Petit-Mal-Epilepsie in Vorgeschichte, Migräne, Status nach einer Handoperation 1999, Status nach einer Varizenoperation vor Jahren sowie rezidivierende Harnwegsinfekte gestellt worden waren und bis zum 4. Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war. Im entsprechenden Austrittsbericht war überdies festgehalten worden, dass die Versicherte davon berichtet habe, seit ca. einem Jahr häufig schlaflose Nächte zu haben. Aufgrund der Schlafstörung wäre sie tagsüber müde und hätte eine verminderte Konzentration, was bei der Arbeit zu einer höheren Fehlerquote geführt hätte. Sie wäre zudem vergesslich geworden. Wenn sie einmal eine Arbeit begonnen habe, würde sie vergessen, diese zu Ende zu führen, ohne es zu bemerken. Gleichzeitig hätten die

ihr bekannten Migräneattacken an Frequenz zugenommen. Die Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und erhöhte Fehlerquote hätten dazu geführt, dass auch die Arbeitgeberin auf eine Abklärung bestanden habe. Zudem war im Austrittsbericht angemerkt worden, dass eine Schlafabklärung im KSSG eine Durchschlafstörung mit unbefriedigender Tagesform, wahrscheinlich psychogen, ergeben habe. Eine Schlafapnoe sei ausgeschlossen und eine psychosomatische Rehabilitation empfohlen worden (IV-act. 24 und 54-26 ff.). Zwischen dem 11. Januar und 5. Februar 2016 hatte die Versicherte an einer integrativen tagesklinischen Behandlung in der Tagesklinik E.____ teilgenommen (vgl. IV-act. 37-2, unten, und 37-7 ff.). Eine am 30. März 2016 durchgeführte MRT-Untersuchung des Neurokraniums ergab verglichen mit einer Voruntersuchung vom 9. Juli 2015 eine grössen- und formkonstante Darstellung der bilateralen Signalstörungen in der weissen Substanz, vereinbar mit kleinen narbigen Strukturalterationen weiterhin frontal betont, und eine grössen- und formkonstante Darstellung einer wahrscheinlich eingebluteten Corpus spinalis-Zyste. Es fand sich kein Hinweis auf ein pathologisches Kontrastmittelenhancement und es zeigte sich ein normales und symmetrisches Ventrikelsystem (IV-act. 54-7). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 6. April 2016 hielt der IV-Eingliederungsverantwortliche fest, dass sich die Versicherte bereits 2007 aufgrund einer lange andauernden Arbeitslosigkeit in schlechter psychischer Verfassung befunden habe. Mit dem Antritt der neuen Stelle im Jahr 20__ habe sich die Situation verbessert, jedoch hätten weiterhin Schwankungen bestanden. Gegen Ende des Jahres 20__ habe die Versicherte eine neue Vorgesetzte bekommen. Dadurch habe sich bei der Arbeit viel verändert. Die Versicherte habe sich nicht mehr wohl gefühlt und sei gemobbt worden. Die Situation habe sich immer mehr verschlechtert, sodass es zu Schlafstörungen und Migräneattacken gekommen sei. Im Sommer 2015 sei der Versicherten alles zu viel geworden und es seien erstmals Suizidgedanken aufgetreten, weshalb sie ihren Hausarzt aufgesucht habe. Sodann sei sie für einen stationären Aufenthalt an die Klinik D.____ überwiesen worden. Nach dem stationären Aufenthalt sei sie in der Tagesklinik E.____ behandelt worden. Seit dem Austritt fände die Therapie noch wöchentlich im Ambulatorium der Klinik E.____ statt. Vom Hausarzt sei sie überdies noch im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) zu einer neuropsychologischen Untersuchung angemeldet worden. Sie fühle sich antriebslos, freudlos und lustlos. Der Gesundheitszustand sei sehr schwankend, wobei sie sich etwa zweimal wöchentlich sehr schlecht fühle. Suizidgedanken würden noch immer etwa einmal monatlich auftreten. Sie fühle sich rasch müde, erschöpft und die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt. Seit etwa drei Jahren bestünden auch Kniebeschwerden links und rechts, die zugenommen hätten. Es seien Meniskusrisse und eine Arthrose festgestellt worden. Es werde eine Operation erfolgen (IV-act. 20). Am 25. April 2016 wurden bei den Diagnosen einer Femoropatellaarthrose Knie links und einer degenerativen medialen Meniskusläsion Knie links eine Kniearthroskopie links und eine mediale Teilmeniskektomie links durchgeführt (IV-act. 54-17 ff.). Mit Mitteilung vom 27. April 2016 informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass aufgrund des Gesundheitszustandes aktuell keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Der Anspruch auf eine Rentenleistung werde mit der Einleitung von weiteren Abklärungen im Juni 2016 geprüft werden. Ein Rentenanspruch könne erst nach einem Jahr Wartezeit entstehen (IV-act. 22). Am 17. Juni 2016 fanden bei der Diagnose einer Meniskusläsion am medialen Hinterhorn Knie rechts eine Kniearthroskopie und eine mediale Teilmeniskektomie Knie rechts statt (IV-act. 54-21 ff.). Nach einer telefonischen Besprechung mit der zuständigen Therapeutin der Klinik E.____ im August 2016 (vgl.

IV-act. 26 und 27-2) hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) am 1. September 2016 fest, dass aktuell eine berufliche Wiedereingliederung in einem Pensum von 50 % zu befürworten sei, anfänglich jedoch mit einer Leistungsminderung während der Präsenzzeiten zu rechnen sei. Die Empfehlung der behandelnden Psychotherapeutin, wonach die Eingliederung in einem geschützten Rahmen stattfinden sollte, sei plausibel. Es bestehe die Aussicht, dass innerhalb von sechs bis zwölf Monaten eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % im ersten Arbeitsmarkt erreicht werden könne (IV-act. 27-1). Anlässlich eines Assessmentgesprächs mit der Versicherten vom 23. September 2016 protokollierte der IV-Eingliederungsverantwortliche, dass sich der Zustand nach der letzten Operation gebessert habe, jedoch weiterhin Beschwerden im linken Knie bestünden. Die Schmerzen seien ständig vorhanden und das Knie schwellte oft an. Seit etwa zwei Monaten bestünden wieder Schlafstörungen. Die psychische Verfassung sei weiterhin schwankend und werde auch von der Schmerzsituation beeinflusst. Am Morgen komme die Versicherte teilweise kaum aus dem Bett und müsse sich stark überwinden. Die Konzentrationsfähigkeit sei vermindert. Auch sei sie vergesslicher geworden. Im Spital F. ___ seien keine Termine mehr vorgesehen. Bei Dr. C. ___ fänden monatliche Kontrollen statt und die Versicherte sei weiterhin in der Klinik E. ___ in Behandlung (IV-act. 33). In einer Notiz vom 29. September 2016 hielt der RAD fest, dass er seine versicherungsmedizinische Bewertung anpassen müsse. Die zuständige Therapeutin der Klinik E. ___ habe sich am Tag zuvor mit der zuständigen Psychiaterin sowie Dr. C. ___ zusammengesetzt. Die bereits vom IV-Eingliederungsberater als kritisch eingestufte psychische Instabilität habe sich nun auch in der Behandlung deutlicher gezeigt. Die Therapeutin bitte daher in nachvollziehbarer Weise darum, den Beginn der Eingliederungsmassnahmen zu verschieben. Zunächst sei eine Änderung der Psychopharmaka vorgesehen, gleichzeitig sollte eine Lymphdrainage der Beine stattfinden. Die Klinik E. ___ wolle sich ausserdem mit Dr. C. ___ hinsichtlich der somatischen Behandlung bzw. des Eingliederungspotentials im geschützten Rahmen absprechen. Die Therapeutin hoffe, bis Anfang nächsten Jahres eine entsprechende Stabilisierung erreichen zu können. Falls sich nichts Grundlegendes ändere, rechne der RAD damit, dass Anfang 2017 ein Eingliederungsversuch im geschützten Rahmen mit einer Präsenzzeit von 50 % befürwortet werden könne (IV-act. 34). In einem Bericht vom 3. Januar 2017 nannten die Behandler der Klinik E. ___ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige depressive Episode (IV-act. 37-2). Weiter hielten sie fest, bei der Versicherten bestünden eine Selbstwertproblematik, eine teilweise Verbitterung, eine körperliche Dekonditionierung, eine verringerte emotionale Belastbarkeit, eine eingeschränkte Selbstbehauptungsfähigkeit und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei einer depressiven Residualsymptomatik. Die bisherige Tätigkeit sei ihr im Rahmen eines Wiedereinstiegs mit ansteigendem Pensum zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit anfänglich reduziert sei. In wohlwollender Arbeitsumgebung sei die volle Leistungsfähigkeit bald wieder erreichbar (IV-act. 37-4). Aus psychiatrischer Sicht wäre eine behinderungsangepasste Tätigkeit ab Januar 2017 im Umfang von rund vier Stunden pro Tag möglich, ab ca. Februar 2017 wäre eine Tätigkeit in einem Pensum von 50 % denkbar (IV-act. 37-5). Am 31. Januar 2017 gelangte die Versicherte mit einer E-Mail an die IV-Stelle. Sie erklärte, dass eine grössere Zahnsanierung geplant sei, die in etwa bis Ende März 2017 dauern werde. Anschliessend würde sie gerne mit dem zuständigen Psychologen und der IV-Stelle zusammensitzen, um ihre Möglichkeiten für einen beruflichen Wiedereinstieg zu evaluieren. Sie bat um einen Termin für Anfang April 2017

(IV-act. 39). Anlässlich einer Besprechung vom 3. März 2017 verblieben der IV-Eingliederungsverantwortliche und die Versicherte dahingehend, dass die Arbeitsfähigkeit mit der Klinik E.____ abzustimmen sei. Sobald eine Teilarbeitsfähigkeit vorliege, solle sich die Versicherte beim regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) anmelden und erneut Kontakt zum Eingliederungsverantwortlichen aufnehmen (IV-act. 55-2). In einer E-Mail vom 14. Juni 2017 informierte eine Personalberaterin des RAV die IV-Stelle darüber, dass die Versicherte an diesem Tag zum Erstgespräch erschienen sei und ein gemeinsames Gespräch auch mit dem Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle in die Wege geleitet werden sollte (IV-act. 42). Aufgrund im Verlauf des Frühlings aufgetretener Schwindelbeschwerden und Sehstörungen (vgl. dazu IV-act. 55-3) wurde die Versicherte am 3. Juli 2017 auf Zuweisung von Dr. C.____ bei Dr. med. G.____, Neurologie FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, Schlafmedizin, vorstellig. Dieser nannte im entsprechenden Untersuchungsbericht als Diagnose "klinisch zumindest mittelschwere kognitive Defizite und beginnende funikuläre Myelose bei Vitamin B12-Mangel". Weiter hielt er fest, dass eine intensive Vitamin B12-Substitution eingeleitet worden sei, eine Wiedervorstellung in ca. drei Monaten geplant sei und wahrscheinlich eine Überweisung ans KSSG für eine neuropsychologische Abklärung erfolgen werde (IV-act. 54-6). Am ____ Juli 2017 fand eine Besprechung auf dem RAV statt, anlässlich welcher der IV-Eingliederungsverantwortliche protokollierte, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Frühling 2017 verschlechtert habe. Die Therapie des festgestellten Vitamin B12-Mangels werde drei Monate dauern. Anschliessend seien weitere neurologische Untersuchungen geplant. Bis dahin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 %. In diesem Rahmen suche die Versicherte aktuell nach Arbeitsstellen (IV-act. 55-3; zur Arbeitsfähigkeit vgl. IV-act. 46 f.). Am 15. Juli 2017 unterzeichnete die Versicherte einen Eingliederungsplan der IV-Stelle zur Arbeitsvermittlung (IV-act. 48). Mit Mitteilung vom 18. Juli 2017 gewährte die IV-Stelle Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche durch die Eingliederungsberatung (IV-act. 49). Eine MRT-Kontrolluntersuchung des Neurokraniums vom 17. August 2017 ergab gegenüber der Voruntersuchung vom März 2016 stationäre unspezifische Marklagergliosen frontoparietal beidseits ohne neue Läsionen (IV-act. 54-11). Am 28. August 2017 berichtete Dr. G.____, dass die Versicherte anlässlich der Vorstellung vom 3. Juli 2017 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, eine ausgeprägte Müdigkeit, eine schnelle Erschöpfung, eine mässig ausgeprägte Gangstörung sowie erhebliche Nacken- und Rückenschmerzen beklagt habe. Bei beginnender funikulärer Myelose und einer wahrscheinlich vitaminbedingten Zunahme der kognitiven Defizite sei eine intensive Substitutionstherapie mit Vitamin B12 eingeleitet worden. Am 14. August 2017 habe sich die Versicherte erneut vorgestellt, da es tendenziell zu einer Verschlechterung ihrer Befindlichkeit mit einer Zunahme der Gedächtnisstörungen, Missempfindungen in den Extremitäten und der Nacken- und Rückenschmerzen gekommen sei. Es sei eine MRT-Kontrolluntersuchung des Schädels durchgeführt worden, welche bezüglich der zerebralen gliotischen Läsionen (am ehesten mikroangiopathischer Genese) im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom 30. März 2016 und 9. Juli 2015 unveränderte Befunde gezeigt habe. Im Rahmen ausgedehnter elektroneurographischer Untersuchungen seien in Bezug auf die Extremitäten keine Auffälligkeiten festgestellt worden. Eine MRT-Untersuchung der LWS habe Diskushernien auf der Höhe LWK4/5 und LWK5/SWK1 mit L5-Neuroforamina-Einengung rechts und S1-Neuroforamina-Einengung beidseits zum Vorschein gebracht. Eine HWS-MRT-Untersuchung habe Diskushernien auf der Höhe HWK5/6 und HWK6/7 zur Darstellung gebracht. Die Versicherte habe berichtet,

die antidepressive Therapie aufgrund fehlender Wirksamkeit abgesetzt zu haben, wobei es zu erheblichen Stimmungsschwankungen gekommen sei. Am 17. August 2017 habe die Versicherte im HAMD21 einen Punktwert von 24 erreicht, was für eine mittelschwere Depression spreche. Bei der aktuellen Ausprägung der depressiven Symptomatik sei die Durchführung einer neuropsychologischen Untersuchung zur Erfassung der kognitiven Ausfälle wenig ergiebig. Eine engmaschige psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung sei zwingend erforderlich (IV-act. 65-6 ff.). Anlässlich einer Besprechung auf dem RAV vom .__ September 2017 hielt der IV-Eingliederungsverantwortliche fest, dass sich die gesundheitliche Situation der Versicherten weiter verschlechtert habe, zumal Bandscheibenvorfälle festgestellt worden seien. Aktuell bestehe seit September 2017 wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit, weshalb die Eingliederungsbemühungen abgeschlossen würden (vgl. IV-act. 55-3 f.). Auf eine entsprechende Anfrage der IV-Stelle, bei wem sie in psychiatrischer Behandlung stehe (vgl. IV-act. 70; zur entsprechenden Empfehlung des RAD vgl. IV-act. 67-2), teilte die Versicherte in einer Mail vom 4. Dezember 2017 mit, dass sie, solange sie Krankentaggelder erhalten habe, bei der Klinik E.__ in Behandlung gewesen sei. Nachher habe die Krankenversicherung wegen Prämienausständen ihre Arztrechnungen nicht mehr bezahlen wollen. Aus diesem Grund und weil es sich bei der Klinik E.__ um eine Privatklinik handle, habe man beabsichtigt, sie an die Klinik H.__ zu überweisen, sobald die Probleme mit der Krankenversicherung behoben seien. Die Sperrung durch die Krankenversicherung sei erst kürzlich aufgehoben worden. Eine Anmeldung bei einem Psychiater sei nun geplant (vgl. IV-act. 71). In einem Bericht vom 7. Dezember 2017 teilten die Behandler der Klinik E.__ mit, dass die letzte ärztliche Konsultation am 6. Juni 2017 stattgefunden habe. Da die Krankentaggeldversicherung ihre Leistungen per Ende Juli 2017 eingestellt habe, seien bei der Versicherten Ängste aufgekommen, sich beim RAV anzumelden. In der Folge hätten die soziale und die psychotherapeutische Betreuung überdacht werden müssen, wobei am 6. Juni 2017 der Behandlungsabschluss an der Klinik E.__ und die Überweisung ans Ambulatorium in H.__ beschlossen worden seien. Die Situation habe sich blockiert gezeigt und therapeutische Fortschritte seien unter den gegebenen Umständen kaum möglich gewesen. Eine sozialpsychiatrische Betreuung sei notwendig geworden (IV-act. 73-2 f.). In einem Bericht der Psychiatrie I.__ vom 23. Mai 2018 hielten die Behandelnden fest, dass sie die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht auf ca. 50-60 % schätzten. Zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeit empfahlen sie Abklärungsmassnahmen bzw. eine Eingliederung im geschützten Rahmen (IV-act. 84). Nach einer entsprechenden Kontaktaufnahme der IV-Eingliederungsverantwortlichen teilte die Versicherte dieser in einer Mail vom 27. Juli 2018 mit, dass aus ihrer Sicht die Vereinbarung eines Besprechungstermins aktuell nicht sinnvoll sei (vgl. IV-act. 93). Am 20. Dezember 2018 berichtete Dr. C.__ davon, dass die Versicherte an mittelschweren kognitiven Störungen sowie an Depressionen leide und zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. IV-act. 99-1 ff.). Er reichte der IV-Stelle neben anderen medizinischen Unterlagen (vgl. IV-act. 99) einen Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG über einen tagesklinischen Aufenthalt in der Memory Clinic vom .__ Juli 2018 sowie dessen Nachbesprechung vom .__ Juli 2018 ein, in dem als Diagnose mittelschwere kognitive Störungen sowie als Differentialdiagnose eine Lewy-Körper-Demenz oder kognitive Störungen im Rahmen einer Depression festgehalten worden waren (vgl. IV-act. 99-19 ff.; zur Untersuchung vgl. auch IV-act. 113). Weiter legte Dr. C.__ eine seinerseits verfasste Rückfrage an die Klinik (vgl. IV-act. 99-17) sowie deren Stellungnahme vom .__ Oktober bzw. .__ November 2018

bei, in welcher das Vorliegen einer Demenz verneint und die kognitiven Störungen am ehesten im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung interpretiert worden waren (vgl. IV-act. 99-15 f.). In einer ebenfalls beigelegten weiteren Stellungnahme vom 10. November 2018 hatte Dr. C. ___ gewisse Zweifel daran geäußert, dass die kognitiven Einschränkungen wirklich psychiatrischer Natur seien, und festgehalten, sie stellten jedenfalls das Leitsymptom dar und die Versicherte sei unabhängig von deren Ursache seit 2015 nicht mehr arbeitsfähig (vgl. IV-act. 99-14). Mit Mitteilung vom 16. Januar 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um weitere berufliche Massnahmen ab, da solche aufgrund des Gesundheitszustandes aktuell nicht möglich seien (IV-act. 106). In einem Schreiben vom 17. Januar 2019 berichtete Dr. C. ___, dass bei der Versicherten unbestrittenermassen eine deutliche kognitive Beeinträchtigung bestehe, die aktuell zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit führe. Einigkeit bestehe mit dem psychiatrischen Behandler auch darin, dass ein vierwöchiger stationärer Aufenthalt sinnvoll wäre. Während der behandelnde Psychiater die Versicherte aber in einer psychiatrischen Abteilung untersuchen lassen möchte, sei er der Ansicht, dass sie in einer neurologisch ausgerichteten Abteilung untersucht werden sollte. Er gehe davon aus, dass den Beschwerden der Versicherten keine psychische Erkrankung zu Grunde liege, sondern es sich um eine neurologische Erkrankung handle, z.B. um eine funikuläre Myelose oder ein Frontalhirn-Syndrom mit sekundär auftretenden depressiven Verstimmungen. Die bisherigen antidepressiven Therapien hätten denn auch keine Verbesserung gebracht (vgl. IV-act 108). Gleichentags informierte die Versicherte die IV-Stelle darüber, dass die antidepressive Medikation mangels Wirksamkeit eingestellt worden sei (vgl. IV-act. 109). In einem Bericht vom 15. Februar 2019 nannten die Behandler der Psychiatrie I. ___ als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, sowie den Verdacht auf eine Persönlichkeitsveränderung. Die Frage der Arbeitsfähigkeit konnten sie nicht beantworten. Schliesslich hielten sie fest, dass das Behandlungsangebot und die Therapie von der Versicherten nicht weiter gewünscht würden. Die Medikation habe die Versicherte Ende Dezember 2018 abgesetzt. Eine versicherungsmedizinische Begutachtung erscheine sinnvoll (vgl. IV-act. 116). Am 29. April 2019 reichte Dr. C. ___ einen Untersuchungsbericht zu einer kontrastmittelunterstützten MRA der Halsarterien vom 15. März 2019 ein (vgl. IV-act. 126). Am 24. September 2019 erstattete das Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres (allgemeinmedizinisches, psychiatrisches, orthopädisches, neurologisches und neuropsychologisches) Gutachten (vgl. IV-act. 146 ff.). In ihrer Konsensbeurteilung nannten die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kognitive Funktionsstörung (Verdacht auf mikroangiopathisch bedingte Enzephalopathie; Leistungsminderung bei Schlafstörung unklarer Ätiologie; IV-act. 146-9). Sodann kamen sie zum Schluss, dass der Versicherten ab Juli 2018 in der angestammten sowie in einer vergleichbaren anderen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit von 30 % attestiert werden müsse (vgl. IV-act. 146-12 ff.). Am 8. Januar 2020 brachte die Versicherte gegenüber der IV-Stelle zum Ausdruck, mit dem Gutachten nicht einverstanden zu sein. Sie wies darauf hin, dass sie am 24. Januar 2015 einen Unfall mit einer Hirnerschütterung erlitten habe und ihr Arzt davon ausgehe, dass alle ihre Beschwerden auf diesen Unfall zurückzuführen seien. Die entsprechende Unfallmeldung vom ___ Februar 2015 reichte die Versicherte gleichentags ein (vgl. IV-act. 158). In einem Bericht vom 14. Januar 2020 schilderte Dr. C. ___, dass die Versicherte sich bei ihm im Juli 2015 erstmals auf Drängen der damaligen Arbeitgeberin vorgestellt habe, da sich ihre Arbeitsleistung und ihr Auftreten

zwei bis drei Monate zuvor deutlich verändert hätten. Die Symptome seien mit einem Frontalhirn-Syndrom vereinbar gewesen. Zur weiteren Abklärung sei eine MRT-Untersuchung durchgeführt worden. Da eine Ursache zum damaligen Zeitpunkt nicht zu eruieren gewesen sei, sei der neurologische Befund nicht ernst genommen und die Versicherte auf die psychische Schiene gelenkt worden. Zwar habe sie in der Zeit nach ihrer Kündigung an einer depressiven Verstimmung, im häuslichen Bereich jedoch vor allem unter den kognitiven Störungen gelitten. Nun habe sich die Versicherte an ihren Unfall erinnert. Ein Schädel-Hirn-Traumata könne verschiedene Veränderungen hervorrufen (vgl. IV-act. 160). Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ausrichtung einer Viertelsrente ab dem 1. Juli 2019 in Aussicht (IV-act. 164). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte am 26. Februar 2020 einen Einwand (vgl. IV-act. 177). Am 24. April 2020 reichte die Versicherte Berichte von Dr. G. ___ ein (vgl. IV-act. 183 ff.). Der RAD kam in seiner Beurteilung vom 20. Mai 2020 zum Schluss, dass mit den erhobenen Einwänden und eingereichten Unterlagen keine neuen Befunde oder Erkenntnisse, welche die Einschätzung der funktionellen Einschränkungen betreffen würden, vorgelegt worden seien (vgl. IV-act. 193). Mit Verfügung vom 29. Juni 2020 wurde der Versicherten ab dem 1. Juli 2019 eine Viertelsrente zugesprochen (IV-act. 207 i.V.m. 197 f.). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt S. Meier Rhein, Procap St. Gallen-Appenzell, am 31. August 2020 Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 29. Juni 2020 sei aufzuheben und ihr sei eine höhere Invalidenrente mit Beginn ab 1. August 2016 auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Sistierung des Verfahrens bis zum Abschluss der Abklärungen durch die SWICA-Unfallversicherung (vgl. act. G 1 S. 2). Weiter beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsverteidigung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 1 S. 2 und G 5 f.). Mit Schreiben vom 28. September 2020 legte die Beschwerdegegnerin dar, weshalb aus ihrer Sicht eine Verfahrenssistierung nicht angezeigt sei (vgl. act. G 4). Am 6. Oktober 2020 entsprach der verfahrensleitende Richter dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 7). Mit gleichentags verfasstem Schreiben sah er von einer Verfahrenssistierung einstweilen ab mit dem Hinweis, aufgrund der zu erwartenden Verfahrensdauer könne ohnehin davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Sistierung Gelegenheit haben werde, die Abklärungsergebnisse der Unfallversicherung nachzureichen (vgl. act. G 8). In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 10). In ihrer Replik vom 19. April 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest (act. G 16). Zusammen mit ihrer Beschwerde reichte sie ein im Auftrag der SWICA-Unfallversicherung von der SMAB AG St. Gallen am 29. Januar 2021 erstelltes Gutachten (act. G 16.2 f.) sowie weitere Unterlagen ein (vgl. act. G 16.1 und 16.4 ff.). In ihrer Duplik vom 5. Mai 2021 hielt die Beschwerdegegnerin am in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest (act. G 18) und gab eine RAD-Stellungnahme vom 29. April 2021 zu den Akten (act. G 18.1), die in der Folge der Beschwerdeführerin zur allfälligen

Stellungnahme zugestellt wurde (vgl. act. G 19). Mit Schreiben vom 21. Juli 2021 reichte die Beschwerdegegnerin eine ergänzende Stellungnahme der SMAB AG vom 21. Juni 2021 sowie die Verfügung der SWICA-Unfallversicherung vom 6. Juli 2021, mit welcher diese eine Leistungspflicht für die aktuell von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden mangels Kausalzusammenhangs abgelehnt hatte, ein (vgl. act. G 20 und 20.1). Die Eingaben wurden der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht (act. G 21). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist die Höhe sowie der Beginn des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 352 E. 3a). Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der

Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen und 138 V 221 f. E. 6 mit Hinweisen). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen). Zunächst ist zu prüfen, ob der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin gestützt auf die Aktenlage überwiegend wahrscheinlich feststeht. Die Beschwerdegegnerin beruft sich in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf das von ihr eingeholte BEGAZ-Gutachten (vgl. act. G 10). Demgegenüber ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der BEGAZ-Sachverständigen mit Blick auf ihr gesamtes gesundheitliches Beschwerdebild nicht nachvollziehbar sei. Ihr werde im Gutachten infolge der neuropsychologischen Beeinträchtigung eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für optimal angepasste Tätigkeiten attestiert. Die vorab bestehende Unkonzentriertheit und Vergesslichkeit sowie die fehlende Fähigkeit, in mehreren Bereichen gleichzeitig zu arbeiten, bildeten jedoch nur einen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Aspekt. Zu wenig gewichtet werde, dass sie zusätzlich unter Schlafproblemen und Kopfschmerzen leide, weshalb sie tagsüber reduziert sei. Hinzu kämen ein cervicales Syndrom sowie cervicogene und lumbospondylogene Beschwerden, die ihre Möglichkeiten, mit den neuropsychologischen Einschränkungen umzugehen, zusätzlich einschränkten. Das gutachterlich festgelegte Zumutbarkeitsprofil und die attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % trügen der Gesamtproblematik nicht genügend Rechnung (vgl. act. G 1 S. 4 f.). In ihrem interdisziplinären Konsens haben die BEGAZ-Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kognitive Funktionsstörung bei Verdacht auf mikroangiopathisch bedingte Enzephalopathie und Leistungsminderung bei Schlafstörung unklarer Ätiologie genannt (IV-act. 146-9). Dass die Tagesmüdigkeit eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, haben die Sachverständigen somit ausdrücklich anerkannt und auch bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Dies ergibt sich auch aus der von ihnen angeführten Begründung der Arbeitsfähigkeit. Sie haben unter anderem festgehalten, dass unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Evaluation infolge der Tagesmüdigkeit und der kognitiven Funktionseinschränkung von einer 50%igen Leistungseinschränkung in der angestammten sowie in einer vergleichbaren anderen Tätigkeit auszugehen sei (IV-act. 146-14). In einer angepassten Tätigkeit könne aus neuropsychologischer Sicht eine leichte bis mittelgradige Einschränkung attestiert werden. Es sei von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 146-14 f.). Auch den von der Beschwerdeführerin angesprochenen cervicogenen und lumbospondylogenen Beschwerden haben die Sachverständigen im Rahmen der BEGAZ-Begutachtung Beachtung geschenkt. Sie haben diesen jedoch in nachvollziehbarer Weise keine eigenständige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (vgl. IV-act. 146-10). Die Sachverständigen haben ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sodann unter Berücksichtigung des von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorgegebenen, Indikatoren geleiteten Beweisverfahrens abgegeben, wobei auch den Ressourcen und Belastungsfaktoren der Beschwerdeführerin Beachtung geschenkt worden ist.

Anhaltspunkte dafür, dass die orthopädischen Probleme bzw. die Schmerzproblematik oder sonstige wesentlichen Aspekte im Rahmen der Begutachtung unberücksichtigt geblieben wären, liegen nicht vor. Vielmehr erscheint das Gutachten als umfassend. Es trägt den von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden ausreichend Rechnung. Auch beruht das Gutachten auf eigenständigen Abklärungen (vgl. IV-act. 146 ff.). Sodann leuchtet die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, wonach (spätestens) ab Juli 2018 in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige und in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (vgl. IV-act. 146-12 ff.), angesichts der dargelegten medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation ein, zumal sie auch mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen der SMAB AG übereinstimmt (vgl. act. G 16.2). Folglich kann darauf abgestellt werden. Dass die Sachverständigen den Zeitpunkt für den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Juli 2018 gelegt haben, leuchtet ein. Denn im Juli 2018 sind die kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin erstmals durch eine neuropsychologische Testung objektiviert worden (vgl. IV-act. 99-19 ff. und 113). Für die Zeit vor Juli 2018 enthält das BEGAZ-Gutachten jedoch keine explizite, konsensuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Aus der Sicht einzelner Fachdisziplinen sind gewisse Verläufe festgehalten worden. Aus orthopädischer Sicht sind beispielsweise temporäre Arbeitsunfähigkeiten von sechs bis acht Wochen nach den jeweiligen operativen Arthroskopien attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht ist festgehalten worden, es sei anzunehmen, dass in der Vergangenheit zwar teilweise Arbeitsunfähigkeiten vorhanden gewesen seien, spätestens ab Mai 2018 jedoch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Schliesslich haben die Sachverständigen ausgeführt, dass anamnestisch Hinweise für kognitive Ursachen der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit vorlägen. Das konkrete Ausmass der kognitiv bedingten Einschränkung müsse massgeblich unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Abklärung beurteilt werden. Aus rein somatisch-neurologischen Gesichtspunkten bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 146-13). Daraus ist zu schliessen, dass die Gutachter, die der Beschwerdeführerin ab Juli 2018 die 30%ige Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten im Wesentlichen gestützt auf die neuropsychologischen Einschränkungen attestiert haben, nicht in der Lage gewesen sind, die Ursache der kognitiven Defizite und damit auch deren Beginn exakt zu eruieren. Über die genauen Ursachen der neuropsychologischen Einschränkungen sind sich auch die behandelnden Ärzte nicht im Klaren (vgl. dazu insbesondere IV-act. 99-15 ff.). Im neuropsychologischen Fachgutachten der SMAB AG ist ebenfalls festgehalten worden, dass aus neuropsychologischer Sicht keine Angaben über die Ursächlichkeit der kognitiven Störungen gemacht werden könnten (vgl. act. G 16.3-14). Retrospektiv könne aufgrund der neuropsychologischen Vorbefunde vom .__ Juli 2018 und .__ September 2019 davon ausgegangen werden, dass es seither zu keiner Veränderung gekommen sei. Angaben zum Zeitraum vor der ersten neuropsychologischen Untersuchung könnten aus neuropsychologischer Sicht nicht gemacht werden (vgl. act. G 16.3-15, unten). Ob die kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit bereits vor Juli 2018 vorhanden gewesen sind, lässt sich also nicht mit Sicherheit sagen. Unbestritten ist allerdings, dass bereits vor Juli 2018 teilweise Arbeitsunfähigkeiten bestanden haben (vgl. dazu das BEGAZ-Gutachten IV-act. 146-13). Wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt (vgl. act. G 1 S. 5 f.), ist die Invalidenversicherung eine finale Versicherung. Die exakten Ursachen einer Arbeitsunfähigkeit sind für den Rentenanspruch grundsätzlich nicht relevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. August 2020, 8C_207/2020, E. 5.2.2 mit Hinweisen; BGE 127 V

299 E. 5a). Die Unklarheiten darüber, ob die Einschränkungen der Beschwerdeführerin zunächst auf einer psychischen, namentlich einer depressiven Symptomatik beruht haben oder ob schon seit Beginn der geltend gemachten Beeinträchtigungen die neuropsychologischen Probleme, psychischen oder somatischen Ursprungs, im Vordergrund gestanden haben, stehen einem Rentenanspruch somit grundsätzlich nicht entgegen. In medizinischer Hinsicht entscheidend für den Beginn des Rentenanspruchs ist, ab welchem Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorgelegen hat und wie lange diese andauert hat (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG). Die Beschwerdeführerin ist von Dr. C. ___ zwischen dem 15. und 25. Juli 2015 zu 100 % (IV-act. 23-12), vom 27. Juli bis 31. August 2015 zu 50 % (IV-act. 23-13 f.) und ab dem 1. September 2015 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (vgl. IV-act. 23-16 ff.). Zwischen dem 22. Oktober und 20. November 2015 hat sich die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik D. ___ aufgehalten (IV-act. 24), weshalb für diesen Zeitraum naturgemäss von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Die Behandelnden der Klinik D. ___ haben zwischen dem 22. Oktober und 4. Dezember 2015 auch explizit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. IV-act. 24-5). Zwischen dem 11. Januar und 5. Februar 2016 hat die Beschwerdeführerin in tagesklinischer Behandlung der Klinik E. ___ gestanden (vgl. IV-act. 37-2) und dort anschliessend eine ambulante Therapie weitergeführt, wobei ihr weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist (vgl. IV-act. 37-4). Am 25. April und 17. Juni 2016 hat sich die Beschwerdeführerin zwei Kniearthroskopien unterziehen müssen (vgl. IV-act. 54-17 ff. und 54-21 ff.), die gemäss Einschätzung des orthopädischen BEGAZ-Gutachters jeweils sechs- bis achtwöchige Phasen von Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen haben (vgl. IV-act. 146-13). Noch im September 2016 hat die psychologische Behandlerin der Klinik E. ___ eine Arbeitsfähigkeit erst im geschützten Rahmen in einem Pensum von 50 % für möglich gehalten (vgl. IV-act. 27-1 und 31), wobei sie diese Einschätzung in Absprache mit der zuständigen Psychiaterin und Dr. C. ___ noch im selben Monat revidiert hat. Eine Eingliederung ist aufgrund der psychischen und somatischen Gesamtsituation noch für verführt erachtet worden (vgl. IV-act. 32). Der RAD hat diese Einschätzung in einer Stellungnahme vom 29. September 2016 geteilt und damit gerechnet, dass anfangs des Jahres 2017 ein Eingliederungsversuch im geschützten Rahmen mit einer Präsenzzeit von 50 % gestartet werden könne (vgl. IV-act. 32-1). In einem Bericht vom 3. Januar 2017 haben die Behandler der Klinik E. ___ die bis zu diesem Zeitpunkt bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (vgl. IV-act. 37-4), ab Januar 2017 aber eine leidensangepasste Tätigkeit für rund vier Stunden täglich und ab ca. Februar 2017 in einem Pensum von 50 % für möglich gehalten. Von einem geschützten Rahmen haben sie nicht mehr gesprochen (vgl. IV-act- 37-5) und als Diagnose einen Status nach einer rezidivierenden depressiven Störung angegeben (vgl. IV-act. 37-2). Folglich ist anzunehmen, dass mindestens bis Dezember 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, ab anfangs des Jahres 2017 aber zumindest aus psychiatrischer Sicht wieder eine Teilarbeitsfähigkeit vorgelegen hat. Für die Zeit zwischen Januar 2017 und Juli 2018 ergibt sich aufgrund der Aktenlage kein eindeutiges Bild bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Einerseits existiert die soeben erwähnte Einschätzung der Behandelnden der Klinik E. ___, wonach ab Januar bzw. Februar 2017 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin ist denn auch im Juni 2017 zu einem Erstgespräch im RAV erschienen (vgl. IV-act. 42) und die psychiatrische Behandlung ist im Juni 2017 komplett eingestellt worden (vgl. IV-act. 73-2 f.), wobei die Gründe hierfür nicht ganz klar sind (vgl. dazu

IV-act. 71 und 73-2 f.). Andererseits scheint die Beschwerdeführerin subjektiv bereits im Frühling 2017 wieder eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bemerkt zu haben, wobei es nach ihren Angaben neu zu Schwindelanfällen und Sehstörungen gekommen ist (vgl. IV-act. 55-3). Im Juli 2017 ist ein Vitamin B12-Mangel festgestellt worden, der nach Einschätzung von Dr. G.____ durchaus auch für eine Verschlechterung der kognitiven Situation verantwortlich gewesen sein könnte. Er hat unter anderem die Diagnose einer funikulären Myelose in den Raum gestellt (vgl. IV-act. 54-6 und 65-6 f.). Durch die Vitaminsubstitution scheint es dann allerdings zu keiner wesentlichen Verbesserung gekommen zu sein. Im Gegenteil hat die Beschwerdeführerin anlässlich einer Vorstellung bei Dr. G.____ vom 14. August 2017 eine Verschlechterung bemerkt (vgl. IV-act. 65-6 f.), wobei die anschliessend durchgeführte MRT-Untersuchung des Neurokraniums vom 17. August 2017 stationäre Marklagergliosen gezeigt hat (vgl. IV-act. 54-11 und 65-7). Dr. G.____ ist im August 2017 wiederum von einer depressiven Symptomatik ausgegangen. Aus diesem Grund hat er eine neuropsychologische Abklärung zu diesem Zeitpunkt nicht als zielführend erachtet (vgl. IV-act. 65-7). Ab Januar 2018 hat die Beschwerdeführerin daher erneut eine psychiatrische bzw. psychologische Behandlung aufgenommen. Die Behandler haben ihr ab dann aus psychiatrischer Sicht eine 50-60%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert. Zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeit haben sie Abklärungsmassnahmen im geschützten Rahmen empfohlen (vgl. IV-act. 84). Im Mai 2018 ist die psychiatrische Behandlung bereits wieder abgebrochen worden (vgl. IV-act. 116-4, unten), weshalb die BEGAZ-Gutachter davon ausgehen, dass spätestens ab diesem Zeitpunkt wieder eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden habe (vgl. IV-act. 146-13). Dies ist denkbar, geht aber aus den Akten nicht schlüssig hervor, zumal sich die Ärzte über die psychische Komponente der neuropsychologischen Störungen gerade nicht einig sind (vgl. dazu namentlich IV-act. 99-14 ff., 108, 126, 160 und 183 ff.). Wie bereits erwähnt, scheint auch den BEGAZ-Gutachtern die Ursache der neuropsychologischen Einschränkungen, für die sie ab Juli 2018 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert haben, nicht eindeutig klar zu sein, weshalb sie sich eben nicht explizit zur Arbeitsfähigkeit vor Juli 2018 geäussert haben (vgl. IV-act. 146-12 ff.). Da die Beschwerdeführerin die Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeitsprobleme aktenkundig bereits im Juli 2015 beklagt hatte (vgl. IV-act. 54-26 ff. und 160), sodass bereits anfangs 2016 eine neuropsychologische Abklärung angedacht, aber wegen fehlender Kostengutsprache durch die Krankenversicherung infolge von Prämienausständen nicht durchgeführt worden war (vgl. IV-act. 19-1, 20-2 und 30-1), und insbesondere, weil Dr. G.____ bereits im Juli 2017 kognitive Störungen festgestellt hat (vgl. IV-act. 54-6 und 65-6 ff.), ist es als überwiegend wahrscheinlich einzustufen, dass die erstmals im Juli 2018 im Rahmen einer neuropsychologischen Abklärung festgestellten kognitiven Einschränkungen (vgl. IV-act. 99-19 ff. und 113) im Januar 2017 bereits vorhanden gewesen sind. Daher rechtfertigt es sich, die von den Gutachtern attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten bereits ab Januar 2017 anzunehmen (vgl. IV-act. 146-15). Ob darüber hinaus im Zeitraum von Januar 2017 bis Juli 2018 (z.B. wegen des Vitamin B12-Mangels) noch eine höhere Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat, dürfte sich retrospektiv nicht mehr schlüssig feststellen lassen, wie auch die Begutachtung bei der BEGAZ gezeigt hat (vgl. IV-act. 146 ff.), weshalb von weiteren diesbezüglichen Abklärungen abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 236 ff. E. 5.3 und 5.5 mit weiteren Hinweisen). Ob im Zeitraum zwischen Januar 2017 und Juli 2018 noch eine höhere als die 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, bleibt somit beweislos. Die Folgen der

Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. E. 2.3). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ab dem 15. Juli 2015 (abgesehen von einem kurzen, nicht wesentlichen Unterbruch mit 50%iger Arbeitsunfähigkeit zwischen Ende Juli und August 2015; vgl. IV-act. 23-13 f.) bis 31. Dezember 2016 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und ab Januar 2017 von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen ist. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin den von der Beschwerdegegnerin auf den 1. Juli 2019 festgesetzten Beginn des Rentenanspruchs zu Recht kritisiert (vgl. act. G 1 S. 5 f.). Die IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin ist bei der Beschwerdegegnerin nämlich bereits am 26. Januar 2016 eingegangen (vgl. IV-act. 1). Der frühestmögliche Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 IVG fällt somit auf den 1. Juli 2016. Da das Wartejahr i.S.v. Art. 28 Abs. 1 IVG nach obigen Feststellungen (vgl. E. 3.8) am 15. Juli 2015 seinen Lauf genommen und am 15. Juli 2016 verstrichen ist, steht es einem Rentenbeginn am 1. Juli 2016 nicht entgegen (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG). Der Rentenbeginn ist demnach auf den 1. Juli 2016 festzusetzen. In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit von 70 % in leidensangepassten Tätigkeiten noch sozialpraktisch verwerten kann. Sie macht in ihrer Replik nämlich geltend, bei allen ihren Einschränkungen und den damit vorprogrammierten Fehlleistungen könne nicht davon ausgegangen werden, dass ihre Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt noch nachgefragt werde (vgl. act. G 16 S. 3 f.). Die Zumutbarkeit der Ausschöpfung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu bestimmen. Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes gemäss Art. 16 ATSG ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt (BGE 134 V 70 f. E. 4.2.1). Er umschliesst einerseits ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot von Stellen und der Nachfrage nach solchen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 3. Dezember 2003, I 349/01, mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers gerechnet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2 mit Hinweis auf Urteil vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Von einer Arbeitsgelegenheit kann allerdings nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E 3.3 mit weiteren Hinweisen). Gemäss dem von den BEGAZ-Sachverständigen definierten Zumutbarkeitsprofil ist ein kaufmännisches Anforderungsprofil im Back-Office zu empfehlen mit Arbeitsabläufen, die nach vorgegebenem Muster exakt, aber ohne verstärkten äusseren Zeitdruck abgearbeitet und kontrolliert werden können. Wo erforderlich, könnten Hilfsmittel eingesetzt werden (z.B. Checklisten, schriftlich festgehaltene Aufträge und To-do-Listen), die konsequent angewendet werden sollten. Komplexere figural-räumliche Anforderungen, bei denen die Defizite der

Beschwerdeführerin hinderlich wären, sind gemäss den BEGAZ-Sachverständigen bei kaufmännischen Tätigkeiten nicht zu erwarten (vgl. IV-act. 146-14). Weshalb eine solche Tätigkeit auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der sogar Stellen mit sozialem Entgegenkommen des Arbeitgebers umfasst (vgl. E. 4.2), nicht auffindbar sein sollte, legt die Beschwerdeführerin nicht dar. Es ist anzunehmen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt gerade im kaufmännischen Bereich eine Vielzahl verschiedener Stellen mit unterschiedlichen Arbeitsabläufen und Anforderungen bereithält. Folglich erscheint die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit jedenfalls nicht als ausgeschlossen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Gutachten der SMAB AG, wonach Tätigkeiten zumutbar sind, welche keine hohen Anforderungen an die verbale Lern- und Gedächtnisleistung für Einzelinformationen, an die Aktivierungsbereitschaft (Reaktionsgeschwindigkeit), an die fokussierte Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit), an die geteilte Aufmerksamkeit, an die verbale Ideenproduktion, an die visuelle Explorationsfähigkeit bzw. visuell-räumliche Aufmerksamkeitsausrichtung, an die Handlungsplanung und an die Belastbarkeit stellen (act. G 16.2-43). Trotz dieser als beachtlich imponierenden Einschränkungen kann die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten der SMAB AG nämlich neue sprachliche Informationen mit Kontext (Geschichten, Texte mit Zusammenhang) aufnehmen und längerfristig behalten. Auch figurale Informationen könnten aufgenommen und längerfristig behalten werden. Weiter heisst es im Gutachten, die Beschwerdeführerin könne mehrere Informationen temporär speichern, aktiv halten und damit manipulieren. Auch könne die Beschwerdeführerin auf Gegebenheiten reagieren, sei jedoch in den Reaktionen verlangsamt. Sie könne sich zwar auf eine Aufgabe oder Tätigkeit konzentrieren, die Fehlerkontrolle sei unauffällig, jedoch benötige sie aufgrund der Konzentrationsschwierigkeiten mehr Zeit. Sie könne Ideen generieren, verbale Impulse unterdrücken und auch flexibel von einer Aufgabe zur anderen wechseln und Aufgaben lösen, welche Anforderungen an das logische Denken stellten (vgl. act. G 16.2-10). Die Beschwerdeführerin verfügt somit auch nach der Einschätzung der SMAB-Sachverständigen über beträchtliche Ressourcen. Weshalb deren Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgeschlossen sein sollte, ist nicht ersichtlich. Ausgehend von der ermittelten Arbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1). Entscheidend für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 129 V 222). Massgebend ist somit das Jahr 2016 (vgl. E. 3.9). Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Ermittlung des Valideneinkommens auf das von der Beschwerdeführerin im Jahr 2014 gemäss Auszug aus dem individuellen Konto der Sozialversicherungsanstalt (SVA) erzielte Einkommen gestützt und dieses der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2016 angepasst (vgl. IV-act. 163 und 7-1). Das so ermittelte Valideneinkommen von Fr. 67'590.-- ist nicht zu beanstanden (vgl. IV-act. 163-1 und 197-1). Für das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf den statistischen Jahresverdienst der im Kompetenzniveau 1 tätigen Frauen gemäss der schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2016 abgestellt und diesen der 70%igen Arbeitsfähigkeit angepasst (vgl.

IV-act. 163-1 und 197-1), was nicht zu beanstanden ist. Das gewählte Kompetenzniveau ist passend, da die Beschwerdeführerin nur in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erreichen kann (vgl. IV-act. 146-12 ff.). Ausgehend von der Tabelle TA1 der LSE 2016 ergibt sich auf der Basis eines Arbeitspensums von 100 % und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden ein Jahresgehalt von gerundet Fr. 54'581.-- (Fr. 4'363.-- x 12 = Fr. 52'356.--; Fr. 52'365.-- / 40 x 41.7 = gerundet Fr. 54'581.--). Angepasst an die 70%ige Arbeitsfähigkeit, wie sie ab Januar 2017 anzunehmen ist (vgl. E. 3.8), resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von gerundet Fr. 38'207.--. Weshalb die Beschwerdegegnerin auf ein um wenige Franken abweichendes Invalideneinkommen von Fr. 38'203.-- gekommen ist (vgl. IV-act. 163-1 und 197-1), erschliesst sich dem Gericht nicht. Gründe, die im konkreten Fall einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden, sind vorliegend entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht ersichtlich und werden von ihr auch nicht dargelegt. Der Hinweis auf allgemein gehaltene Studien ohne Bezugnahme zum konkreten Fall vermag nichts Gegenteiliges aufzuzeigen (vgl. act. G 16 S. 4 f.). Der etwas verlangsamten Arbeitsweise der Beschwerdeführerin ist bereits im Rahmen der attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit Rechnung getragen worden (vgl. IV-act. 146-14). Dem Umstand, dass sie in einer angepassten Tätigkeit arbeiten muss, um eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zu erreichen (vgl. IV-act. 146-12 ff.), ist überdies durch das Heranziehen des LSE-Tabellenlohns für Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 Beachtung geschenkt worden. Demnach ist für die Zeit ab Januar 2017 von einem Invalideneinkommen von Fr. 38'207.-- auszugehen. Für die Zeit zwischen dem 15. Juli 2015 und 31. Dezember 2016 ist das Invalideneinkommen auf Fr. 0.-- festzusetzen, da in diesem Zeitraum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen ist (vgl. E. 3.8). Bei einer Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt sich für den Zeitraum zwischen dem 15. Juli 2015 und dem 31. Dezember 2016 eine Erwerbseinbusse von Fr. 67'590.-- und ein Invaliditätsgrad von 100 %. Ab Januar 2017 beträgt die Erwerbseinbusse Fr. 29'383.-- (Fr. 67'590.-- minus Fr. 38'207.--), sodass ein Invaliditätsgrad von gerundet 43 % (Fr. 29'383.-- x 100 / Fr. 67'590.--) resultiert. Folglich hat die Beschwerdeführerin von Juli bis Dezember 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab Januar 2017 noch auf eine Viertelsrente (bzgl. Arbeitsunfähigkeiten und Zeitpunkt Rentenbeginn vgl. E. 3.8 f.), wobei die ganze Rente aufgrund der Übergangsfrist von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) noch bis zum 31. März 2017 auszubezahlen ist. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist und die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Juli 2016 bis 31. März 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab dem 1. April 2017 noch auf eine Viertelsrente hat. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerdeführerin mit ihrem Begehren bezüglich Rentenbeginn vollständig durchgedrungen ist und ihrem Begehren um Ausrichtung einer höheren Invalidenrente mindestens für einen begrenzten Zeitraum entsprochen wird, während sie mit ihrem Antrag um generelle Erhöhung der Rente unterlegen ist (zu den Anträgen vgl. act. G 1 S. 2; bzgl. Rentenbeginn vgl. auch act. G 1 S. 6), rechtfertigt sich eine hälftige Aufteilung der Gerichtskosten, wobei die Beschwerdeführerin aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege von der

Bezahlung ihres Anteils in der Höhe von Fr. 300.-- zu befreien ist. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Im hier zu beurteilenden Fall erschiene bei vollem Obsiegen eine mittlere pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entsprechend dem Ausmass des Obsiegens ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin somit mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Die Differenz zur Parteientschädigung, die bei vollem Obsiegen geschuldet wäre, bezahlt der Staat zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung, jedoch ist der Differenzbetrag (Fr. 2'000.--) um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und der Beschwerdeführerin rückwirkend für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis 31. März 2017 eine ganze Invalidenrente und für die Zeit ab 1. April 2017 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden den Parteien hälftig auferlegt, wobei die Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung befreit wird. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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