



**Fall-Nr.:** IV 2023/49  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.02.2024  
**Entscheiddatum:** 12.12.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.12.2023**

**Art. 28 IVG. Art. 43 ATSG. Invalidenrente. Untersuchungspflicht. Ergänzung eines polydisziplinären Administrativgutachtens. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Dezember 2023, IV 2023/49).**

#### **Entscheid vom 12. Dezember 2023**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2023/49

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler, Advokatur am Falkenstein,  
Falkensteinstrasse 1, Postfach, 9016 St. Gallen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Februar 2018 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe keinen Beruf erlernt. Seit Dezember 1991 sei sie als Mitarbeiterin in der Reinigung tätig. Das Pensum betrage 80 Prozent. Der Lohn belaufe sich auf rund 3'500 Franken pro Monat. Das Ostschweizer Adipositaszentrum des Kantonsspitals St. Gallen berichtete im April 2018 (IV-act. 14), im September 2017 sei eine proximale Magenbypassoperation durchgeführt worden. Im Januar 2018 habe ein laparoskopischer Verschluss einer Mesolücke vorgenommen werden müssen, nachdem eine innere Hernie erfolgt sei. Das klinische Zustandsbild habe sich nach dem Eingriff im Januar 2018 verbessert. Im weiteren Verlauf sollte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehen. Am 12. Juni 2018 wurde ein weiterer operativer Eingriff vorgenommen. Die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete am 25. Juni 2018 (IV-act. 21), die Versicherte leide an unklaren, invalidisierenden epigastrischen Schmerzen bei lokalen Adhäsionen am Pouch sowie an einem chronischen Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren, an einer arteriellen Hypertonie, an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom, an einem Reizdarmsyndrom und an chronischen Schulterschmerzen links. Im Mai 2019 berichtete Viszeralchirurg Dr. med. B.\_\_\_\_ (IV-act. 40– 9ff.), im März 2019 sei eine laparoskopische Hernienplastik mit einer Netzeinlage erfolgt. Bezüglich der abdominellen Beschwerden habe sich eine gewisse Linderung gezeigt. Sechs Wochen nach der Operation werde die Versicherte wieder voll belastbar sein. Nach einer Verlaufskontrolle im Oktober 2019 teilte Dr. B.\_\_\_\_ der IV-Stelle am 4. November 2019 mit (IV-act. 49), die Beschwerden hätten sich nach der letzten Operation zunächst rasch verbessert, seien aber nicht vollständig behandelbar gewesen. Für die von der Versicherten geklagten epigastrischen



Beschwerden habe kein klinisches oder bildgebendes Korrelat gefunden werden können. In der klinischen Untersuchung seien die Bauchdeckenverhältnisse unauffällig gewesen. Druckdolenz hätten praktisch nicht festgestellt werden können. Ein Rezidiv im Bereich der sanierten Hernien habe nicht bestanden. Die Versicherte habe keine unwillkürliche, aber eine starke epigastrische Druckdolenz gezeigt, während sie auf die Untersuchung konzentriert gewesen sei. Im Rahmen des Patientenprofils sowie der Vorgeschichte mit einer sicherlich gestörten Schmerzwahrnehmung, einer bekannten Angststörung und einer Persönlichkeitsveränderung sei davon auszugehen, dass ein weiterer chirurgischer Eingriff keine wesentliche Verbesserung der Gesamtsituation erzielen werde. Auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung sei eher eine psychologische oder psychiatrische Beurteilung vorzuschlagen.

**A.b.** Im Februar 2020 wurde die Versicherte von Dr. med. C. \_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) untersucht. Die RAD-Ärztin berichtete am 19. Februar 2020 (IV-act. 64), die Versicherte habe sich unauffällig ent- und wieder bekleidet. Sie sei sehr kooperativ gewesen, habe aber auffällige extreme Schmerzen bei bereits geringster Palpation des Abdomens angegeben. Sie habe unter anderem geltend gemacht, dass sie praktisch nichts esse und beispielsweise am Vortag nur ein Joghurt sowie ein Glas Wasser zu sich genommen habe, dass ihr Gewicht aber stabil bleibe (BMI 26,6). Aufgrund der objektivierbaren Befunde bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten sowie für schweres und mittelschweres Heben und Tragen von Lasten. Die Versicherte sei bezüglich Ausdauer und körperlicher Belastbarkeit deutlich reduziert. Wahrscheinlich bestehe eine erhebliche Dekonditionierung. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Reinigung sei aktuell nicht zumutbar. Für eine adaptierte Tätigkeit könne mit einer Arbeitsfähigkeit von circa 40 Prozent begonnen werden. Im weiteren Verlauf sollte eine Steigerung möglich sein. Mit einer Mitteilung vom 29. Mai 2020 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung ab, „zurzeit“ seien keine beruflichen Massnahmen möglich, da die medizinischen Abklärungen und Behandlungen im Vordergrund stünden (IV-act. 81).

**A.c.** Im Auftrag der IV-Stelle erstattete das Zentrum für medizinische Begutachtungen (ZMB) am 11. März 2021 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 98). Der internistische Sachverständige hielt fest, der objektive klinische Befund sei unauffällig gewesen. Die



## St.Galler Gerichte

Versicherte habe angegeben, im Vordergrund ihrer Beschwerden stünden immer wieder auftretende gastrointestinale Schmerzzustände, die jeweils ausgeprägte Erschöpfungszustände nach sich zögen. Träten solche Schmerzsymptome auf, müsse sie sich direkt auf den Boden legen. Sie verzichte auf praktisch sämtliche Nahrungsmittel, um diese Schmerzzustände zu vermeiden. Das Gewicht sei aber seit zwei Jahren stabil. Der internistische Sachverständige errechnete einen BMI von 29. Er führte aus, in allgemein-internistischer Hinsicht bestehe keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der orthopädische Sachverständige hielt fest, die Versicherte sei offensichtlich dekonditioniert gewesen. Die muskuläre Stabilisierung des Rumpfes sei offenkundig erheblich reduziert, die Bauchdecke schlaff und die Bauchmuskulatur hochgradig insuffizient gewesen. Die Versicherte habe eine lumbale Schmerzhaftigkeit beklagt. Hinweise auf radiculäre Irritationen oder Ausfälle hätten sich in der Untersuchung nicht ergeben. Eine aktuelle Röntgenaufnahme habe eine leichtgradige lumbo-sacrale Facettenarthrose sowie ein Baastrup-Phänomen gezeigt. Die Symptomatik sei als leichtgradig einzustufen. Eine adäquate ventrale muskuläre Stabilisierungstherapie würde rasch zu einer Schmerzminderung führen. Die Versicherte habe weiter eine Schmerzhaftigkeit an der Kniescheibenspitze rechts angegeben. In der Untersuchung sei eine Überstreckbarkeit der Kniegelenke (sowie der Ellbogen- und Handgelenke) aufgefallen. Diagnostisch leide die Versicherte am rechten Kniegelenk an einer Insertionstendopathie des Ligamentum patellae, die durch eine konstitutionelle Bindegewebsschwäche disponiert sei. Bezüglich der linken Schulter, die im Dezember 2015 operiert worden sei, habe die Versicherte eine Beschwerdefreiheit angegeben. In der klinischen Untersuchung habe sich kein wesentlicher pathologischer Befund erheben und keine Schmerzhaftigkeit auslösen lassen. Zusammenfassend seien der lumbo-sacrale Übergang und das rechte Kniegelenk leichtgradig vermindert belastbar; im Vordergrund stehe die hochgradige Dekonditionierung. Die Versicherte sei aus orthopädischer Sicht in der Lage, ihre angestammte Tätigkeit im Reinigungsdienst wieder aufzunehmen. Zu empfehlen sei ein Wiedereinstieg mit einem Pensum von 50 Prozent, das monatlich um zehn Prozent bis auf 100 Prozent gesteigert werden könne. Der gastro-enterologische Sachverständige führte aus, der klinische Befund sowie die Ergebnisse einer Abdomensonographie seien unauffällig gewesen. Aus den Akten ergebe sich, dass trotz den wiederholten chirurgischen Eingriffen keine evidenten



strukturellen Läsionen hätten erkannt werden können, die die anhaltende und wiederkehrende Fehlfunktion des Intestinaltraktes erklären könnten. Auffallend sei, dass trotz der multiplen chirurgischen Interventionen keine Modulation der Schmerzsymptomatik habe erreicht werden können. Obwohl die Versicherte ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bei multiplen Nahrungsmittelunverträglichkeiten angegeben habe, sei ihr Gewicht stabil. Aus gastro-enterologischer Sicht sei es nicht plausibel, dass trotz massiver Nahrungsmittelunverträglichkeiten beinahe aller Komponenten der normalen Diät und einer damit verbundenen Schmerzsymptomatik kein entsprechend adäquates Vermeidungsverhalten und keine daraus resultierende anhaltende und kontinuierliche Gewichtsreduktion erkennbar sei. Unverständlich sei auch, weshalb die Schmerzsymptomatik beinahe isoliert auf die Ingestion von Nahrungsmitteln zurückzuführen sein solle. Insbesondere die angegebene Fähigkeit, sich sportlich zu betätigen, kontrastiere mit der von der Versicherten geltend gemachten Intensität. Die angeblich beinahe täglich erlebten massiven Schmerzexacerbationen seien nicht wahrscheinlich. Angesichts des Status nach multiplen Operationen am Abdomen seien der Versicherten schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Leichte sowie passager mittelschwere Tätigkeiten seien dagegen uneingeschränkt zumutbar. Allerdings bestehe eine Verminderung des Rendements von 30 Prozent. Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, während der Diskussion der somatischen Beschwerden sei die Versicherte primär sehr klagsam, aber auch deutlich histrionisch gefärbt gewesen. Sie habe ihre Berichterstattung lebhaft mit Gestik und Mimik begleitet, sei immer mehr ins Reden gekommen und habe ein riesiges Mitteilungsbedürfnis sowie einen Wunsch nach Zuwendung, Akzeptanz und vor allem Verständnis gezeigt. Dadurch sei sie vom Hundertsten ins Tausendste gekommen. Die Berichterstattung sei extensiv und expressiv gewesen. Habe sich das Gespräch um andere Themen gedreht, sei die Versicherte deutlich aufgetaut. Sie habe durchaus auch lebhaft lachen können. Sie sei objektiv voll orientiert und bei klarem Bewusstsein gewesen. Die formalen Gedankengänge seien in sich kohärent und logisch gewesen. Inhaltlich habe sich eine leichte hypochondrische Komponente gezeigt. Im Übrigen sei der objektive klinische Befund unauffällig gewesen. Diagnostisch leide die Versicherte an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie an histrionisch-akzentuierten Persönlichkeitszügen. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei davon auszugehen, dass



frühere psychische Probleme seit langem in einer Adipositas zum Ausdruck gebracht worden seien. Nach der bariatrischen Operation habe die Versicherte einen Kausalisierungsgrund für ihre multiplen Beschwerden erhalten. Der operative Eingriff und die vielen Komplikationen hätten einen guten Grund geliefert, weiter an Beschwerden zu leiden und die unbewussten, im Seelischen liegenden Gründe an äusseren Beschwerden festzumachen. Infolge der psychosomatischen Überlagerungssymptomatik sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht „leicht“ eingeschränkt. Nach der Konsensbesprechung hielten die Sachverständigen fest, die Versicherte leide an einem Status nach einer proximalen Magenbypass-Operation mit einem komplikativen Verlauf, an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einem chronischen lumbovertebrogenen Syndrom, an einem Patellaspitzensyndrom rechts, an einem Status nach einer Schulterarthroskopie links und an histrionisch-akzentuierten Persönlichkeitszügen. Im Zeitraum von September 2017 bis Juli 2019 sei die Versicherte aufgrund der diversen Eingriffe am Bauch nicht arbeitsfähig gewesen. Seit Juli 2019 sei sie zu 50 Prozent arbeitsfähig. Innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten sei die Arbeitsfähigkeit auf 60 Prozent steigerbar. Als Hausfrau sei die Versicherte zu 20 Prozent eingeschränkt. Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 100).

**A.d.** In einem Fragebogen „zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt“ gab die Versicherte im November 2021 an, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vollzeitig erwerbstätig wäre (IV-act. 114). Am 17. November 2021 liess sie geltend machen (IV-act. 115), ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung verschlechtert. Sie habe Ende Juli 2021 notfallmässig an der Niere operiert werden müssen. Am 11. November 2021 sei eine Nachoperation erfolgt. Bereits am 16. November 2021 habe sie sich erneut notfallmässig in Behandlung begeben müssen. Zudem sei sie vom Hausarzt in eine psychiatrische Behandlung überwiesen worden. Im März 2022 berichtete die Klinik D.\_\_\_\_ (IV-act. 129), die Versicherte sei am 5. Oktober 2021 zu einem Vorgespräch erschienen. Den zweiten Termin zwei Tage später habe sie abgesagt. Danach habe sie sich nicht mehr gemeldet. Am 19. Mai 2022 notierte die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ (IV-act. 130), gemäss den zwischenzeitlich eingeholten Berichten der Klinik für Urologie des Kantonsspitals St.



Gallen habe die Versicherte an Beschwerden aufgrund von Harnleitersteinen gelitten. Am 11. November 2021 habe man eine rezidivierende Makrohämaturie (wiederholt Blut im Urin) abklären wollen, was aber nicht gelungen sei. Man habe deshalb eine stationäre Behandlung Ende 2021 geplant. Ein entsprechender Bericht befinde sich aber nicht bei den Akten. Dieser müsse noch eingeholt werden. Im Juni 2022 ging der IV-Stelle ein Bericht der Klinik für Urologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 27. Dezember 2021 zu (IV-act. 135). Diesem war zu entnehmen, dass der Versicherten am 11. November 2021 ein Doppel-J-Katheter eingelegt worden war. Die Versicherte hatte sich Ende November 2021 ausserplanmässig mit ausgeprägtesten Doppel-J-Katheter-Beschwerden beidseits vorgestellt. Da im Rahmen einer Spülzytologie keine Malignität hatte nachgewiesen werden können und da eine CT des Abdomens einen unauffälligen Befund ergeben hatte, hatte man auf weitere diagnostische Abklärungen verzichtet und den Doppel-J-Katheter wieder entfernt. In einem Bericht vom 12. April 2022 hatte die Klinik für Urologie des Kantonsspitals eine hyperaktive Blase erwähnt (IV-act. 136). Die RAD-Ärztin Dr. C. \_\_\_ notierte im Juni 2022, dass nach der Begutachtung vorübergehende Beschwerden aufgetreten seien, die die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht längerfristig beeinflussten (IV-act. 137).

**A.e.** Mit einem Vorbescheid vom 28. Juli 2022 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 142), dass sie die Zusprache einer ganzen Rente ab September 2018, einer halben Rente ab November 2019 und einer Viertelsrente ab Juli 2021 vorsehe. Zur Begründung führte sie an, der Invaliditätsgrad sei anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Da gemäss dem Gutachten des ZMB die angestammte Tätigkeit im selben Umfang wie eine andere leidensadaptierte Tätigkeit zumutbar sei, entspreche der Invaliditätsgrad dem Arbeitsunfähigkeitsgrad für die angestammte Tätigkeit. Dieser habe sich gemäss dem Gutachten des ZMB in der Zeit nach dem Ablauf des sogenannten Wartejahres auf 100 Prozent, ab August 2019 auf 50 Prozent und ab April 2021 auf 40 Prozent belaufen. Der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei jeweils mit einer dreimonatigen Verzögerung Rechnung zu tragen. Dagegen liess die Versicherte am 20. September 2022 einwenden (IV-act. 146), das psychiatrische Teilgutachten überzeuge nicht, denn entgegen der Ansicht des psychiatrischen Sachverständigen liege eine eigenständige psychiatrische Erkrankung vor, die bislang noch nicht genügend abgeklärt worden sei. Zudem hätten die Sachverständigen des ZMB



nirgends begründet, weshalb die Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent auf 60 Prozent steigerbar sein sollte. Diese Prognose sei unrealistisch. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades müsse ein „Leidensabzug“ berücksichtigt werden. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit dürfte allerdings realistischerweise ohnehin nicht verwertbar sein. Mit einer Verfügung vom 8. Februar 2023 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab September 2018 eine ganze, ab November 2019 eine halbe und ab Juli 2021 eine Viertelsrente zu (IV-act. 152 ff.).

### **B.**

**B.a.** Am 10. März 2023 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Februar 2023 erheben (act. G 1). Sie liess die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache der gesetzlich geschuldeten Leistungen, eventualiter die Einholung eines Gerichtsgutachtens und subeventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zu weiteren Abklärungen beantragen. Zur Begründung liess sie ausführen, das Gutachten des ZMB sei schon über zwei Jahre alt und folglich veraltet. Die Behauptung des psychiatrischen Sachverständigen, es liege kein eigenständiger psychiatrischer Gesundheitsschaden vor, überzeuge nicht. Eine eigentliche Konsensbesprechung habe nicht stattgefunden; die Sachverständigen hätten nur die Arbeitsunfähigkeitsatteste addiert. Die Prognose, die Arbeitsfähigkeit lasse sich auf 60 Prozent steigern, sei nicht begründet worden. Bei der Invaliditätsbemessung müsse ein „Leidensabzug“ berücksichtigt werden.

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 19. Juni 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten des ZMB sei in jeder Hinsicht überzeugend. Da nach der Begutachtung keine relevanten neuen Gesundheitsbeeinträchtigungen hinzugekommen seien, sei es auch nicht veraltet. Ein „Leidensabzug“ sei nicht vorzunehmen.

**B.c.** Die Beschwerdeführerin liess am 23. August 2023 an ihren Anträgen festhalten (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11).



### Erwägungen

#### 1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich nach der Abweisung des Begehrens um berufliche Eingliederungsmassnahmen am 29. Mai 2020 auf die Prüfung des im Februar 2018 gestellten Rentenbegehrens beschränkt. Auch in diesem Beschwerdeverfahren ist folglich nur zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit ab dem 1. August 2018 (sechs Monate nach der Anmeldung im Februar 2018; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat.

#### 2.

**2.1.** Eine versicherte Person hat gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann, wenn sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität ist ausschlaggebend, welche Tätigkeiten der versicherten Person aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind. Der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) erfordert eine sorgfältige und vollständige Ermittlung des für die Beantwortung dieser Frage massgebenden Sachverhaltes.

**2.2.** Die Beschwerdegegnerin hat die Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt und das ZMB mit einer polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragt. Die Sachverständigen des ZMB haben die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt und die Beschwerdeführerin umfassend persönlich untersucht. Nichts deutet darauf hin, dass sie eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätten. Sie haben also über eine umfassende Kenntnis des für ihre Beurteilung massgebenden Sachverhaltes verfügt. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, ihr Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung erheblich verschlechtert, aber die weiteren Abklärungen der Beschwerdegegnerin haben ergeben, dass diese Behauptung unzutreffend gewesen ist. Die urologische Problematik ist vorübergehender Natur gewesen, die neu entdeckte hyperaktive Blase hat sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt und die in die Wege geleitete psychotherapeutische Behandlung ist nicht zustande gekommen, weil die



Beschwerdeführerin sich nach dem Erstgespräch nicht mehr bei der Klinik D.\_\_\_\_ gemeldet hat. Zwar hat die Klinik D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt angeführt, aber diese Diagnosestellung hat nahezu keinen Beweiswert, weil sie nur auf den Angaben der Beschwerdeführerin während des Erstgesprächs beruht hat und ohne Aktenkenntnis erfolgt ist. Zudem wird eine gemischte Angst- und depressive Störung nach dem ICD-10 nur diagnostiziert, wenn sowohl die Angst- als auch die depressiven Symptome so geringfügig ausgeprägt sind, dass sich weder die Diagnose einer „vollwertigen“ Angststörung noch die Diagnose einer „vollwertigen“ depressiven Störung rechtfertigen lässt (vgl. ICD-10 F41.2). Das Gutachten des ZMB kann folglich nicht als im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung überholt respektive „veraltet“ qualifiziert werden. Die Sachverständigen des ZMB haben die Beschwerdeführerin eingehend befragt sowie klinisch und bildgebend untersucht. Sie haben die Angaben der Beschwerdeführerin sowie die objektiven klinischen und bildgebenden Befunde detailliert festgehalten. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass die Untersuchungen nicht lege artis erfolgt wären. Die Sachverständigen haben ihre Diagnosestellung nachvollziehbar und überzeugend begründet. Auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen überzeugt, denn angesichts der von ihm beschriebenen leichten Symptomatik ist aus der Sicht eines medizinischen Laien gut nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht nur leicht eingeschränkt ist. Der gastro-enterologische Sachverständige hat geltend gemacht, aus gastro-enterologischer Sicht sei es nicht möglich gewesen, die Frage zu beantworten, ob die geklagten Beschwerden eine somatische Ursache hätten oder psychosomatisch bedingt seien. Er hat weder weitere Abklärungen durchgeführt noch Abklärungsmassnahmen vorgeschlagen. Damit stellt sich die Frage, ob er von einer objektiven Beweislosigkeit ausgegangen ist, also die Auffassung vertreten hat, es gebe keine weiteren Untersuchungsmethoden, die zusätzliche Erkenntnisse bezüglich einer allfälligen organischen Ursache der Beschwerden liefern könnten. Diese Frage ist im Gutachten nicht beantwortet. Nicht nachvollziehbar ist zudem, wie der gastro-enterologische Sachverständige trotz der offenen Frage nach einer allfälligen somatischen Ursache der Beschwerden in der Lage gewesen sein soll, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben, zumal das gastro-enterologische Teilgutachten keine Begründung für die Arbeitsfähigkeitsschätzung enthält. Seinem Teilgutachten lässt sich weder entnehmen, weshalb er trotz des unvollständig ermittelten medizinischen Sachverhaltes eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, noch wie er zur Auffassung gelangt ist, die Einschränkung belaufe sich auf 30 Prozent. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen medizinischen Mangel des Gutachtens, sondern um ein (vom medizinischen Sachverständigen als juristischer Laie) falsch gelöstes juristisches



Problem, nämlich die Beantwortung der Frage nach den Folgen einer allfälligen objektiven Beweislosigkeit. Wenn es aus medizinischer Sicht tatsächlich objektiv nicht möglich sein sollte, eine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden zu finden, dann könnte aus juristischer Sicht keine gastro-enterologisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehen. In einer lückenfüllenden analogen Anwendung des Art. 8 ZGB müsste diesfalls nämlich die Beschwerdeführerin die Folgen der objektiven Beweislosigkeit tragen, weil es sich um eine Tatsache handeln würde, aus der sie einen Vorteil für sich ableiten könnte. In Frage kommen könnte damit lediglich noch eine durch die geklagten Beschwerden begründete Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Diesen hat jedoch bereits der psychiatrische Sachverständige Rechnung getragen. Sollte der gastro-enterologische Sachverständige also tatsächlich zum Schluss gelangt sein, dass es nicht möglich ist, eine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden zu finden, könnte aus gastro-enterologischer und psychiatrischer Sicht zusammen nur eine „leichte“ Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen. Das gastro-enterologische Teilgutachten muss folglich um eine Stellungnahme des Sachverständigen zur Frage ergänzt werden, ob von weiteren Untersuchungen ein wesentlicher Erkenntnisgewinn erwartet werden kann oder ob es objektiv nicht möglich ist, die Frage nach der somatischen Ursache der Beschwerden zu beantworten. Auch das orthopädische Teilgutachten benötigt eine Ergänzung. Der orthopädische Sachverständige hat nämlich einerseits festgehalten, dass er nur geringfügigste Gesundheitsbeeinträchtigungen habe objektiv feststellen können, andererseits aber geltend gemacht, die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Seine Ausführungen erwecken den Eindruck, dass es sich beim Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent (verbunden mit einer Steigerung um zehn Prozent pro Monat) eher um eine therapeutische Empfehlung als um eine versicherungsmedizinische Beurteilung handelt. Zwar erscheint dieses Attest bezogen auf die angestammte, körperlich belastende Tätigkeit im Reinigungsdienst als einigermassen überzeugend. Nicht nachvollziehbar ist aber, weshalb sich die muskuläre Dekonditionierung, mit der der Sachverständige sein Attest begründet hat, auch in einer *ideal leidensadaptierten* Tätigkeit genau gleich stark auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken soll wie in der angestammten, körperlich anstrengenden Tätigkeit im Reinigungsdienst. Möglicherweise ist der orthopädische Sachverständige schliesslich auch von einer falschen Arbeitsfähigkeitsdefinition ausgegangen, denn er hat offenbar die Ausübung einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit *plus* die Haushaltsführung als ein volles Arbeitspensum verstanden, was bedeuten würde, dass er ein deutlich mehr als 100 Prozent betragendes Pensum als Ausgangswert des Arbeitsfähigkeitsgrades berücksichtigt hätte. Der orthopädische Sachverständige muss folglich aufgefordert werden, sein



Arbeitsfähigkeitsattest zu ergänzen. Er muss darauf hingewiesen werden, dass sich die Arbeitsfähigkeit an einem erwerblichen Vollpensum ohne den Zusatzaufwand für die Haushaltsführung bemessen muss. Zudem muss er sein Attest aus rein versicherungsmedizinischer Sicht ohne therapeutische Überlegungen abgeben. Schliesslich muss er das Attest für eine *ideal leidensadaptierte* Tätigkeit sorgfältig unter Berücksichtigung der objektiven klinischen Befunde und der damit verbundenen Funktionseinschränkungen begründen. Für diese Ergänzungen des gastroenterologischen und orthopädischen Teilgutachtens ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**2.3.** Nach der Auffassung des Bundesgerichtes müsste in dieser Situation eine *reformatio in peius* angedroht werden, weil das wieder aufzunehmende Verwaltungsverfahren möglicherweise mit einem tieferen oder gar keinem Rentenanspruch der Beschwerdeführerin enden könnte. Eine solche Androhung einer *reformatio in peius* wäre aber absurd, da die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin selbst (subeventualiter) die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung beantragt hat und sie darauf hingewiesen werden müsste, dass ihr Subeventualantrag gutgeheissen werden könnte, was offensichtlich unsinnig wäre. Zudem ist der Ausgang des wieder aufzunehmenden Verwaltungsverfahrens im jetzigen Zeitpunkt noch so offen, dass sich das Gericht in einer Androhung einer möglichen *reformatio in peius* gar nicht zur Höhe des Risikos, dass das Ergebnis der Verbesserung des Gutachtens sich für die Beschwerdeführerin nachteilig auf den Rentenanspruch auswirken würde, äussern könnte. In dieser Situation wäre die Androhung einer *reformatio in peius* ein reiner Formalismus, denn sie würde die Beschwerdeführerin nicht einmal annähernd in die Lage versetzen, sich rational für oder gegen einen Rückzug der Beschwerde zu entscheiden. Das Versicherungsgericht hat deshalb bewusst davon abgesehen, der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zum Rückzug der Beschwerde einzuräumen.

### 3.

Die Rückweisung einer Sache zur weiteren Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als ein vollständiges Obsiegen der Beschwerdeführerin. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes praxisgemäss auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Praxisgemäss wird für einen durchschnittlich aufwendigen „IV-Rentenfall“ eine Parteientschädigung von 4'000



Franken zugesprochen. Hier ist von einem unterdurchschnittlichen Vertretungsaufwand auszugehen, weil der Umfang der relevanten Akten deutlich kleiner als bei einem durchschnittlich aufwendigen Rentenfall gewesen ist, für den praxisgemäss eine Parteientschädigung von 4'000 Franken zugesprochen würde. Die Parteientschädigung wird deshalb auf 3'000 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet.

**3.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit 3'000 Franken zu entschädigen.