

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/161 vom 10. September 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_161

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/161 du 10 septembre 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/161 del 10 settembre 2024

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 43 Abs. 1 ATSG. Invalidenrente. Würdigung zweier Administrativgutachten. Begründungsmängel (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. September 2024, IV 2023/161).

Volltext

Entscheid vom 10. September 2024 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2023/161 Parteien A.____ Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei Daniel Küng, Rorschacherstrasse 150, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Oktober 2003 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Die Frage nach dem erlernten Beruf beantwortete sie mit: „Hausfrau“. Sie gab an, sie arbeite seit dem Jahr 1990 in der Schlusskontrolle bei einer Stoffproduktion. Früher sei sie zusätzlich auch noch als Reinigungsangestellte tätig gewesen. Der Allgemeinmediziner Dr. med. B.____ berichtete im Januar 2004 (IV-act. 14), die Versicherte leide an einem chronifizierten panvertebralen Schmerzsyndrom. Eine Physiotherapie sei mangels Erfolgs pausiert worden. Die Prognose sei wahrscheinlich eher schlecht. Die Compliance sei fraglich. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine leidensadaptierte Tätigkeit könne während sechs bis acht Stunden pro Tag ausgeübt werden. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete der Internist Dr. med. C.____ am 28. April 2004 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 20). Er hielt fest, die Versicherte leide an einem panvertebralen Schmerzsyndrom mässigen Grades bei einer ausgeprägten muskulären Dysbalance und einem sekundären Fibromyalgiesyndrom im Bereich des Schultergürtels sowie an einer zunehmenden Dekonditionierung des Bewegungssystems mit einem Vertrauensverlust in die eigenen körperlichen Fähigkeiten. Der von ihm erhobene somatische Befund sei „völlig normal“ gewesen. Aus Angst vor Schmerzen und „leider beseelt von der Idee, dass wer Schmerzen habe, nicht arbeiten kann, darf oder soll“, habe sich die Versicherte zu sehr geschont, weshalb sie den Teufelskreis zur selbständigen Wiedererlangung des Wohlbefindens und des Vertrauens in die eigenen Möglichkeiten nicht durchbrechen könne. Entsprechend sehr wichtig sei es nun, eine intensive schmerzlindernde Physiotherapie mit Übergang in eine medizinische Trainingstherapie in die Wege zu leiten. Die IV-Stelle forderte die Versicherte in der Folge auf, sich einer geeigneten medizinischen Therapie zu unterziehen (IV-act. 25). Der Allgemeinmediziner Dr. med. D.____ berichtete am 1. Oktober 2004, dass die Versicherte die Therapie durchführe, der Erfolg aber fraglich sei, weil die Versicherte den Massnahmen skeptisch

gegenüber stehe und überzeugt sei, dass sie nicht mehr arbeiten könne (IV-act. 33). Am 7. Oktober 2004 notierte Dr. med. E.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die Versicherte habe ihre Mitwirkungspflicht erfüllt, weshalb nun der weitere Verlauf abzuwarten sei (IV-act. 34). Die Psychiaterin Dr. med. F.____ berichtete im März 2005 (IV-act. 41), aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa zehn Prozent, da die Versicherte an einer gemischten Depression und Angsterkrankung mit unkontrollierten Aggressionsausbrüchen leide. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien ihr während circa zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar. Der RAD-Arzt Dr. E.____ notierte im März 2005, gesamthaft sei von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 40 Prozent auszugehen (IV-act. 42). Mit einer Verfügung vom 4./31. Oktober 2005 sprach die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 65 Prozent mit Wirkung ab dem 1. April 2004 eine Dreiviertelsrente zu (IV-act. 60 ff.). Nachdem die Versicherte eine Einsprache gegen diese Verfügung erhoben hatte, widerrief die IV-Stelle diese Verfügung am 31. Mai 2006 (IV-act. 91). Mit einer Verfügung vom 16. Juni und 9. August 2006 sprach sie der Versicherten eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 78 Prozent zu (IV-act. 98 f.). Im Oktober 2015 beschloss die IV-Stelle, ein Rentenrevisionsverfahren zu eröffnen (IV-act. 172). Im Juni 2016 beauftragte sie den Rheumatologen Dr. med. G.____ und die Psychiaterin Dr. med. H.____ mit einer bidisziplinären Begutachtung der Versicherten (IV-act. 194). Die Sachverständigen erstatteten ihr bidisziplinäres Gutachten am 12. Dezember 2016 (IV-act. 201). Sie hielten fest, die im Jahr 2004 erfolgte Rentenzusprache sei retrospektiv nur schwer nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus rheumatologischer Sicht sei für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 80 Prozent zu attestieren. Mit einer Verfügung vom 16. Juni 2017 hob die IV-Stelle die laufende Rente bei einem nicht mehr rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 30 Prozent auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (IV-act. 210). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies eine dagegen erhobene Beschwerde mit einem Entscheid vom 5. November 2019 ab (IV 2017/275; vgl. IV-act. 295). Auf eine gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht nicht ein (Urteil 8C_836/2019 vom 23. Dezember 2019; vgl. IV-act. 302). Bereits im Oktober 2017 hatte sich die Versicherte formlos erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 230). Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens betreffend die Verfügung vom 16. Juni 2017 hatte sie zahlreiche medizinische Berichte eingereicht. Im März 2020 notierte Dr. med. I.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) nach einer Würdigung der nach der Begutachtung durch die Sachverständigen Dres. G.____ und H.____ eingereichten medizinischen Berichte (IV-act. 306), eine relevante Veränderung des Sachverhaltes seit der Rentenaufhebung sei glaubhaft gemacht. Die Versicherte habe sich im Jahr 2018 mehreren operativen Eingriffen an der Wirbelsäule unterzogen. Die medizinischen Akten seien allerdings unvollständig, weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht bestimmt werden könne. Nachdem sie weitere Berichte eingeholt hatte, beauftragte die IV-Stelle im Juli 2020 die SMAB AG mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (IV-act. 333). Am 21. Oktober 2020 erstattete die SMAB AG das in Auftrag gegebene Gutachten (IV-act. 345). Der fallführende rheumatologische Sachverständige hielt fest, die Versicherte sei mit einem Rollator zur Untersuchung erschienen. Das belege den „heutigen Behinderungsgrad“, wobei allerdings der effektive Bedarf nicht völlig eindeutig sei, da sich die Versicherte im Untersuchungszimmer auch ungestützt ordentlich gehfähig gezeigt habe. Gemessen an der

seit dem Jahr 2003 bestehenden und dokumentierten Wirbelsäulenproblematik sei der objektive klinische Befund in der aktuellen Untersuchung recht gering gewesen. Trotz der Versteifung der drei untersten Segmente der Lendenwirbelsäule sei die dortige Motilität recht ansprechend und jedenfalls für alltägliche Erfordernisse genügend. Allerdings dokumentierten die Akten sehr ausgeprägte Bandscheibenabnützungen auf allen lumbalen Segmenten, was die statischen Beschwerden (Sitzbeschwerden im Rücken) erklären könnte. Auch die Tatsache, dass nach zwei Operationen ein Neurostimulator eingesetzt worden sei, verweise auf eine nennenswerte Schmerzproblematik. Der rechts positiv gefundene Femoraldehnungsschmerz mit einem leicht abgeschwächten Patellarsehnenreflex sei gut vereinbar mit dem vermutlichen Restbefund einer hochgradigen Kompression der Wurzel L4 rechts, die zum Entlastungseingriff im September 2019 geführt habe. Aus rheumatologischer Sicht seien der Versicherten nur noch Tätigkeiten zumutbar, bei denen sie mehrfach pro Stunde die Position zwischen Sitzen und Stehen wechseln könne und bei denen sie nicht häufig Gewichte über fünf Kilogramm und nur selten Gewichte von maximal zehn Kilogramm heben müsse. Eine solche Tätigkeit sei der Versicherten während eines vollen Arbeitstages zumutbar. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs sei die Arbeitsfähigkeit aber um 25 Prozent eingeschränkt. Der neurologische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe den Untersuchungsraum am Rollator mit einem flüssigen und weitschrittigen Gangbild betreten. Das Aus- und Ankleiden sei ihr selbständig und geschickt gelungen. Spontan habe sie den Kopf frei in alle Richtungen gewandt. Während der gesamten Untersuchung habe kein schmerzgeplagter Eindruck bestanden. Die Versicherte habe keinen Schonsitz eingenommen, keinen Schongang gezeigt und keine Schonhaltungen präsentiert. Die klinische Untersuchung habe keinen objektiven Hinweis auf eine namhafte neurale radiculäre Symptomatik ergeben. Das stehe in einer ausgeprägten Diskrepanz zur Angabe stärkster Schmerzen. Die geltend gemachte Minderempfindlichkeit über das gesamte rechte Bein hinweg sei nicht plausibel, da sich ein solches Phänomen anatomisch nicht zuordnen lasse. Aus neurologischer Sicht liege eine leichtgradige, distal symmetrisch sensible Polyneuropathie mit einer leichten Gangataxie im erschwerten Seiltänzerengang vor. Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an den Gleichgewichtssinn, ohne das Heben von Lasten über fünf Kilogramm, ohne Arbeiten in gebückter Haltung oder in Zwangshaltungen sowie ohne Überkopfarbeiten seien uneingeschränkt zumutbar. Der internistische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem mittelgradigen Schlafapnoesyndrom, an einer COPD, an einer arteriellen Hypertonie, an einer Adipositas sowie an einem Nikotinabusus. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, in der Untersuchung hätten sich im Querschnitt des psychopathologischen Befundes Symptome feststellen lassen, die nach den Kriterien des ICD-10 die Diagnose einer leichten depressiven Störung rechtfertigten. Im Zusammenhang mit dem Verlauf der letzten Jahre hätten sich auch Symptome einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren identifizieren lassen. Aufgrund der Bindung von psychischen Ressourcen im Rahmen der chronischen Schmerzstörung seien die Flexibilität, die Umstellungsfähigkeit und die Stresstoleranz eingeschränkt, weshalb aus psychiatrischer Sicht ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 Prozent zu attestieren sei. Nach der Konsensbesprechung hielten die Sachverständigen fest, die Versicherte leide (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einer schweren lumbalen Osteochondrose, an einem Status nach Implantation eines Neurostimulators, an einer leichtgradigen Gangataxie bei einer distal-symmetrischen sensiblen Polyneuropathie sowie an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Die angestammte Tätigkeit sei ihr nicht mehr, eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit zu 75 Prozent zumutbar. Die RAD-Ärztin Dr. I.____ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 346). Mit einem Vorbescheid vom 16. Februar 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 366). Im März 2021 berichtete der Orthopäde Dr. med. J.____ über eine am 10. März 2021 durchgeführte mikrochirurgische Dekompression L3/4 rechts (IV-act. 375). Am 26. April 2021 liess die Versicherte die Zusprache einer ganzen Rente beantragen (IV-act. 377). In einem Austrittsbericht vom 31. März 2021 betreffend eine zweiwöchige stationäre physiotherapeutische Behandlung der Versicherten im Anschluss an den am 10. März 2021 durchgeführten operativen Eingriff hielt das Rehasentrum Valens fest (IV-act. 381–8 ff.), die Mobilität der Versicherten habe während der stationären Behandlung verbessert werden können, sei aber immer noch stark eingeschränkt. Am 20. April 2021 berichtete Dr. J.____ (IV-act. 385–3 f.), der Verlauf sei gut. Nach der Erweiterung der Spondylodese sei es zu einer deutlichen Schmerzreduktion gekommen. Die Versicherte habe den Schmerzmittelkonsum deutlich reduzieren können. Die RAD-Ärztin Dr. I.____ qualifizierte den Gesundheitszustand der Versicherten am 10. Mai 2021 als instabil; sie empfahl das Einholen eines Verlaufsberichtes von Dr. J.____ (IV-act. 382). Am 12. Juli 2021 teilte Dr. J.____ der IV-Stelle (ohne jede Begründung) mit, dass die Versicherte noch immer vollständig arbeitsunfähig sei und dass voraussichtlich nicht mit einer Verbesserung gerechnet werden könne (IV-act. 385–1). Im September 2021 berichtete Dr. J.____ (IV-act. 390), klinisch-neurologisch hätten sich in der Verlaufskontrolle keine sensomotorischen Defizite feststellen lassen. Über dem Facettengelenk L2/3 habe eine Druckdolenz bestanden. Die Wundverhältnisse seien reizlos gewesen. Die Versicherte habe nach wie vor über rechtsbetonte ischialgiforme Schmerzen geklagt und eine schmerzbedingt eingeschränkte Mobilität gezeigt. Sie gehe (nach wie vor) an einem Rollator. Im Dezember 2021 berichtete die Klinik K.____ (IV-act. 406), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen bis schweren Episode und einem somatischen Syndrom. Zudem bestehe der Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei jahrelangen respektive chronischen Schmerzen. Selbst eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit sei ihr nur zu 20–30 Prozent zumutbar. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die SMAB AG am 9. März 2023 ein Verlaufsgutachten (IV-act. 460). Der federführende rheumatologische Sachverständige führte aus, die Versicherte sei mit einem Rollator, in einem langsamen Tempo und mit einer vorgeneigten Körperhaltung zur Untersuchung erschienen. Das Auskleiden sei ihr selbständig und relativ flüssig gelungen. Die allgemeine Haltung habe eher schlaff und deutlich dekonditioniert gewirkt. Das Gangbild ohne Rollator sei ausgesprochen langsam und kleinschrittig gewesen. Die Versicherte habe ein Schonhinken rechts gezeigt. Die Schmerz- und Empfindlichkeitsmessung am Mittelfinger und am Ohrläppchen habe ein deutlich ungewohntes Resultat geliefert (VAS 7–8 am Mittelfinger; empirischer Normwert VAS 2; VAS 6–7 am Ohrläppchen; empirischer Normwert unter VAS 7). Der (im Gutachten detailliert beschriebene) objektive klinische Befund sei abgesehen von Druckdolenzen unauffällig gewesen. Insgesamt habe die Versicherte einen ruhigen, glaubwürdigen und nicht auf dramatisierende Effekte abzielenden Eindruck hinterlassen. Durch die ausgedehnte, die gesamte Lendenwirbelsäule einbeziehende degenerative Bandscheibenerkrankung mit entsprechend erfolgten Korrekturingriffen bestehe eine labile Situation des Lendenrückens, die nur geringe körperliche Belastungen zulasse. Das zeige sich unter anderem auch darin, dass die Versicherte für die ausserhäusliche

Fortbewegung einen Rollator einsetze. In der physischen Untersuchung habe sich gezeigt, dass eine deutliche Gangunsicherheit und ein Abstützungsbedarf bestünden. Der Versicherten seien nur noch sitzende Tätigkeiten zumutbar, doch auch für diese sei die Belastbarkeit zeitlich stark limitiert, da auch eine längere Sitzbelastung der Lendenwirbelsäule durch die in den letzten zwei Jahren weiter verstärkte Osteochondrose mit einem discalen Reizzustand aus Schmerzgründen nicht zumutbar sei und zu wiederholten Steh- und Gehpausen am Arbeitsplatz zwingen. Seit der ersten Begutachtung habe sich die lumbale Pathologie progredient verschlechtert. Das zeige sich unter anderem daran, dass Dr. J. ___ über längere Zeit nur einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 30 Prozent für möglich gehalten habe und sich erst in seiner letzten Beurteilung für „maximal 50 Prozent“ ausgesprochen habe. Zudem benötige die Versicherte neu eine Gehhilfe (Rollator) für die ausserhäusliche Fortbewegung. Selbst für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten könne nur noch eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 Prozent attestiert werden. Der internistische Sachverständige hielt fest, aus seiner fachärztlichen Sicht habe sich seit der ersten Begutachtung nichts verändert. Nach wie vor lägen keine internistischen Erkrankungen vor, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe einen vorgealterten Eindruck hinterlassen. Der Rapport sei flüssig, die Atmosphäre freundlich gewesen. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien ausreichend gewesen. Der Gedankengang sei formal geordnet und inhaltlich vor allem auf die körperlichen Beschwerden leicht eingeschränkt gewesen. Die Merkfähigkeit sowie das Kurz- und das Langzeitgedächtnis hätten unauffällig imponiert. Die Willensbildung sei ungestört gewesen. Der anamnestisch als reduziert beschriebene Antrieb sei in der Untersuchungssituation angemessen gewesen. Während der Untersuchung sei eine leichte, nach Aussage der Versicherten schmerzbedingte psychomotorische Unruhe aufgefallen. Der Affekt und die Mimik seien synthym gewesen. Der Grundaffekt sei während der Untersuchung maximal leicht zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt gewesen. Im Übrigen sei der objektive klinische Befund unauffällig gewesen. Während der Untersuchung seien keine Hinweise auf eine Aggravation oder Verdeutlichung aufgefallen. Das vorhandene Aktivitätsniveau entspreche dem körperlichen Leiden und die gemachten Angaben stünden in Übereinstimmung mit den Angaben in den Akten, womit sich ein insgesamt konsistentes Bild ergeben habe. Der im Bericht vom 20. Dezember 2021 geäußerte Verdacht auf eine Persönlichkeitsänderung habe sich nicht objektivieren lassen. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung könne hingegen bestätigt werden. Angesichts der Befundschilderung im Bericht vom 20. Dezember 2021 sei die Diagnose einer damals relevanten depressiven Episode nachvollziehbar, aktuell könne aber lediglich eine leichte Episode diagnostiziert werden, weshalb auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung anders als jene des behandelnden Psychiaters ausfalle. Aufgrund der Bindung psychischer Ressourcen im Rahmen einer relevanten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie der immer wieder auftretenden depressiven Episoden, die die Flexibilität, die Stresstoleranz sowie die Umstellungsfähigkeit einschränkten, Arbeiten unter Zeitdruck erschwerten und zusätzliche Pausen bedingten, sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 Prozent zu attestieren. Der kardiologische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einer arteriellen Hypertonie, die ausreichend behandelt sei. Die in der aktuellen Untersuchung vorgetragene Beschwerden hätten in einem Widerspruch zu jenen Beschwerden gestanden, die die Versicherte im März 2022 bei einer kardiologischen Untersuchung geschildert habe. Die Versicherte habe nämlich, auch auf mehrfache

Nachfrage hin, ein belastungsabhängiges thorakales Druckgefühl sowie eine Belastungsdyspnoe beschreiben. Deshalb habe ein bildgebender Ischämie-Nachweis erstellt werden müssen. Dazu sei eine Stress-MRT-Untersuchung durchgeführt worden, die eine gute Pumpfunktion des Herzens gezeigt und keinen Nachweis einer belastungsinduzierten Durchblutungsstörung des Herzens geliefert habe. Aus kardiologischer Sicht sei deshalb eine coronare Herzkrankheit ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu diagnostizieren. Der neurologische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe den Untersuchungsraum langsam und an einem Rollator gehend betreten. Das Aus- und Ankleiden seien selbständig und geschickt gelungen. Der Kopf sei spontan frei in alle Richtungen gewandt worden. Während der gesamten Untersuchung sei kein schmerzgeplagter Eindruck zu beobachten gewesen. Die Versicherte habe keinen Schonsitz eingenommen, keinen Schongang gezeigt und auch keine Schonhaltungen präsentiert. Der (im Gutachten detailliert beschriebene) objektive klinische Befund sei abgesehen von einer leichtgradigen Gangataxie im erschwerten Gangversuch unauffällig gewesen. Zusammenfassend sei der Befund im Vergleich zu jenem in der ersten Untersuchung unverändert gewesen. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich mehrere Diskrepanzen gezeigt, nämlich zwischen der Angabe von mindestens moderaten bis starken Schmerzen einerseits und dem Fehlen einer entsprechenden Schmerzäußerung andererseits, bezüglich des Fehlens einer organoneurologischen Erklärung für die angegebene Schmerzsymptomatik sowie hinsichtlich eines nicht wirksamen Paracetamolspiegels bei Angabe einer regelmässigen Einnahme von Dafalgan 1000mg drei- bis viermal täglich. Insgesamt hätten sich weder aktenkundig noch klinisch Belege für das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Der pneumologische Sachverständige hielt fest, die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen COPD und OSAS (obstruktives Schlafapnoesyndrom) seien ausgewiesen. Die von der Versicherten geschilderte und demonstrierte Anstrengungsdyspnoe könne aber nicht allein auf die COPD zurückgeführt werden. Die im Rahmen des Leistungstests gezeigte Leistungsverminderung respektive Dyspnoe sei zwar grundsätzlich objektivierbar gewesen. Aber ausschlaggebend dafür sei nicht allein die COPD gewesen. Auch die Dekonditionierung der Muskulatur und die schmerzbedingte Gehbehinderung hätten zur Dyspnoe geführt. Bei einer fehlenden Desaturation im Leistungstest und nur mässig erhöhten Werten auf der Borg-Skala spielten die extrapulmonalen Ursachen die Hauptrolle für die schwere Leistungslimitierung. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit könne zusammenfassend aus rein pneumologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Nach der Konsensbesprechung führten die Sachverständigen aus, die Versicherte leide im Wesentlichen an einer schweren lumbalen Osteochondrose und Discopathie, an einer bilateralen ISG-Arthrose, an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, an einer leichtgradigen Gangataxie bei einer distalen symmetrischen Polyneuropathie, an einer COPD mittelschweren Grades sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer coronaren Herzkrankheit, an einer arteriellen Hypertonie, an einer Ektasie der Aorta ascendens, an einer Niereninsuffizienz, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer aktuell leichten Episode und an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom mittelschweren Grades. Die vom psychiatrischen Sachverständigen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent gehe in der vom rheumatologischen Sachverständigen attestierten Arbeitsunfähigkeit auf, weshalb aus polydisziplinärer Sicht für die Zeit ab März 2021 ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50 Prozent zu attestieren sei. Allerdings müsse für die ersten drei bis sechs Monate nach dem Eingriff im März 2021 eine nachoperative

Rekonvaleszenzphase berücksichtigt werden. Die RAD-Ärztin Dr. I. ___ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 463). Mit einem Vorbescheid vom 6. April 2023 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 465), dass sie die Zusprache einer halben Rente für die Zeit von April bis und mit September 2018, einer ganzen Rente für die Zeit von Februar bis und mit Juni 2019 sowie für die Zeit von März bis und mit Dezember 2021 und einer Teilrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent für die Zeit ab dem 1. Januar 2022 vorsehe. Am 30. Mai 2023 liess die Versicherte die Zusprache einer ganzen Rente spätestens ab April 2018 beantragen (IV-act. 469). Mit einer Verfügung vom 15. August 2023 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2023 eine Rente von 1'123 Franken pro Monat bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent zu (IV-act. 475). Mit einer Verfügung vom 19. September 2023 sprach sie ihr für die Zeit von April bis und mit September 2018 eine halbe Rente, für die Zeit von Februar bis und mit Juni 2019 eine ganze Rente sowie für die Zeit von März 2021 bis und mit August 2023 eine Teilrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent respektive Rentenleistungen von insgesamt 61'346 Franken zu; die Nachzahlung verrechnete sie vollständig mit einer Forderung des Sozialamtes (IV-act. 476). Am 13. September 2023 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. August 2023 erheben (act. G 1). Sie liess die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente ab April 2018 beantragen. Zur Begründung liess sie ausführen, die beiden Gutachten der SMAB AG überzeugten nicht. Die Beschwerdeführerin habe sich nach der ersten Operation im Juni 2018 nicht wieder erholt, wie die Sachverständigen behauptet hätten. Sie habe sich ja schon bald danach einem weiteren operativen Eingriff unterziehen müssen. Die Annahme, dass sie zwischen den beiden Eingriffen einer Erwerbstätigkeit hätte nachgehen können, sei unrealistisch. Bei richtiger Betrachtung sei sie ab April 2018 vollständig invalid gewesen. Am 21. September 2023 liess die Beschwerdeführerin die Verfügung vom 19. September 2023 einreichen und erklären, dass sie diese als mitangefochten erachte (act. G 2). Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 12. Dezember 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung führte sie an, die beiden Gutachten der SMAB AG überzeugten in jeder Hinsicht. Die Beschwerdeführerin habe nichts vorgebracht, das Zweifel an der Überzeugungskraft der Gutachten wecken würde. Die rückwirkenden Rentenabstufungen seien korrekt vorgenommen worden. Die von den Sachverständigen der SMAB AG attestierte Arbeitsfähigkeit könne nicht als unverwertbar qualifiziert werden. Am 5. März 2024 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 15). Die Beschwerdeführerin verzichtete am 6. April 2024 auf eine Replik (act. G 17). Am 28. Juni 2024 reichte die Beschwerdeführerin medizinische Berichte ein, die Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Herbst 2023 enthielten (act. G 19). Die Beschwerdegegnerin informierte das Versicherungsgericht am 5. Juli 2024 darüber, dass sie die Eingabe als ein Rentenerhöhungsgesuch entgegen genommen habe und prüfen werde, sobald das Beschwerdeverfahren abgeschlossen sei (act. G 21). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin mit zwei Verfügungen eine rückwirkend abgestufte Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Das ist rechtswidrig gewesen, da es sich bei einer Rentenzusprache, auch wenn sie rückwirkend abgestuft erfolgt, um einen einheitlichen Gegenstand handelt (vgl. BGE 131 V 164). Die Beschwerdeführerin hat die erste Verfügung frist- und formgerecht anfechten und die zweite Verfügung innert der Rechtsmittelfrist mit der Bemerkung dem Versicherungsgericht zugehen lassen, diese gelte (wohl mit Blick auf eine entsprechende bundesgerichtliche Praxis) als mitangefochten. Bei

dieser Bemerkung hat es sich zwar nicht um eine ausdrückliche Nichteinverständniserklärung gehandelt, aber der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat damit jedenfalls eindeutig den Anfechtungswillen zum Ausdruck gebracht. Einen ausdrücklichen Antrag, eine Sachverhaltsdarstellung und eine Begründung hat diese zweite Beschwerde nicht benötigt, da diese Elemente allesamt bereits in der ersten Beschwerde enthalten gewesen sind, die denselben Gegenstand betroffen hat. Folglich ist von einer rechtzeitigen Anfechtung der zweiten Verfügung auszugehen. Die von der Beschwerdegegnerin begangene Verfahrensrechtswidrigkeit (die Aufteilung eines unteilbaren Gegenstandes auf zwei Verfügungen) müsste an sich ungeachtet der materiellen Rechtslage zu einer Aufhebung der beiden Verfügungen und zu einer Rückweisung zur neuen Verfügung führen. Gemäss der bundesgerichtlichen Auffassung kann eine Verfahrensrechtswidrigkeit aber „geheilt“ (richtig: „ignoriert“) werden, wenn die beschwerdeführende Partei ausdrücklich erklärt oder jedenfalls eindeutig zu erkennen gibt, dass sie eine rasche materielle Erledigung einem formal in jeder Hinsicht korrekten Entscheid vorzieht. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit im Sozialversicherungsrecht die Verfahrensrechtswidrigkeit der Beschwerdegegnerin bemerken müssen. Er hat sie aber mit keinem Wort gerügt. Das kann nur als eine Bevorzugung einer raschen materiellen Erledigung respektive als der Wille interpretiert werden, die Verfahrensrechtswidrigkeit zu ignorieren. Folglich sind die beiden Verfügungen und die beiden Beschwerden zu vereinigen und gemeinsam zu behandeln. Anders als bei der weitaus häufigeren Verfahrensvereinigung zur Reduktion des administrativen Aufwandes, die nicht zu einer „Verschmelzung“ der Streitgegenstände führt, verbleibt hier nach der Verfahrensvereinigung nur ein einziger Streitgegenstand. Das ist aber nicht etwa die Folge einer „Verschmelzung“ von mehreren Streitgegenständen, denn die beiden angefochtenen Verfügungen haben zusammen von Beginn weg nur einen einzigen Streitgegenstand betroffen. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet also die Prüfung des im Oktober 2017 eingereichten Begehrens der Beschwerdeführerin um eine Rentenzusprache. Da es sich beim im Oktober 2017 eingereichten Rentenbegehren um eine sogenannte Neuanmeldung gehandelt hat, hat das Eintreten darauf das Glaubhaftmachen einer relevanten Sachverhaltsveränderung seit der im Juni 2017 verfügten Rentenaufhebung vorausgesetzt. Diese Eintretenshürde hat die Beschwerdeführerin gemäss der überzeugenden Aktenwürdigung durch die RAD-Ärztin Dr. I. ___ im März 2020 gemeistert, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das neue Begehren eingetreten ist. Eine versicherte Person hat einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern 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 (vgl. Art. 28 Abs. 1 aIVG und Art. 29 Abs. 1 lit. b aIVG). Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Art. 28 Abs. 2 aIVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert und nach ihrer Einreise in die Schweiz typische Hilfsarbeiten verrichtet. Ihre Erwerbsmöglichkeiten als Gesunde haben folglich jenen einer durchschnittlichen

Hilfsarbeiterin entsprochen, weshalb das Valideneinkommen dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne entsprechen muss. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist entscheidend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zugemutet werden können. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage ein Gutachten bei der SMAB AG eingeholt und, nachdem sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Folge wesentlich verändert hatte, die SMAB AG schliesslich mit der Erstellung eines Verlaufsgutachtens beauftragt. Die Sachverständigen der SMAB AG haben die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und die medizinischen Akten eingehend gewürdigt. Sie haben sowohl die Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchungen als auch die von ihnen erhobenen objektiven klinischen und bildgebenden Befunde detailliert wiedergegeben. Nichts deutet darauf hin, dass sie eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätten. Ihre Beurteilung hat folglich auf einer umfassenden Kenntnis des massgebenden medizinischen Sachverhaltes beruht. Die Sachverständigen der SMAB AG haben in ihrem zweiten Gutachten, das im Kern ein Verlaufsgutachten gewesen ist, aber im Vergleich zum ersten Gutachten zusätzliche Disziplinen umfasst hat, überzeugend aufgezeigt, dass in internistischer, in kardiologischer, in neurologischer und in pneumologischer Hinsicht keine Gesundheitsbeeinträchtigung vorgelegen hat, die die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten eingeschränkt hätte. In psychiatrischer Hinsicht hat sich der objektive klinische Befund bei beiden Begutachtungen weitestgehend unauffällig präsentiert. Der psychiatrische Sachverständige hat festgehalten, dass die Kriterien für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt seien, was (notwendigerweise aus der Sicht eines medizinischen Laien) überzeugt. Angesichts der Tatsache, dass in beiden Untersuchungen nur wenige und nur schwach ausgeprägte Symptome einer depressiven Störung haben objektiviert werden können, überzeugt auch die Schlussfolgerung des Sachverständigen, es liege keine depressive Störung vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken würde. Die Klinik K. ___ hat zwar in einem zwischen den beiden Begutachtungen erstellten Bericht die Diagnose einer mittel- bis schwergradig ausgeprägten depressiven Störung angeführt und auch entsprechende Befunde beschrieben, aber wie der psychiatrische Sachverständige der SMAB AG überzeugend aufgezeigt hat, kann es sich bei jener Episode nur um eine vorübergehende Verschlechterung zwischen den beiden Begutachtungen gehandelt haben, die für die Bemessung der Invalidität irrelevant gewesen ist, weil nur eine länger dauernde oder voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit als eine anspruchrelevante Invalidität qualifiziert werden kann (Art. 8 Abs. 1 IVG). Der psychiatrische Sachverständige hat einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 Prozent attestiert, den er mit der Bindung psychischer Ressourcen im Rahmen der Schmerzstörung und den immer wieder auftretenden depressiven Episoden respektive mit einer daraus resultierenden Einschränkung der Flexibilität, der Stresstoleranz sowie der Umstellungsfähigkeit und mit einem erhöhten Pausenbedarf begründet hat. Dieses Attest ist (aus der Sicht eines medizinischen Laien) gut nachvollziehbar und überzeugend. Die in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausschlaggebende Gesundheitsbeeinträchtigung ist aber nicht internistischer, kardiologischer, pneumologischer, neurologischer oder psychiatrischer Natur, sondern rheumatologischer Natur gewesen. Dem rheumatologischen Teilgutachten kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. Im Rahmen der ersten Begutachtung im Oktober 2020 hat der rheumatologische Sachverständige der SMAB AG noch einen

weitgehend unauffälligen objektiven klinischen Befund erhoben. Er hat überzeugend aufgezeigt, dass angesichts der bildgebenden Befunde, der zuvor erfolgten Behandlungsmassnahmen (zwei Entlastungsoperationen sowie Einsatz eines Neurostimulators), des noch vorhandenen Femoraldehnungsschmerzes mit einem leicht abgeschwächten Patellarsehnenreflex (gut vereinbar mit einem Restbefund einer hochgradigen Kompression der Wurzel L4 rechts) und der zu dieser Situation passenden Angaben der Beschwerdeführerin nicht nur körperliche Belastungen der Wirbelsäule durch Zwangshaltungen, das Heben und Tragen von Gewichten etc., sondern auch ein ununterbrochenes, länger dauerndes Sitzen nicht mehr zumutbar gewesen sind. Das Attest eines Arbeitsunfähigkeitsgrades von 25 Prozent wegen eines erhöhten Pausenbedarfs überzeugt vor diesem Hintergrund ohne Weiteres. Bei der Verlaufsbeurteilung im März 2023 hat der rheumatologische Sachverständige wiederum einen weitgehend unauffälligen objektiven klinischen Befund erhoben. Seinen Ausführungen zufolge hatte aber ein zwischenzeitliches Fortschreiten der Wirbelsäulenproblematik die Situation des Lendenrückens weiter destabilisiert. Zudem war ein weiterer operativer Eingriff durchgeführt worden. Das erklärt, warum der Sachverständige im Verlaufsgutachten einen tieferen Arbeitsfähigkeitsgrad attestiert hat. Die von ihm beschriebenen objektiven Veränderungen erscheinen allerdings (notwendigerweise aus der Sicht eines medizinischen Laien) nicht als so gravierend, dass sie eine Verdoppelung des Arbeitsunfähigkeitsgrades von 25 Prozent auf 50 Prozent rechtfertigen könnten. Hinzu kommt, dass beim Studium des rheumatologischen Verlaufsgutachtens der Eindruck entsteht, der rheumatologische Sachverständige habe die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin unkritisch für bare Münze genommen. Obwohl er selbst auf eine erhebliche Inkonsistenz hingewiesen hat (angegebene Schmerzen von VAS 7–8 am Mittelfinger bei einem empirischen Normwert von VAS 2), hat er sich nicht hinreichend mit der Frage nach einer erheblichen Beschwerdeverdeutlichung oder gar Aggravation befasst. Er hat sich vielmehr mit dem Hinweis begnügt, die Beschwerdeführerin habe einen ruhigen, glaubwürdigen und nicht auf dramatisierende Effekte abzielenden Eindruck hinterlassen. Das kann für sich allein den Verdacht auf eine erhebliche Beschwerdeverdeutlichung oder Aggravation bei einer objektiv nachgewiesenen Inkonsistenz nicht widerlegen, zumal auch der neurologische Sachverständige bei beiden Begutachtungen erhebliche Inkonsistenzen festgestellt hatte, nämlich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe mindestens moderater bis starker Schmerzen einerseits und dem Fehlen einer entsprechenden Schmerzäußerung andererseits sowie dem Fehlen einer organoneurologischen Erklärung für die angegebene Schmerzsymptomatik und Intensität; ausserdem hatte die Laboranalyse ergeben, dass die Angaben zur Einnahme von Paracetamol nicht zutreffend sein konnten. Auffällig ist auch, dass der rheumatologische Sachverständige offenbar dem Gebrauch eines Rollators eine wesentliche Bedeutung zugemessen hat, obwohl die Beschwerdeführerin ja bereits zur ersten Begutachtung mit einem Rollator erschienen war, was damals aber – vom selben Sachverständigen – als eine unnötige Hilfsmittelverwendung gewertet worden war. Insgesamt erscheint die Verlaufsbeurteilung des rheumatologischen Sachverständigen massgeblich den Klagen der Beschwerdeführerin und nicht den objektiven Befunden geschuldet gewesen zu sein, weshalb Zweifel an der Überzeugungskraft seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung bestehen. Der ausschlaggebende Mangel des Verlaufsgutachtens besteht aber in der fehlenden Auseinandersetzung mit den erheblichen Diskrepanzen einerseits zwischen der neurologischen und der rheumatologischen Beurteilung sowie andererseits zwischen der rheumatologischen Verlaufsbeurteilung und

der ersten rheumatologischen Beurteilung. Die Konsensbeurteilung enthält keine Erklärung dafür, weshalb die Hinweise des neurologischen Sachverständigen auf eine mögliche Aggravation ignoriert worden sind. Das Verlaufsgutachten enthält aber auch keine überzeugende Erklärung dafür, weshalb der rheumatologische Sachverständige bei einem im Vergleich zur Voruntersuchung weitestgehend unverändert gebliebenen objektiven klinischen Befund eine doppelt so hohe Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Dabei handelt es sich nicht um Mängel der medizinischen Abklärung, sondern lediglich um Begründungsmängel, die durch Ergänzungen des Gutachtens behoben werden können. Dafür ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird den rheumatologischen Sachverständigen der SMAB AG auffordern, eingehend Stellung zu den verschiedenen Inkonsistenzen und Diskrepanzen zu nehmen, eine sorgfältige schriftliche Auseinandersetzung mit den objektiven Befunden einerseits und den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin andererseits nachzuliefern sowie sich detailliert zur Frage zu äussern, worin genau die wesentliche Veränderung seit der ersten Begutachtung zu erblicken ist, wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt und weshalb der Arbeitsfähigkeitsgrad im Verlaufsgutachten so viel tiefer (50 Prozent statt 75 Prozent) angesetzt worden ist. Natürlich steht es der Beschwerdegegnerin frei, ein neues rheumatologisches Verlaufsgutachten durch einen anderen Sachverständigen in Auftrag zu geben. 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 sinnlos, da der Ausgang des wieder aufzunehmenden Verwaltungsverfahrens im jetzigen Zeitpunkt noch so offen ist, dass sich das Gericht bei einem Hinweis auf eine mögliche 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. Hinzu kommt, dass das Bundesgericht in seinem Leitentscheid BGE 137 V 314 selbst festgehalten hat, die blosse Möglichkeit einer Schlechterstellung infolge der Aufhebung der rentenzusprechenden Verfügung und Rückweisung zur Sachverhaltsergänzung stelle keinen Anwendungsfall des Art. 61 lit. d ATSG dar. Damit steht fest, dass die Situation eines Beschwerdeführers, der mit einem in peius reformatorischen Entscheid rechnen muss, nicht mit jener eines Beschwerdeführers verglichen werden kann, der möglicherweise einen kassatorischen Entscheid erhalten wird. Die Behauptung des Bundesgerichtes, die verfassungskonforme Auslegung des Art. 61 lit. d ATSG zwingt zur Ausdehnung des Anwendungsbereichs des Art. 61 lit. d ATSG überzeugt deshalb nicht, denn das Gleichbehandlungsgebot gebietet nicht, sondern verbietet vielmehr die Gleichbehandlung von Ungleichen. Das Versicherungsgericht hat deshalb bewusst davon abgesehen, der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zum Rückzug der Beschwerde einzuräumen. Die Rückweisung einer Sache 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. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der für deren Höhe massgebende erforderliche Vertretungsaufwand ist als insgesamt

überdurchschnittlich für einen „IV-Rentenfall“ zu qualifizieren. Zwar ist nur ein Schriftenwechsel durchgeführt worden, aber die Akten enthalten zwei ausführliche medizinische Gutachten, was einen deutlich überdurchschnittlichen Aufwand für das Aktenstudium verursacht und damit die Aufwandsparnis im Zusammenhang mit dem Replikverzicht mehr als kompensiert hat. Praxisgemäss ist die Parteientschädigung deshalb auf 5'000 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Entscheid Die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit 5'000 Franken zu entschädigen.

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