

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/51 vom 17. Oktober 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-10-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2022\\_51](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_51)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/51 du 17 octobre 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/51 del 17 ottobre 2022

## Regeste

Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a IVG. Beweiskraft des Administrativgutachtens bejaht. Die nachgereichten medizinischen Unterlagen vermögen keine ernsthaften Zweifel am Gutachten zu erwecken. Ist der medizinische Sachverhalt eindeutig, kann in Ausnahmefällen auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Oktober 2022, IV 2022/51).

## Volltext

Entscheid vom 17. Oktober 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Corinne Schambeck (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; a.o. Gerichtsschreiber Marco Schmid Geschäftsnr. IV 2022/51 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 22. Juni 2020 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Sie gab dabei an, sie leide seit Januar 2020 an wiederkehrenden Depressionen, Schlafstörungen und habe Schwierigkeiten, allein zu sein. Sie verfüge über keine Ausbildung und sei schon immer als Hausfrau tätig gewesen (act. G 5.1/1). Mit Mitteilung vom 1. Juli 2020 eröffnete die IV-Stelle der Versicherten, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien, da sie nach eigenen Angaben ausschliesslich als Hausfrau tätig sei (act. G 5.1/8). Im ärztlichen Bericht vom 26. August 2020 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2). Aufgrund ihrer Erkrankung sei der Versicherten seit ca. 10 Jahren keine Erwerbstätigkeit mehr möglich (act. G 5.1/12). Am 12. Januar 2021 reichte die Versicherte den teilweise ausgefüllten Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt bei der IV-Stelle ein. Sie machte geltend, aufgrund von Schwindelanfällen und psychischer Belastung sei sie im Haushalt schwer eingeschränkt. Schwindelanfälle träten insbesondere auf, wenn sie sich bücken oder in die Höhe schauen müsse. Einzig Kochen und Bügeln sei ihr ohne Hilfe möglich. Bei allen übrigen Tätigkeiten im Haushalt sei sie auf die Unterstützung ihres Ehemanns angewiesen (act. G 5.1/23). Die IV-Stelle forderte die Versicherte mit Schreiben vom 15. Januar 2021 auf, die fehlenden Abschnitte des Fragebogens zu ergänzen (act. G 5.1/24). Die Versicherte reichte die ergänzten Unterlagen am 22. Januar 2021 der IV-Stelle ein. Erläuternd brachte sie insbesondere vor, ihr Mann sei Scheren- und Messerschleifer. Sie begleite ihn jeweils, um nicht allein zu Hause bleiben zu müssen (act. G 5.1/26). Der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ gab im Arztbericht vom 11. Februar 2021 an, die Versicherte leide an einer Dyselektrolytämie bei profuser Emesis, Neuritis vestibularis links, einem erstmaligen tonischen epileptischen Anfall am 3. Juli 2020,

gastroösophagealer Refluxkrankheit sowie an einer mittelgradigen depressiven Störung mit Verdacht auf eine Angststörung. Im Haushalt sei sie nicht wesentlich eingeschränkt (act. G 5.1/31-9). Dr. B.\_\_\_\_ beschrieb die Versicherte als leichtgradig depressiv herabgestimmt. Sie sei affektiv gut auslenkbar und schwingungsfähig. Seit 9. August 2019 bestehe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1). Ihr sei 4-5 Stunden pro Tag eine Tätigkeit zumutbar (Arztbericht vom 11. März 2021; act. G 5.1/34-4 f.). Die IV-Stelle gab zur Klärung der medizinischen Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein polydisziplinäres Gutachten beim Begutachtungszentrum Basel-Land (BEGAZ), Binningen, in Auftrag (allgemeininternistisches Gutachten, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; psychiatrisches Gutachten, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; neurologisches Gutachten, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie; Schreiben vom 21. April und 17. Mai 2021, act. G 5.1/36 und 42). Die Gutachter stellten bei der Versicherten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen erstmaligen unprovokierten tonischen epileptischen Anfall unklarer Ätiologie (ICD-10: G40.6), eine leichte Gangataxie mit Unsicherheit im Blindstrichgang (ICD-10: R26.0) sowie eine depressive Störung leichtgradigen Ausmasses (ICD-10: F32.0); als Differentialdiagnose wurde eine dysthyme Störung diagnostiziert (ICD-10: F34.1). Im Konsens wurde festgehalten, es liege eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vor. Aufgrund der Gangtaxie mit Unsicherheiten im Blindstrichgang und des epileptischen Anfalls seien jedoch Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten mit erhöhter Verletzungs- und Absturzgefahr sowie an gefährlichen Maschinen zu vermeiden. Ansonsten seien jedoch körperliche, administrative und organisatorische Arbeiten in einer adaptierten Tätigkeit ganztags möglich. Haushaltstätigkeiten könnten ebenfalls vollumfänglich verrichtet werden (Gutachten vom 19. September 2021; act. G 5.1/58-8 ff.). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) nahm am 8. Oktober 2021 Stellung zum Gutachten. Er hielt fest, das Gutachten des BEGAZ entspreche im Wesentlichen den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien und könne für die Beurteilung des Sachverhalts herangezogen werden. Die vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei aus seiner Sicht plausibel und nachvollziehbar (act. G 5.1/62). Mit Vorbescheid vom 20. Oktober 2021 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Sie führte aus, dass die Versicherte auch ohne gesundheitliche Einschränkungen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würde und sich vollumfänglich dem Aufgabenbereich Haushalt widmen würde. Gestützt auf das Gutachten bestehe bei adaptierter Tätigkeit (keine Arbeit auf Leitern oder Gerüsten sowie an gefährlichen Maschinen) im Haushaltsbereich keine Einschränkung (act. G 5.1/65). Die Versicherte erhob am 5. November 2021 Einwand gegen den Vorbescheid vom 20. Oktober 2021. Sie reichte ein Attest ihres behandelnden Psychiaters Dr. B.\_\_\_\_ ein, welcher ihr im Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (act. G 5.1/68). Dr. C.\_\_\_\_ reichte am 25. November 2021 einen Bericht ein, in welchem er eine Dyselektrolytämie bei profunder Emesis sowie eine Neuritis vestibularis links diagnostizierte. Die Beschwerden seien eine rezidivierende Übelkeit sowie persistierender Schwindel, wodurch eine deutlich reduzierte Leistungsfähigkeit bestehe. Initial sei es wiederholt zu Hospitalisationen gekommen. Der Gesundheitszustand habe sich jedoch mittlerweile einigermaßen stabilisiert (act. G 5.1/70). Dr. B.\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 3. Dezember 2021 fest, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Aufgrund von Panikattacken (ICD 10: F41.0) und einer schwergradig chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung (ICD 10: F33.2) sei

sie schwerstgradig eingeschränkt. Jegliche Arbeit sei der Versicherten unmöglich, da sie bereits bei einfachen Haushaltsarbeiten unterstützt werden müsse (act. G 5.1/73). Der RAD nahm am 15. Februar 2022 Stellung zu den eingereichten Akten. Er hielt fest, durch die eingereichten Arztberichte seien keine neuen medizinischen Sachverhalte oder Diagnosen vorgebracht worden, welche nicht bereits im Gutachten erwähnt bzw. diskutiert worden seien, weshalb an der Beurteilung im polydisziplinären Gutachten festgehalten werden könne (act. G 5.1/90). Mit Verfügung vom 11. März 2022 lehnte die IV-Stelle das Gesuch um Invalidenrente ab. Zur Begründung verwies die IV-Stelle auf die Stellungnahme des RAD. Es würden keine neuen medizinischen Sachverhalte vorgebracht, welche nicht bereits im Gutachten erwähnt bzw. diskutiert worden seien. In der Haushaltsführung bestünden lediglich qualitative Einschränkungen, welche sich nur sporadisch auf die Alltagstätigkeit auswirken würden (z.B. beim Fenster putzen). Im Haushalt resultiere deshalb keine wesentliche anrechenbare Einschränkung und somit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (act. G 5.1/91). Am 29. März 2022 legte die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. März 2022 ein. Sie beantragt sinngemäss, die Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine IV-Rente zuzusprechen. Sie bemängelt, dass die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) davon ausgehe, dass bei ihr keine Einschränkungen im Haushaltsbereich vorliegen würden. Dies sei jedoch gar nie erstellt worden, da keine Haushaltsabklärung durchgeführt worden sei. Die Tätigkeit im Haushalt sei falsch beurteilt worden. Aufgrund von Schwindelanfällen, welche mit der diagnostizierten Epilepsie in Verbindung stünden, sei es ihr nicht möglich, den Haushalt selbständig zu führen. Ausserdem werde vorgebracht, dass sie die medizinischen Therapiemassnahmen nicht ausschöpfe. Aufgrund ihrer früheren Betäubungsmittelabhängigkeit sei ihr jedoch die Einnahme von Antidepressiva aufgrund des Rückfallrisikos nicht zumutbar, was eine Therapie verunmögliche (act. G 1). Die IV-Stelle hiess das Gesuch um Akteneinsicht vom 30. März 2022 (act. G 5.1/95) gut und stellte der Beschwerdeführerin die Akten in elektronischer Form mit Schreiben vom 12. April 2022 zu (act. G 5.1/99). Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Sie verwies auf die Akten, gemäss welchen erstellt sei, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt tätig sei und auch ohne gesundheitlichen Einschränkungen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Das polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung. Auch auf die abweichenden Einschätzungen durch die behandelnden Ärzte sei im Gutachten eingegangen worden. Die im Einwandverfahren nachgereichten Unterlagen des behandelnden Psychiaters Dr. B. \_\_\_ vermöchten keine Zweifel an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Einschätzung zu erwecken. Dem Gutachten komme deshalb voller Beweiswert zu. Es sei zutreffend, dass keine Abklärung bei der Beschwerdeführerin Zuhause durchgeführt worden sei. Aus dem Gutachten gehe jedoch klar hervor, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit im Haushalt nur geringfügig eingeschränkt sei. Ein Rentenanspruch könne deshalb auch ohne Haushaltsabklärung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden (act. G 5). Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2022 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 0 % verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 11. März 2022. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Demnach sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar, da die angefochtene Verfügung einen noch unter Geltung des alten Rechts entstandenen Rentenanspruch zum Gegenstand hat (vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101). 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 IVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad unter 40 % besteht kein Anspruch auf eine Rente. Gemäss Art. 28a IVG erfolgt die Invaliditätsbemessung nach drei verschiedenen Methoden, nämlich nach der allgemeinen Methode des reinen Einkommensvergleichs für erwerbstätige versicherte Personen (Art. 16 ATSG), nach der spezifischen Methode (dem reinen Betätigungsvergleich) für nicht erwerbstätige Personen und nach der gemischten Methode für versicherte Personen, die zum Teil erwerbstätig und zum Teil im Aufgabenbereich tätig sind. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der medizinischen Fachpersonen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines medizinischen Berichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). 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. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Es ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif erstellt ist. Die Beschwerdeführerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten, gemäss welchem keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bzw. im Haushalt besteht. Hingegen macht die Beschwerdeführerin geltend, dass sie aufgrund ihrer Schwindelanfälle nicht in der Lage sei, den Haushalt zu erledigen. Vorweg ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1). Ebenfalls ist bei der Würdigung der medizinischen Aktenlage der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt für Hausärzte wie auch für spezialärztliche behandelnde Medizinalpersonen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2021, 8C\_164/2021, E. 3.2.1). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2 und vom 25. August 2021, 8C\_277/2021., E. 3). Im Einzelnen hielt der Facharzt für allgemeine Medizin fest, die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie leide seit dem epileptischen Anfall im Juni (richtig: Juli) 2020 unter Schwindel. Die Ursachen für den epileptischen Anfall seien bis jetzt unklar. Der Sachverständige leitete aus der Untersuchung keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ab (vgl. act. G 5.1/59-10). Gegenüber dem psychiatrischen Fachgutachter erklärte die Beschwerdeführerin, sie habe sich eigentlich wegen psychischen Probleme bei der IV gemeldet. Sie habe insbesondere Mühe mit dem Alleinsein. Tageweise fehle ihr die Kraft und Energie etwas zu tun, dann gehe es ihr wieder besser. Manchmal sei sie nicht in der Lage, Freude zu empfinden, aber auch dies gehe wieder vorüber. Sie leide zudem unter Schlafstörungen und könne deshalb nicht richtig durchschlafen. Deswegen habe sie auch Rückenprobleme (act. G 5.1/60-3 f.). An Befunden hielt der Gutachter unter anderem fest, die Explorandin habe während der Begutachtung bewusstseinsklar und allseits orientiert gewirkt, es hätten sich im Gespräch keine Hinweise auf kognitive Schwierigkeiten finden lassen (act. G 5.1/60-8). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin seit dem Tod ihres ersten Ehemannes unter affektiv wechselnden Zuständen leide. Es könne lediglich eine leichtgradig depressive Störung festgestellt werden. Eine dauerhafte gedrückte Stimmung bzw. eine dauerhafte Beeinträchtigung der Freude oder ausgesprochener Interessensverlust bestehe nicht, weshalb eine schwergradige

depressive Störung, wie sie durch Dr. B.\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei (vgl. act. G 5.1/12), ausgeschlossen werden könne. Die Schwindelgefühle seien zudem teilweise durch den psychischen Zustand im Rahmen einer Somatisierungstendenz überlagert (act. G 5.1/60-9 f.). Der psychiatrische Gutachter kam unter Berücksichtigung der Standardindikatoren zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Hausfrau vollumfänglich verrichten könne. Auch in einer Erwerbstätigkeit lasse sich keine relevante Leistungseinschränkung begründen. Eine klar strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck sei ihr möglich. Der Gutachter der Neurologie legte dar, die Beschwerdeführerin habe am 4. Juli (richtig: 3. Juli) 2020 einen epileptischen Anfall angegeben. Seit dem Anfall leide sie an einem Trümmelgefühl, welches dauerhaft vorhanden sei; es nehme zu, wenn sie sich zu schnell mit dem Kopf nach oben oder unten bewege. Sie habe deshalb Mühe beim Treppenauf- oder abgehen. Die Fenster könne sie ebenfalls nicht mehr reinigen. Der Gutachter hielt fest, dass keine Anzeichen für einen pathologischen Nystagmus vorlägen. Er diagnostizierte eine leichte Gangataxie mit Unsicherheit im Blindstrichgang sowie einen erstmalig unprovokierten epileptischen Anfall unklarer Ätiologie am 4. Juli (richtig: 3. Juli) 2020. Seit diesem Anfall seien keine weiteren epileptischen Anfälle mehr verzeichnet worden. Aufgrund der Gangataxie und des epileptischen Anfalls seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten bzw. Arbeiten mit Absturzgefahr und an gefährlichen Maschinen zu vermeiden. Sonstige körperliche, administrative und organisatorische Tätigkeiten seien jedoch ganztags möglich (act. G 5.1/61-21). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das BEGAZ-Gutachten in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde. Die Gutachter untersuchten die Beschwerdeführerin persönlich und berücksichtigten nebst den klinischen Befunden die geklagten Beschwerden. So prüfte der neurologische Gutachter mittels verschiedener Tests die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schwindelanfälle (Hörtest, Frenzelbrille, Dix-Hallpike Lagerungsprobe etc.; act. G 5.1/61-15). Entgegen ihrer Angaben konnte der Schwindel aber nicht objektiviert werden. Die Gutachten sind somit umfassend und die medizinische Beurteilung inklusive die Ausführungen zu den Standardindikatoren einleuchtend; namentlich ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung sowohl im Erwerb als auch im Haushalt nachvollziehbar begründet. Auch der Einwand der Beschwerdeführerin, die im Gutachten vorgebrachten Therapiemöglichkeiten seien falsch eingeschätzt worden, da sie infolge ihrer früheren Benzodiazepinabhängigkeit keine Medikamente und somit auch keine Antidepressiva einnehmen könne (vgl. act. G 1), vermag nichts an der Schlüssigkeit des Gutachtens zu ändern. Der psychiatrische Gutachter wies lediglich darauf hin, dass die ambulante psychiatrische Therapie in grosszügig bemessenen Abständen durchgeführt werde. Er empfahl, eine konsequente antidepressive Therapie durchzuführen. Dabei handelt es sich um eine blosser Therapieempfehlung, welche die Beschwerdeführerin mit ihrem Behandler besprechen kann. So schlug die RAD-Ärztin auch vor, diese Empfehlungen dem psychiatrischen Behandler zur Kenntnis zu bringen (act. G 5.1/62-2 und 67). Folglich steht es der Beschwerdeführerin unter Rücksprache mit ihrem Behandler frei, wie sie sich therapieren lassen will. Des Weiteren haben die vom psychiatrischen Gutachter abgegebenen Therapieempfehlungen keinen Einfluss auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ reichten nach der Erstellung des Gutachtens weitere Arztberichte sowie zusätzliche medizinische Unterlagen ein. Es ist deshalb zu prüfen, ob am Gutachten festgehalten werden kann oder ob allenfalls bis Verfügungserlass noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostiziert mit Arztbericht vom 25. November 2021 bei der Beschwerdeführerin eine

persistierende Dyselektrolytämie, welche eine hochdosierte Substituierung und regelmässige Laborkontrollen erfordere. Die Folge dieser Erkrankung sei eine rezidivierende Übelkeit und ein persistierender Schwindel. Insgesamt bestehe eine deutlich reduzierte Leistungsfähigkeit. Der Gesundheitszustand habe sich jedoch einigermaßen stabilisiert (act. G 5.1/70). Der Arztbericht sowie die eingereichten Unterlagen beruhen auf denselben medizinischen Grundlagen, die den Gutachtern bereits vorgelegen haben. Die Diagnose einer Dyselektrolytämie (i.c. Hypokaliämie und Magnesiummangel) wurde bereits durch das Kantonsspital St. Gallen und das Spital G.\_\_\_\_ gestellt (vgl. act. G 5.1/10 und 13) und war den Gutachtern damit bekannt (vgl. act. G 5.1/55). Neue oder abweichende Diagnosen und damit einhergehende funktionelle Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben sich durch die neu eingereichten Akten nicht (vgl. act. G 5.1/82, 83, 84, 87, 89 f.). Dr. B.\_\_\_\_ hat mit Schreiben vom 3. Dezember 2021 ebenfalls einen weiteren Arztbericht eingereicht. Darin macht er eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit Januar 2019 geltend. Seit 2019 leide die Beschwerdeführerin unter einer mittlerweile schweren rezidivierenden depressiven Störung, welche sich im Laufe der Zeit verschlechtert und chronifiziert habe. Zudem leide sie an schwersten Ein- und Durchschlafstörungen. Er stellte deshalb die Diagnose einer schwergradig chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2) sowie von Panikattacken (ICD-10: F41.0). Aus psychiatrischer Sicht sei von keiner Erwerbsfähigkeit auszugehen. Bereits in ihrem Alltag sei die Beschwerdeführerin schwerstgradig eingeschränkt und müsse selbst bei einfachen Haushaltsarbeiten unterstützt werden. Auch in einer angepassten Tätigkeit sei nicht von einer Erwerbsfähigkeit auszugehen (act. G 5.1/73). Bezüglich der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass er eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bereits seit Januar 2019 – somit vor Erstellung des Gutachtens vom 19. September 2021 – annimmt und neu eine schwergradige Depression diagnostiziert. Im ersten ärztlichen Bericht vom 26. August 2020 ging Dr. B.\_\_\_\_ dazumal ebenfalls von einer schweren depressiven Episode aus (vgl. act. G 5.1/12). Allerdings hielt er im Arztbericht vom 11. März 2021 wiederum fest, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode leide (act. G 5.1/34). Diese Diagnose sei im August 2019 gestellt worden. Die Befunde beschrieb er gar als leichtgradig. Die von Dr. B.\_\_\_\_ beschriebenen Befunde entsprechen mehrheitlich den kurze Zeit später erhobenen Befunden beim Untersuch vom 8. Oktober 2020 im Psychiatrie-Zentrum H.\_\_\_\_ (act. G 5.1/83). Dabei ging die Oberärztin davon aus, dass die rezidivierende depressive Störung gegenwärtig unter Medikation remittiert sei. Zu den Arztberichten von Dr. B.\_\_\_\_ nahm auch der psychiatrische Gutachter Stellung und wies auf die Unstimmigkeit zwischen Befunden und Diagnose in Dr. B.\_\_\_\_s Bericht hin (act. G 5.1/60-9). Der Gutachter erläuterte, dass bei einer schweren Depression intensive Therapiemassnahmen nötig gewesen wären, eventuell eine Hospitalisation. Zu einer solchen kam es allerdings nie. Weiter bemerkt der Gutachter, dass im Arztbericht vom 11. März 2021 zwar eine mittelgradig depressive Episode angegeben werde, die beschriebenen Befunde der Beschwerdeführerin jedoch höchstens einer leichten depressiven Episode entsprechen würden (act. G.5.1/60-9). Hervorzuheben ist, dass der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2021 keine erkennbare objektive Konsistenz- und Ressourcenprüfung enthält. Er geht gar davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Alltag schwerstgradig eingeschränkt ist. Dies entspricht nicht den Angaben der Beschwerdeführerin im Gutachten, wonach sie durchaus Haushaltsarbeiten verrichten und kochen könne (vgl. act. G 5.1/59-8, 60-4 sowie 61-13). Die Beschwerdeführerin macht

zudem geltend, die Einschränkungen im Haushalt seien primär auf die Schwindelanfälle zurückzuführen (vgl. act. G 5.1/23-6). Somit kann der RAD-Ärztin gefolgt werden, dass die nachträglich eingegangenen medizinischen Berichte des Hausarztes und des behandelnden Psychiaters keine wesentlichen Aspekte aufzeigen würden, welche von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären. Daher vermögen sie keine ernsthaften Zweifel an den Ergebnissen der Begutachtung zu wecken. Dem polydisziplinären Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu. Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Versicherte als ausschliesslich im Haushalt tätig qualifiziert werden kann und ob sie in dieser Tätigkeit eingeschränkt ist. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht ausführt, dürfte die Beschwerdeführerin die Frage nach der Erwerbstätigkeit ohne gesundheitliche Einschränkung im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt nicht richtig verstanden haben (vgl. act. G 5.1/23). Ihre Angabe, dass sie wegen Krankheit keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würde, ist somit nicht verbindlich. Aus dem IK-Auszug und auch ihren eigenen Angaben (vgl. act. G 5.1/5 und 59-7) geht hervor, dass sie seit dem Jahr 1982 keine Berufstätigkeit mehr ausübte. Allerdings erscheint auch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht ausgeschlossen. Denn entscheidend für die Frage nach der hypothetischen Erwerbstätigkeit einer versicherten Person im Gesundheitsfall bzw. die Methodenwahl ist die gesamte persönliche, familiäre, berufliche und soziale Situation (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2019, 9C\_161/2019, E. 5.2). Die Beschwerdeführerin hat keine Betreuungspflichten und verfügt über keine Ausbildung, weshalb sie lediglich Hilfsarbeiten erledigen könnte und somit für die selbständige Finanzierung des Lebensbedarfs auf ein Vollpensum angewiesen wäre. Zudem sind die finanziellen Verhältnisse bescheiden (IV-Rente Ehegatte, Ergänzungsleistungsbezug, Schulden). Indessen spielt die Methodenwahl (Voll-/Teilerwerb, nur Aufgabenbereich bzw. Haushalt) keine Rolle, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. Denn gutachterlich ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin bis auf die Adaptionskriterien weder im Erwerb noch im Haushalt eine relevante Einschränkung besteht. So ergäbe sich auch aus dem Einkommensvergleich kein rentenbegründender (40%) Invaliditätsgrad. Denn aufgrund der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der fehlenden Ausbildung der Beschwerdeführerin wäre beim Valideneinkommen der Tabellenlohn (Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1, Frauen) massgebend. Derselbe Tabellenlohn ist für das Invalideneinkommen heranzuziehen, da die Beschwerdeführerin zurzeit nicht erwerbstätig ist. Somit könnte ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C\_851/2018, E. 5.1). Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C\_804/2016, E. 2.2 mit Hinweis; zum Tabellenlohnabzug vgl. BGE 126 V 75). Da bei der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht und auch kein Grund für einen Tabellenlohnabzug ersichtlich ist, würde die Beschwerdeführerin keine Erwerbseinbusse erleiden. Auch im Haushalt ist die Beschwerdeführerin nicht massgeblich eingeschränkt. Der psychiatrische Gutachter hielt diese Tätigkeit aufgrund des psychischen Zustandes für vollumfänglich zumutbar. Zum selben Schluss gelangte der neurologische Gutachter. Er hielt fest, dass bis auf das Vermeiden von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten bzw. Arbeiten mit Absturzgefahr die Beschwerdeführerin sämtliche Haushaltstätigkeiten ausüben könne (vgl. E. 2.4 und 2.5). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin musste auch keine Haushaltsabklärung vor Ort durchgeführt werden. Denn gemäss bundesgerichtlicher

Rechtsprechung kann auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werden, wenn die medizinische Aktenlage eindeutig ist (Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, N 174 zu Art. 28a mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2010, 9C\_103/2010), was vorliegend der Fall ist. Den Gutachtern stand der Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt, aus welchem sich die Wohnverhältnisse (Anzahl Zimmer, Anzahl Personen im Haushalt, technische Hilfsmittel usw.) ergaben, zur Verfügung (vgl. act. G 5.1/55). Auch im Begutachtungsprozess wurde die Beschwerdeführerin nochmals zu ihren Wohnverhältnissen und ihrem Tagesablauf befragt (vgl. act. G 5.1/59-8 und act. G 5.1/60-4). Die Gutachter nahmen abschliessend bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit spezifisch zur Einschränkung im Haushaltsbereich Stellung und erachteten die Beschwerdeführerin für nicht eingeschränkt. Sie mussten sich in Hinblick auf das klare medizinische Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht zu jedem Tätigkeitsbereich im Haushalt gesondert äussern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2010, 9C\_103/2010, E. 2.2), denn die Sachverständigen konnten den Tätigkeitsbereich aufgrund der Unterlagen der Beschwerdeführerin realistisch einschätzen und in ihrer Beurteilung miteinziehen. Eine zusätzliche Haushaltsabklärung hätte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch nicht zu neuen Erkenntnissen geführt. Aus dem Fragebogen geht zwar hervor, dass die Beschwerdeführerin sich im Haushaltsbereich als sehr eingeschränkt wahrnimmt. Sie gibt an, die einzigen Tätigkeiten, welche sie ohne die Hilfe ihres Ehemanns erledigen könne, seien Kochen und Bügeln. Es ist jedoch aufgrund der medizinischen Akten nicht davon auszugehen, dass die für die Haushaltsabklärung zuständige Fachperson diese Angaben unkritisch übernommen hätte. Im Übrigen müsste eine versicherte Person, die wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltsarbeiten nur noch mühsam und mit höherem Zeitaufwand erledigen können, in erster Linie ihre Arbeit einteilen (BGE 133 V 504, E. 4.2). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin unabhängig von der Methodenwahl sowohl in einer Betätigung im Haushalt wie auch im Erwerb eine volle Arbeitsfähigkeit besteht und somit keine rentenbegründende Einschränkung vorliegt. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als korrekt. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 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. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.

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