

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/213 vom 19. Mai 2025

Sg Versicherungsgericht, 2025-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2024_213

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/213 du 19 mai 2025

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/213 del 19 maggio 2025

Regeste

Art. 43, 44, 55 und 61 ATSG; Art. 5, 12, 43 und 46 VwVG Zumutbarkeit einer externen Administrativbegutachtung, wenn bereits die Anreise eine PENE (post-exertional neuroimmune exhaustion) zur Folge haben könnte. Untersuchungsgrundsatz und mögliche Beweismittel für die Abklärung des medizinischen Sachverhalts (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Mai 2025, IV 2024/213).

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin macht in der Beschwerdeantwort geltend, die Zumutbarkeit einer Begutachtung sei erst zu prüfen, wenn nach einem Mahn- und Bedenkzeitverfahren eine materielle Abweisung bzw. ein Nichteintreten erfolgt sei. Es bestehe kein nicht wieder gutzumachender Nachteil, um auf die Beschwerde einzutreten (act. G3). Vorab ist von Amtes wegen zu klären, ob gegen die strittige Verfügung eine Beschwerde zulässig ist.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin hat am 30. September 2024 eine Verfügung erlassen, mit welcher sie an der Notwendigkeit und Zumutbarkeit einer polydisziplinären medizinischen Begutachtung festgehalten hat (IV-act. 201). Bei dieser Anordnung eines Gutachtens handelt es sich um eine Zwischenverfügung (Art. 55 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]). Eine Zwischenverfügung, welche nicht die Zuständigkeit oder Ausstandsbegehren betrifft (vgl. dazu Art. 45 VwVG), kann angefochten werden, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken kann oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit und Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 46 Abs. 1 VwVG). IV 2024/213 10/22

E. 1.3

Für die Beurteilung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils im Kontext des IV-rechtlichen Abklärungsverfahrens mit seinen spezifischen Gegebenheiten ist zu beachten, dass das medizinische Administrativgutachten in der Regel die wichtigste medizinische Entscheidungsgrundlage im Beschwerdeverfahren bildet und im Rechtsmittelverfahren mit Blick auf die fachfremde Materie faktisch nur beschränkt überprüfbar ist. Zugleich steht die faktisch vorentscheidende Bedeutung der medizinischen Gutachten für den Leistungsentscheid in einem Spannungsverhältnis zur grossen Streubreite der Möglichkeiten, einen Fall medizinisch zu beurteilen, und zur entsprechend

geringen Vorbestimmtheit der Ergebnisse. Diesen Umständen ist mit verfahrensrechtlichen Garantien zu begegnen. Die Mitwirkungsrechte der versicherten Personen müssen daher bereits vor der Begutachtung durchgesetzt werden können, bevor präjudizierende Effekte eintreten. Mit Blick auf das begrenzte Überprüfungsvermögen der rechtsanwendenden Behörden genügt es nicht, die Mitwirkungsrechte erst nachträglich, bei der Beweiswürdigung im Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren, einzuräumen. Für die Annahme eines drohenden unumkehrbaren Nachteils spricht auch, dass die mit medizinischen Untersuchungen einhergehenden Belastungen zuweilen einen erheblichen Eingriff in die physische oder psychische Integrität bedeuten (vgl. BGE 138 V 271 E. 1.2.1 und E. 1.2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Die Anordnung medizinischer Untersuchungen an einer Person stellt einen Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit (Art. 10 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]) dar (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Als solcher muss die Anordnung einer Begutachtung die Voraussetzungen von Art. 36 BV erfüllen, was im Bestreitungsfall gerichtlich überprüfbar sein muss.

E. 1.5

Die Beschwerdegegnerin verweist für ihren Antrag auf Nichteintreten auf den Entscheid des Versicherungsgerichts IV 2024/151 vom 30. Oktober 2024. In jenem Entscheid, welcher ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren bzw. eine Rechtsverzögerungsbeschwerde zum Gegenstand hatte, wurde ausgeführt, dass eine «Blanko»-Zusicherung zur uneingeschränkten Mitwirkung an einer noch anzuordnenden Begutachtung (zum genauen Wortlaut siehe Sachverhalt A.g des erwähnten Entscheids) keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil entstehen lassen könne, weil die anschliessende Verfügung anfechtbar sein werde. Der Versicherte könne seiner Zusicherung zuwiderhandeln, ohne sich damit gesetzwidrig zu verhalten. Also bewirke die verfahrensleitende Verfügung keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil, weshalb die Eintretensvoraussetzungen nicht erfüllt seien (E. 2.3 des erwähnten Entscheides). Vorliegend präsentieren sich ein anderer Sachverhalt und andere Rechtsfragen. Insbesondere wird nicht lediglich eine Zusicherung zur uneingeschränkten Mitwirkung im Abklärungsverfahren, sondern eine konkrete Mitwirkung in Form einer Teilnahme an einer externen polydisziplinären Begutachtung gefordert. Zwar hätte die Beschwerdeführerin die Möglichkeit, sich einer externen IV 2024/213 11/22

Administrativbegutachtung zu verweigern, woraufhin die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren eine Verletzung der Mitwirkungspflicht feststellen und aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen würde (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG, Art. 7b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] und RENÉ WIEDERKEHR, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], ATSG-Kommentar, 5., Auflage, Art. 43 N 113 f.), wogegen die Beschwerdeführerin wiederum gerichtlich vorgehen könnte. Dieses Vorgehen birgt jedoch die Gefahr, dass im Rahmen des Gerichtsverfahrens eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bestätigt werden könnte. Würde die Beschwerdeführerin sich dann als Folge eines solchen Ergebnisses einer externen Begutachtung unterziehen und insofern wieder am Verfahren mitwirken, so würde dies als Neuanmeldung qualifiziert. Die Abklärung bzw. der Leistungsanspruch würde sich also auf die Zeitspanne nach der

Neuanmeldung bzw. ab Zusage der von der IV-Stelle geforderten Mitwirkung beschränken (vgl. WIEDERKEHR, ATSG-Kommentar, Art. 43 N 119 f.). Demzufolge könnte in diesem Fall ein Rentenanspruch nur noch für die Zeit nach der Neuanmeldung bzw. nach Zusage der geforderten Mitwirkung geprüft werden. Damit würde die Beschwerdeführerin einen allfälligen Rentenanspruch ab 2023 bis zur Zusage ihrer Mitwirkung verlieren, sodass ihr ein erheblicher nicht wieder gutzumachender Nachteil droht. Zudem ist der mit diesem Verfahrensweg verbundene Zeitablauf für die Beweiserhebung von wesentlicher Bedeutung. Würde die Beschwerdeführerin nämlich mittels Beschwerde erfolgreich gegen den nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren getroffenen Entscheid vorgehen, würden für die Dauer dieses Verfahrens kaum medizinische Abklärungen stattfinden. Ob gestützt auf die echtzeitliche medizinische Dokumentation oder nachträgliche Abklärungen der medizinische Sachverhalt im Nachhinein noch ermittelt werden kann, erscheint fraglich. Die Folgen einer möglichen Beweislosigkeit hätte die Beschwerdeführerin zu tragen, da sie daraus Rechte – namentlich einen Rentenanspruch – ableiten will (vgl. zu den Folgen der Beweislosigkeit MIRIAM LENDFERS, ATSG-Kommentar, Art. 61 N 109). Würde die Beschwerdeführerin demgegenüber aus Angst vor dem beschriebenen Prozessrisiko an einer externen Administrativbegutachtung mitwirken, so würde sie nach eigenen Angaben und den Angaben behandelnder Ärzte eine dauerhafte Verschlechterung ihres Gesundheitszustands riskieren. Es steht mithin nicht bloss eine kurzfristige Belastung zur Debatte, wie versicherte Personen sie regelmässig im Vorfeld bzw. im Rahmen einer Begutachtung erleben und wie sie von der Rechtsprechung als grundsätzlich zumutbar erachtet wird (vgl. zur Annahme der grundsätzlichen Zumutbarkeit WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 96; Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2020, 8C_283/2020, E. 4.3.2.2). Vielmehr könnte gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin und ihrer Behandler eine anhaltende Gesundheitsverschlechterung ausgelöst werden. Dabei handelt es sich um einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil. Selbst Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen, welche eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit versprechen, sind unzumutbar, wenn sie eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG). Dementsprechend sind Massnahmen zur blossen Abklärung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts, welche das IV 2024/213 12/22

Risiko einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands beinhalten, erst recht nicht zumutbar. Auf die Beschwerde gegen die Zwischenverfügung vom 30. September 2024 ist somit grundsätzlich einzutreten.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin macht in erster Linie geltend, der Sachverhalt sei bereits genügend abgeklärt, sodass aufgrund der Akten entschieden werden könne. Die Beschwerdegegnerin bringt demgegenüber vor, es seien weitere Abklärungen erforderlich.

E. 2.2

Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a; vgl. auch Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Weitere Abklärungen sind etwa vorzunehmen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage bisher

auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 146 V 240 E. 8.1 mit Hinweisen; LENDFERS, ATSG-Kommentar, Art. 61 N 88). Auch aufwendige, mühsame und zeitraubende Abklärungen müssen grundsätzlich vorgenommen werden, wenn anders der Sachverhalt nicht abgeklärt werden kann (vgl. WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 86). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2022, 9C_58/2022, E. 4.1.2).

E. 2.3

Vorliegend ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, soweit sie vorbringt, ein materieller Entscheid über den Rentenanspruch könne ohne weitere Abklärungen nicht erfolgen (vgl. S. 2 der Beschwerdeantwort, act. G3). Tatsächlich lässt sich anhand der aktuellen Aktenlage nur unzureichend differenzieren zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den objektivierten Feststellungen von Drittpersonen, insbesondere der behandelnden Ärzte. Als Veranschaulichungsbeispiel wird in diesem Zusammenhang der Bericht Dr. L. ___s vom 27. August 2024 (IV-act. 199) herangezogen. Dieser Bericht stützt sich auf eine Video-Erstkonsultation vom 20. August 2024. Aus dem Bericht geht nicht hervor, für welche Befunde Dr. L. ___ sich auf eigene Beobachtungen stützte und inwiefern er die Klinik anhand der Schilderungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Videokonsultation als gegeben angenommen hat. Beispielsweise kann er die im Bericht aufgeführte Bettlägerigkeit bis zu 22 Stunden pro Tag jedenfalls im Rahmen der Videokonsultation nicht IV 2024/213 13/22

selbst beobachtet haben. Demgegenüber könnte er etwa die von ihm erwähnten Konzentrationsprobleme entweder während der Videokonsultation selbst beobachtet haben oder den Angaben der Beschwerdeführerin bzw. den Vorakten entnommen haben. Einer Selbstwahrnehmung der Beschwerdeführerin kommt gegenüber einer tatsächlichen Beobachtung eines Facharztes ein geringerer Beweiswert zu, sodass diese Unterscheidung bzw. Objektivierung von erheblicher Bedeutung für die Beweiswürdigung ist. Unklar ist zudem, über welche Vorakten Dr. L. ___ zum Berichtszeitpunkt verfügte. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass er über die vollständigen Vorakten der Beschwerdegegnerin verfügt hätte, würde die Problematik weiterbestehen, dass auch in den früheren Berichten meist nicht zwischen eigenen Beobachtungen der Behandler und subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin differenziert wird (vgl. hierzu beispielhaft IV-act. 162-7 f. und 180). Die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden ist eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16 und Art. 43 Abs. 1 ATSG). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz muss die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt deshalb weiter abklären.

E. 2.4

Dem Antrag der Beschwerdeführerin, ihr sei eine ganze Rente zuzusprechen, kann bereits deshalb nicht gefolgt werden. Ohnehin ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass sich die vorliegende Beschwerde nur gegen die Zwischenverfügung vom 30. September 2024 richten kann, mit welcher eine Begutachtung angeordnet wird. Über den

Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin wurde demgegenüber noch nicht verfügt, sodass die Frage des Rentenanspruchs nicht Gegenstand der Zwischenverfügung bildet, dementsprechend darüber im vorliegenden Verfahren auch nicht befunden werden kann und auf die Beschwerde in diesem Punkt also nicht einzutreten ist.

E. 3.1

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu Recht zur Mitwirkung an einer externen Administrativbegutachtung verpflichtet. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob eine externe Begutachtung unerlässlich ist.

E. 3.2

Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt dem Versicherungsträger ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit und Methoden von medizinischen Erhebungen zu (WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 20 ff.; BGE 147 V 16 E. 7.4.1 mit Hinweisen). Das kantonale Versicherungsgericht greift nicht ohne triftigen Grund in das Ermessen des Versicherungsträgers ein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. März 2014, 8C_828/2013, E. 2.1). Es hat im Beschwerdeverfahren aber auch volle Kognition, sodass es die Angemessenheit zu überprüfen hat (LENDFERS, a.a.O., Art. 61 N 87). IV 2024/213 14/22

E. 3.3

Welche Beweismittel im Verwaltungsverfahren zulässig sind, wird im ATSG nicht abschliessend geregelt. Das Gesetz erwähnt Formulare, Arztberichte, Daten im Rahmen der Amtshilfe und der Verwaltungshilfe, mündliche und schriftliche Auskünfte, Observationen sowie Gutachten und setzt weiter die Zulässigkeit von Abklärungen, welche die Teilnahme der Partei verlangen (z.B. körperliche Untersuchung) voraus (WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 34 f. mit Hinweisen auf die entsprechenden Gesetzesartikel). Ergänzend zu den ATSG-Bestimmungen ist der in Art. 12 VwVG enthaltene Katalog von Beweismitteln zu beachten. Daneben können auch weitere, im Gesetz nicht aufgeführte Beweismittel berücksichtigt werden (WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 38 und LENDFERS, a.a.O., Art. 61 N 107).

E. 3.4

Im Sozialversicherungsrecht gilt sodann der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Kennzeichnung massgebend. Der Verwaltungsträger – bzw. im Streitfall das Gericht – hat sich aufgrund des gesamten, verfahrensmässig korrekt erhobenen Beweisergebnisses eine Auffassung darüber zu erarbeiten, ob die infrage stehende Tatsache nachgewiesen ist oder nicht (vgl. WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 64 und LENDFERS, a.a.O., Art. 61 N 111). Das Gericht hat 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; LENDFERS, a.a.O., Art. 61 N 110).

E. 3.5

Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Damit wird eine spezifische Mitwirkungspflicht der betreffenden Person festgelegt. Diese Mitwirkungspflicht wird an die doppelte Voraussetzung geknüpft, dass die

Untersuchung notwendig und der versicherten Person zumutbar ist. Das Kriterium der Zumutbarkeit ist objektiv und subjektiv zu verstehen, wobei die Frage der subjektiven Zumutbarkeit ebenfalls objektiv zu klären ist. Es geht mithin nicht etwa darum, ob die betreffende Person aus ihrer eigenen (subjektiven) Wahrnehmung heraus die Untersuchung als zumutbar betrachtet, sondern darum, dass die subjektiven Umstände (etwa Alter, Gesundheitszustand, bisherige Erfahrungen mit Abklärungen) in einer objektiven Betrachtung dahingehend gewürdigt werden, ob diese Umstände die Untersuchung zulassen. Die üblichen Untersuchungen in einer Gutachtensstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten. Ist eine ärztliche oder fachliche Untersuchung nicht zumutbar, so ist auf diese zu verzichten. Aus diesem Verzicht können keine weiteren Schlüsse bezogen auf die interessierenden Sachverhaltselemente abgeleitet werden. Es ist mit den sonst zur Verfügung stehenden Mitteln anzustreben, das verfehlte Resultat so weit als möglich zu erreichen, worauf in der Folge mit einer freien Beweiswürdigung derjenige Sachverhalt zu erstellen ist, der am ehesten zutrifft (vgl. WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 93 ff.). IV 2024/213 15/22

E. 4.1

Wie dargelegt (vgl. E. 2 vorstehend) muss die Beschwerdegegnerin vorliegend weitere Abklärungen vornehmen, um den medizinischen Sachverhalt zu ermitteln. Wie ebenfalls bereits erläutert (vgl. E. 1.6 vorstehend), ist jedoch fraglich, ob der Beschwerdeführerin eine externe polydisziplinäre Begutachtung zumutbar ist. Dies muss nicht zwingend der Fall sein. Dementsprechend hat etwa das Kantonsgericht Luzern in einem Entscheid vom 30. Oktober 2023 mit einlässlicher, sorgfältiger Begründung festgehalten, dass ME/CFS eine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung darstellt und dass im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens keine polydisziplinäre Administrativbegutachtung mehr anzuordnen ist, wenn der medizinische Sachverhalt bereits anderweitig hinreichend erstellt ist. Insbesondere hat es auch darauf hingewiesen, dass gerade dem Auftreten von PENE mit einer gängigen neuropsychologischen Testung kaum Rechnung getragen wird, weil diese nach der besonderen Anstrengung (Testung) auftritt. ME/CFS bedarf häufig einer speziellen Überprüfung, um die von der betroffenen Person geschilderten Beschwerden objektivieren zu können, weil bis heute die Mechanismen der Entstehung noch nicht genügend erforscht sind und es an einer nachweisbaren organischen Grundlage weitgehend fehlt. Dafür scheint eine Prüfung mittels Standardindikatoren (strukturiertes Beweisverfahren) als geeignet. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (LGVE 2024 III Nr. 4, 5V 22 26, insbesondere E. 8 und E. 9).

E. 4.2

Vorliegend hat der RAD die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht und die Vorbringen der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Behandler, eine externe Begutachtung könnte ihren Gesundheitszustand nachhaltig schädigen, nicht widerlegt. Die Beschwerdegegnerin darf sich nicht mit der Behauptung begnügen, die geltend gemachten Einschränkungen bzw. das Risiko von dauerhaften negativen Folgen für den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch eine externe Administrativbegutachtung seien nicht objektiviert. Vielmehr hat sie in diesem Fall weitere Abklärungen vorzunehmen, auch wenn dies mit gewissen Mühen verbunden sind (vgl. E. 2.2 vorstehend). Namentlich

sind zusätzliche Erhebungen notwendig, um die Frage bezüglich allfälliger Auswirkungen bzw. deren Dauer auf den Gesundheitszustand einer wie auch immer gearteten Begutachtung und damit letztlich hinsichtlich der Zulässigkeit einer weitergehenden medizinischen Abklärung zuverlässig beantworten zu können.

E. 4.3

Zum aktuellen Zeitpunkt kommt eine polydisziplinäre externe Administrativbegutachtung als Abklärungsinstrument nicht in Frage. Wie sich aus dem dargelegten Sachverhalt ergibt, vertreten mehrere Behandler die Auffassung, dass eine solche Begutachtung bei der Beschwerdeführerin einen Crash auslösen und zu einer möglicherweise dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands IV 2024/213 16/22

führen könnte. Diese Beurteilung stimmt mit den Erkenntnissen aus der im Recht liegenden Fachliteratur betreffend ME/CFS überein (vgl. IV-act. 171). Auch vom RAD wird nicht bestritten, dass auch schon geringe Anstrengungen bei Vorliegen eines schweren ME/CFS mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind. Vielmehr argumentiert der RAD und gestützt auf diesen die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, ein schweres ME/CFS sei nicht objektiviert und es sei ebenfalls nicht objektiviert, dass die im hier interessierenden Zeitraum durchgeführten medizinischen Eingriffe (u.a. die Einsetzung einer JET-PEG- bzw. Nasojejunalsonde) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt hätten. In den Akten finden sich jedoch diverse Hinweise, wonach sich die Angaben der Beschwerdeführerin und ihrer Behandler durch weitere Abklärungen weitergehend objektivieren lassen könnten. Da Fachpersonen einer externen Gutachterstelle auf eine valide Aktenlage angewiesen sind, um nach einer persönlichen Untersuchung die gestellten Diagnosen überprüfen und die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin beurteilen zu können, sind in einem ersten Schritt deshalb weitere Abklärungen bei den Behandlern und Drittpersonen erforderlich, um zwischen der subjektiven Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin und den Beobachtungen und Feststellungen Dritter unterscheiden zu können.

E. 4.4

Die Beschwerdegegnerin bestreitet zu Recht nicht, dass Auskünfte Dritter zulässige Beweismittel im IV-Verfahren darstellen (vgl. zu den möglichen Beweismitteln E. 3.3 vorstehend). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin namentlich Aussagen ihrer J.____, der Haushaltshilfe K.____ und der Pflegeexpertin bzw. advanced practise nurse G.____ angeboten (vgl. IV-act. 196). Gemäss Beilage 8 zur Beschwerde (act. G1; Schilderung des Alltags durch die Beschwerdeführerin) findet oder fand Ergotherapie statt. Die J.____ der Beschwerdeführerin, die Spitex-Mitarbeiterinnen und die therapeutischen und medizinischen Fachpersonen können insbesondere Auskunft darüber erteilen, wie sie die Beschwerdeführerin im Alltag erleben, welche Leistungen sie für diese erbringen und über welche Ressourcen die Beschwerdeführerin nach ihrer Wahrnehmung verfügt. Gemäss den Akten erfährt die Beschwerdeführerin seit Juni 2023 Unterstützung durch die Spitex bzw. durch Haushaltshilfe. In diesem Zusammenhang wird auch M.____, Spitex N.____, erwähnt. Nebst der damit einhergehenden Möglichkeit einer schriftlichen Befragung der Leistungserbringerinnen ist deshalb auch zu erwarten, dass bei der Spitex Unterlagen über die erbrachten Leistungen vorhanden sind. Diese Unterlagen – aus denen sich zumindest ergeben müsste, wie oft und zu welchen Zeiten die Spitex Leistungen erbracht hat und welche Leistungen erbracht wurden – könnten zur Objektivierung des

Unterstützungsbedarfs der Beschwerdeführerin bzw. des funktionellen Schweregrades ihrer Einschränkungen mit relativ geringem Aufwand beigezogen werden. Auf diese Weise könnte ermittelt werden, wie sich ein «normaler» Tag im Leben der Beschwerdeführerin gestaltet. Im Rahmen der Abklärungen betreffend Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) sind die Angaben von Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei ein plausibler, detailliert begründeter Bericht zu erstellen ist (vgl. WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 43 N 46). Es ist nicht einzusehen, weshalb eine ähnliche Abklärung im vorliegenden Fall nicht auch erfolgen könnte. IV 2024/213 17/22

E. 4.5

Was die ärztliche Behandlung betrifft, kommen insbesondere folgende Personen für Auskünfte in Frage: Dr. O.____; Dr. D.____ und Dr. P.____, USZ; Dr. C.____; Dr. I.____; Dr. L.____, KSSG. Die Beschwerdeführerin macht geltend, Dr. L.____ sei Spezialist für ME/CFS. Aus seinem auf der Webpage des KSSG einseharen Werdegang geht eine spezielle Qualifikation hierfür jedoch nicht hervor. Diesbezüglich bietet sich deshalb auch eine Rückfrage an diesen Arzt nach seinen Erfahrungen und Qualifikationen im Zusammenhang mit ME/CFS an. Allenfalls ist die ausführliche Krankengeschichte (statt «blosser» Arztberichte) einzuholen, weil sich daraus oft detailliertere Erkenntnisse ergeben wie beispielsweise die Regelmässigkeit der Arztkonsultationen und die an einzelnen Terminen gemessenen Vitalwerte und erhobenen Laborbefunde. Im Weiteren bieten sich gezielte Fragen an die Behandler an. Vorliegend wäre etwa von Relevanz, wann bzw. wie oft Konsultationen in der Praxis und in Form von Videokonferenzen, Telefonaten oder Hausbesuchen stattgefunden haben sowie wann und wie die Diagnose ME/CFS und das sehr tiefe Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin anhand des körperlichen Zustands objektiviert werden konnte (z.B. ärztlich festgestellte Muskulatur bzw. Muskelhypotrophie, Sauerstoffsättigung, gemessener Blutdruck und Puls, dokumentierte Anzeichen für Dehydrierung, mangelnd gepflegter Allgemeinzustand, verlangsamte oder anderweitig auffällige Kommunikation, schmerzverzerrtes Gesicht, steife Bewegungen, Wegknicken der Beine, Fallenlassen von Gegenständen, etc.). Zum ME/CFS existieren internationale Konsenskriterien (ICC, vgl. IV-act. 171-35 ff., insbesondere 171-44 f.) und der Schweregrad wird nach der sogenannten Bell Skala und dem FUNCAP55 bestimmt. Sowohl die ICC als auch die Kriterien der Bell Skala bzw. des FUNCAP55 können zumindest in einem gewissen Grad mit klinischen Befunden und Beobachtung objektiviert werden. Es wäre daher wünschenswert, wenn die Behandler sich hierzu vertieft äussern würden.

E. 4.6

Ebenso wäre wissenswert, wie die Gewichtsentwicklung bzw. Ernährung über Sonde, die Sauerstoffsättigung und das posturale Tachykardiesyndrom (POTS) im hier interessierenden Zeitraum dokumentiert wurden. Insbesondere ist davon auszugehen, dass die Sauerstoffsättigung regelmässig kontrolliert und dementsprechend dokumentiert worden ist, zumal sich in den Akten Angaben betreffend vom Pulsoximeter gemessene Sauerstoffsättigungen unter 90 % (Tiefstwert 72 %) und betreffend eine Sauerstofftherapie finden. Gemäss Beschwerde (act. G1) fand im Juni 2023 ein Spitalbesuch zur Lungenfunktionsprüfung statt. Soweit dabei ebenfalls die Sauerstoffsättigung gemessen wurde, liesse sich diese mit den entsprechenden medizinischen Akten ebenfalls nachweisen. Auch über die Ernährung der Beschwerdeführerin müsste eine echtzeitliche medizinische Dokumentation erhältlich sein. Insbesondere müsste sich ermitteln lassen, wann, in

welchem Zeitraum und mit welchen Intervallen Infusionen mit Ringerfundin, NaCl und Glucose B (vgl. hierzu die Ausführungen in der Beschwerde, act. G1) stattgefunden haben oder spezielle Sondennahrung bezogen wurde. Dr. C.____ berichtete von Crashes durch Lärm, Licht und Stress. Diesbezüglich würde sich die Rückfrage an ihn anbieten, ob er diese Angaben auf eigene Beobachtungen oder auf die Angaben der Beschwerdeführerin stützte. Dr. C.____ bot ebenfalls an, vorgängig zu einem Hausbesuch könne man IV 2024/213 18/22

mit ihm Kontakt aufnehmen, damit er einige Informationen zum Umgang mit der Versicherten mitteilen könne, sodass diese durch den Hausbesuch keinen Crash erleide (IV-act. 162-7 f.). Bei ihm könnte deshalb nachgefragt werden, was bei einem Hausbesuch seiner Ansicht nach zu berücksichtigen wäre (diesbezüglich liegt übrigens bereits ein medizinischer Fachartikel im Recht, welcher allgemeine Verhaltensempfehlungen zur Behandlung von ME/CFS und zum Umgang mit ME/CFS-Behandlungen abgibt, vgl. IV-act. 171-68 ff., insbesondere IV-act. 171-72 f. und 171-80).

E. 5.1

Nach weiteren Abklärungen zur Schaffung einer validen Aktenlage wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, ob damit eine genügende Entscheidungsgrundlage erstellt werden konnte (was durchaus möglich ist, vgl. hierzu einlässlich Entscheid des Versicherungsgerichts Luzern, LGVE 2024 III Nr. 4, 5V 22 26, insbesondere E. 8 und E. 9). Erlauben es nämlich die eingeholten Beweismittel, einen medizinischen Sachverhalt zu erheben, welcher zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, so ist eine Begutachtung gemäss Art. 44 ATSG nicht (mehr) notwendig. Nichts anderes hat das BSV als Verwaltungsweisung im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) vorgesehen, wo festgehalten ist, dass eine externe medizinische Begutachtung (nur dann) in Auftrag zu geben ist, wenn die IV-Stelle trotz RAD- Untersuchung oder wenn eine solche nicht angebracht war, nicht in der Lage ist, den Sachverhalt zu beurteilen (vgl. Rz. 3049, 3054 und 3064).

E. 5.2

Sollte eine Administrativbegutachtung nach weiteren Abklärungen noch erforderlich sein (namentlich, wenn eine Indikatorenprüfung, also ein strukturiertes Beweisverfahren anhand der Standardindikatoren sich aus den medizinischen Unterlagen ungenügend ergeben würde), ist entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht einzusehen, weshalb nicht vorab eine monodisziplinäre Begutachtung vor Ort (Hausbesuch) stattfinden könnte, sofern die Zumutbarkeit einer polydisziplinären externen Begutachtung weiterhin fraglich ist. Die Beschwerdegegnerin selbst scheint eine Fachperson für Psychiatrie oder für die Beurteilung von ME/CFS als geeignet für die Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit anzusehen (vgl. Beschwerdeantwort, S. 1, act. G3). Eine solche Fachperson ist – wie jeder ausgebildete Arzt – auch in der Lage, eine vollständige Anamneseerhebung sowie Untersuchungen zum Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin durchzuführen. Sie ist dabei nicht auf eine spezielle Umgebung oder Gerätschaften angewiesen, sodass eine ausserhäusliche Begutachtung für eine Beurteilung *lege artis* nicht zwingend erforderlich ist. Weshalb Gutachter unter diesen Umständen keine Hausbesuche vornehmen sollten, ist nicht nachvollziehbar. Selbstredend ist ihnen dafür eine Wegentschädigung zuzusprechen. Im Gegenzug fallen aber die Reisekosten für die versicherte Person, welche vom Versicherungsträger übernommen würden, dahin. Nachdem die Beschwerdegegnerin

vorliegend einen begleiteten Liegendtransport zur externen Begutachtung für die Beschwerdeführerin vorgesehen hatte, dürften – insbesondere mit Blick auf den zu prüfenden Anspruch IV 2024/213 19/22

der Beschwerdeführerin auf eine Dauerleistung in Form einer Rente – durch einen Hausbesuch eines Gutachters keine unverhältnismässig höheren Kosten anfallen.

E. 5.3

Da vorliegend der geltend gemachten PENE eine wesentliche Bedeutung für den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zukommt, könnte allenfalls eine Begutachtung an zwei Terminen sinnvoll sein, damit die medizinische Fachperson die Folgen einer Anstrengung (erster Begutachtungstermin) bzw. eine allfällige PENE dokumentieren und einschätzen kann (vgl. hierzu die Ausführungen des Kantonsgerichts Luzern in einem ähnlich gelagerten Fall, LGVE 2025 III Nr. 1, 5V 23 272, E. 7.3.2.2, Entscheid vom 11. Dezember 2024; das Gericht sah einen Termin für die Exploration [Befragung und Befunderhebung] und einen zweiten Termin für die Verifizierung und Charakterisierung der PENE vor). Selbstredend ist ein solcher Zweittermin nur dann erforderlich, wenn sich nicht aus dem Ersttermin schon eine eindeutige vollständige Arbeitsunfähigkeit ergibt. Umgekehrt kann der Gutachter selbstverständlich auch zum Schluss gelangen, dass eine polydisziplinäre Untersuchung doch noch erforderlich ist, und kann sich dann auch zur Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin (siehe zur Thematik der Reisefähigkeit beispielhaft Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts C-1154/2022 vom 19. Juli 2023 und C-4010/2022 vom 26. Februar 2025) und dazu äussern, ob und in welcher Form (Hausbesuche, externe Begutachtung etc.) der Beschwerdeführerin eine polydisziplinäre Begutachtung zumutbar ist.

E. 6.1

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist. Die Zwischenverfügung vom 30. September 2024 ist aufzuheben und die Angelegenheit zur Fortführung des Verfahrens im Sinne der vorstehenden Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 6.2

Gerichtskosten sind keine zu erheben. Da es sich vorliegend nicht um eine Streitigkeit betreffend «IV-Leistungen» handelt, findet die Kostenregelung von Art. 69 Abs. 1bis IVG keine Anwendung.

E. 6.3

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Gutachtensanordnung der Beschwerdegegnerin wurde vollumfänglich aufgehoben, weshalb grundsätzlich von einem Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist, obschon auf ihren Antrag betreffend Zusprache einer ganzen IV-Rente nicht eingetreten und somit ihrem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, ohne Einholung eines polydisziplinären Gutachtens einen materiellen Rentenentscheid zu fällen, nicht entsprochen wird. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der IV 2024/213 20/22

Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--.

E. 6.4

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat eine Honorarnote über Fr. 6'604.90 eingereicht (act. G5.1). Darin enthalten sind indes auch Kosten aus dem Verfahren vor der Vorinstanz (Zeitraum vom 6. August 2024 bis 12. September 2024), welche nicht im vorliegenden Beschwerdeverfahren entschädigt werden können. Der Rechtsvertreter begründet die hohen Kosten damit, es handle sich um einen nicht alltäglichen Sachverhalt und es würden sich viele neue Rechtsfragen stellen (act. G5). Die Angelegenheit war indes nicht aussergewöhnlich komplex. Namentlich der Aktenumfang sprengte nicht den Rahmen des Üblichen. In der 15 Seiten umfassenden Beschwerdeschrift (eine Seite Anträge und Formelles, sechs Seiten Sachverhalt, sieben Seiten Begründung) befasste sich der Rechtsvertreter im Wesentlichen mit dem Untersuchungsgrundsatz, der Zumutbarkeit und Notwendigkeit von Abklärungen, den Beweismitteln im IV-Verfahren und dem spezifischen Krankheitsbild des ME/CFS (vgl. act. G1). Auch wenn dieses Krankheitsbild sowie die Frage nach der Zumutbarkeit einer Administrativbegutachtung ausser Haus tatsächlich selten in IV-Verfahren behandelt werden, rechtfertigen sich die geltend gemachten hohen Aufwände in diesem Umfang nicht. Vielmehr ist mit Blick auf die eingeschränkte Streitfrage und auf vergleichbare Fälle eine der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessene pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. IV 2024/213 21/22

Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Zwischenverfügung vom 30. September 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der vorstehenden Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'300.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. IV 2024/213 22/22

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