S1 21 24

URTEIL VOM 12. AUGUST 2021

Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Besetzung: Dr. Thierry Schnyder, Präsident; Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt M _____,

gegen

KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin

(Resterwerbsfähigkeit / Haushaltsabklärung)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Dezember 2020

Sachverhalt und Verfahren

A. Die im Jahr xxx geborene Versicherte meldete sich bei Verdacht auf ein Liquorverlustsyndrom am xxx 2016 (S. 8 ff.) bei der IV-Stelle des Kantons Wallis zum Bezug von Leistungen. Die Mutter von zwei Kindern (Jahrgang 2002 und 2004) und seit dem 16. Juli 2007 als kaufmännische Angestellte zu 50% tätig (S. 50 ff.), gab im Anmeldeformular an, ein Pensum von 50% zu verrichten, wobei sie ergänzte: «aufgrund körperlicher Einschränkungen, sonst 100%» (S. 13 Ziffer 5.4). Gemäss Protokoll der telefonischen Besprechung vom 7. September 2016 (S. 31 ff.) wurde unter Rubrik 8 «Status der versicherten Person» festgehalten: «Anteil Erwerbstätigkeit: 100% (auch Schätzung)» (S. 32) und ergänzt, die Versicherte besorge den Haushalt selber (S. 32). Aktuell werde aufgrund der körperlichen Beschwerden ein Pensum von 50% getätigt. Die IV-Stelle holte in der Folge den Arbeitgeberbericht (S. 50 ff.) und die medizinischen Akten ein (S. 37 ff.). Mit Berichten vom 27. Oktober 2014 (S. 47 f.) und 16. Februar 2016 (S. 43 f.) diagnostizierte der Neurologe Dr. A _____:

«1. Klinischer V.a. Liquor-Unterdrucksyndrom

- Zst. N. erweiterter Laminektomie Th 5 und Adhäsiolyse 03/12/2013 bei arachnoidaler Zyste dorsal des Rückenmarks auf Höhe Th5

- Symptome akut aufgetreten am 14.12.2013 nach Valsalva Manöver

2. Aktuell: von thorakal nach rostral zunehmende Verspannung und massivste Schmerzen hauptsächlich in Rückenlage

- Im MRI-Sternum vom 08.01.2016 Normalbefund» (S. 43) und erachtete ein akut aufgetretenes Liquorleck weiterhin als die wahrscheinlichste Diagnose, auch wenn in der entsprechenden MRI-Untersuchung keines habe nachgewiesen werden können (S. 48). Die am 31. Januar 2017 durchgeführte MRT ergab normale Schädelbefunde (S. 77). Auch die Abklärungen im Inselspital Bern (Berichte vom 16. Februar 2017 S. 91 und 8. Mai 2017 S. 104) ergaben keinen Nachweis eines Liquorlecks (S. 106 ff.). Anlässlich der psychiatrische Beurteilung vom 14. Juli 2017 (S. 124 ff.) führte die Versicherte aus, seit Jahren nur noch in einem 50% Pensum tätig zu sein. Ihr Ehemann arbeite aber in einem Vollpensum, weshalb das Gesamteinkommen gut ausreiche (S. 124). Sie gebe sich Mühe, sei aber eingeschränkt, wobei sie den Haushalt nicht auf einmal erledigen könne und die Arbeiten auf verschiedene Tageszeiten oder Tage verteile. Das Kochen am Mittag und das Vorbereiten des Frühstücks bereite ihr keine Mühe. Der Psychiater kam zum Schluss, aus rein psychiatrischer Sicht liege bei einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 126). Am 5. September 2017 ergänzte der Neurologe, es sei ausdrücklich zu erwähnen,

dass bei einem nicht unerheblichen Teil der betroffenen Patienten mit klinisch eindeutigen Zeichen für ein Liquorrhoesyndrom das Liquorleck nicht identifiziert werden könne, sodass ein negativer bildmorphologischer Befund diese Diagnose keineswegs ausschliesse. Es bestehe eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Zwar liege ein intakter Hirnnervstatus vor, jedoch seien die Symptome eines wahrscheinlich vorliegenden Liquorunterdrucksyndroms mitzuberücksichtigen. Er schätzte daher die Arbeitsfähigkeit auf 25% ein, entsprechend einer 2-stündigen Tätigkeit. Inwieweit eine weitere Steigerung möglich sei, bleibe abzuwarten (S. 136).

B. Nachdem die Akten dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) übergeben worden waren, attestierte der RAD-Facharzt für Physikalische Medizin Dr. B _____ am 4. Oktober 2017 (S. 147) gestützt auf den Bericht des Vertrauensarztes des Krankentaggeldversicherers vom 26. Juni 2017 (S. 646 ff.) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster und angestammter Tätigkeit ab 4. September 2017. Insgesamt sei die Diagnose bei sehr komplexer Situation nicht 100% gesichert. Es lägen keine wesentlichen Funktionseinschränkungen vor. Neurologisch sei die Versicherte unauffällig, so dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten angepassten Tätigkeit mit Pausen nach Bedarf zumutbar sei (S. 148). Der Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers, Facharzt für Neurologie, hatte am 26. Juni 2017 (S. 646) ausgeführt: «Aus streng neurologischer und neurochirurgischer Sicht bei fehlender radikulärer Reiz- oder Ausfallsymptomatik und intaktem Hirnnervenstatus ist eine 100% Arbeitsfähigkeit durchaus gegeben, trägt man dem Zustand nach neurochirurgischer Operation Rechnung, so kann eine volle Arbeitsfähigkeit ihres bisher gewohnten 50% Arbeitspensum beantragt werden».

C. Am 23. Januar 2018 wurde die Versicherte in Bezug auf den Status und Haushalt abgeklärt (S. 156 ff.). Zur Erwerbstätigkeit gab die Versicherte zu verstehen, sie habe aufgrund des Skiunfalles im Jahr 2011 nicht wie geplant per August 2012 eine 80% Stelle suchen können. Diese Absicht habe sie bei Stellenantritt erwähnt und mit dem Eintritt des Sohnes in die zweite Klasse begründet. Da sich ihre gesundheitliche Situation auch vom Bein her verschlechtert habe, habe sie dies im Geschäft auch nicht mehr angesprochen. Im Anschluss an das Gespräch bestätigte die Versicherte dies schriftlich (S. 162). Im Haushalt werde sie durch ihre Kinder und den Ehemann unterstützt. Einschränkungen ergaben sich gemäss Abklärungsbericht in allen Bereichen. Bei einem Anteil Hausarbeit von 20% und einer Einschränkung von insgesamt 26% resultierte ein Teilinvaliditätsgrad von 5.20% im Haushalt. Mit Bericht vom 8. Februar 2018 (S. 167 f.) erachtete der RAD-Facharzt für Physikalische Medizin diese Einschätzung als nachvollziehbar.

Mit Vorentscheid vom 4. Juni 2018 (S. 171 ff.) schloss die IV-Stelle im Rahmen der Statusbeurteilung auf eine Aufteilung von 80% zu 20%, übernahm im Haushalt die Einschränkungen von 26% und legte für den Erwerbsteil eine solche von 100% bis zum 3. September 2017 bzw. eine solche von 50% ab dem 4. September 2017 fest, womit sich der globale Invaliditätsgrad auf 85.20% bzw. auf 45.20% belief. Damit erklärte sich die Versicherte am 2. Juli 2018 und 19. September 2018 nicht einverstanden (S. 179, S. 194 ff). Sie erachtete insbesondere den medizinischen Sachverhalt als ungenügend abgeklärt und ersuchte um ein externes Gutachten. Dem neurologischen Bericht des Vertrauensarztes des Krankentaggeldversicherers komme kein Beweiswert zu. Ausserdem hätte sie im Gesundheitsfalle per 1. August 2017 ihre Erwerbstätigkeit auf 100% gesteigert, ihr Sohn sei dann in die Oberstufe und mittags nicht mehr heimgekommen. Diese künftige Pensumsänderung sei nie erfragt worden. Ferner sei auch das Ergebnis der Haushaltsabklärung unzutreffend, da bei einem 80% Arbeitspensum aufgrund der dadurch benötigten Pausen die Einschränkung wesentlich höher ausfallen würden. Die Angaben würden nämlich auf der Annahme eines 0%-Arbeitspensums beruhen. Die Einschränkungen im Haushalt würden sich vielmehr auf mindestens 50% belaufen.

D. Nach Rücksprache mit dem RAD-Facharzt für Physikalische Medizin erging am 13. bzw. 23. November 2018 (S. 202, S. 211) der Gutachterauftrag. Mit Schreiben vom 12. Dezember 2018 (S. 230) wurde der Versicherten mitgeteilt, das Zentrum für Medizinische Begutachtung Basel (ZMB) werde das polidisziplinäre (Allgemeine Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie) Gutachten erstellen. Mit Schreiben vom 9. Januar 2019 lehnte die Versicherte die Begutachtung durch den beauftragten Neurologen ab (S. 251), wobei die IV-Stelle an diesem festhielt (S. 252 ff.). Mit Schreiben vom 8. Mai 2019 (S. 265) wurde der Versicherten die Änderung des Psychiaters angezeigt.

Das polidisziplinäre Gutachten wurde am 1. Juli 2019 erstellt (S. 276 bis 369). Dabei ging aus internistischer und orthopädischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit hervor. Gestützt auf die neurologische und psychiatrische Abklärung resultierte per 15. Januar 2011 insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (vorbehalten die Zeit nach dem Eingriff vom 3. Dezember 2013 mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit).

Der RAD-Facharzt für Physikalische Medizin schlussfolgerte mit Bericht vom 16. Juli 2019 (S. 371 ff.), gestützt auf das polidisziplinäre Gutachten sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit ab dem 15. Januar 2011 zu 30% bzw. vom 3. Dezember 2013 bis zum 3. September 2017 zu 100% (Bericht des Vertrauensarztes des Krankentaggeldversicherers) sowie ab dem 4. September 2017 zu 30% arbeitsunfähig gewesen. Vor

der Begutachtung durch den Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers im September 2017 (recte Juni 2017) dürfte ab dem Eingriff vom 3. Dezember 3013 keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben, da die Versicherte ständig in Behandlung und Abklärung gewesen sei. Im September 2017 sei die Versicherte auch vom behandelnden Neurologen zu 25% arbeitsfähig erklärt worden.

E. Mit Schreiben vom 18. Juli 2019 (S. 378) hob die IV-Stelle den Vorentscheid vom 4. Juni 2018 auf und ersetzte diesen mit demjenigen vom 18. Juli 2019. Darin stellte sie der Versicherten eine ganze Rente vom 1. März 2017 bis zum 31. Dezember 2017 in Aussicht. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass ihr spätestens seit dem 4. September 2017 ein Pensum von 70% zuzumuten sei, wobei bei einem Erwerbsanteil von 80% ein Invaliditätsgrad von 24% im Erwerb- und ein solcher von 5.20% im Haushaltsbereich, mithin insgesamt von 29.20% resultierte.

Mit Einwand vom 20. August 2019 (S. 388) und 18. November 2019 (S. 394 ff) brachte die Versicherte vor, der RAD-Facharzt für Physikalische Medizin habe selber ausgeführt, dass er es nicht für richtig halte, wenn man ihre Beschwerden lediglich auf psychosoziale Belastungsfaktoren und psychosomatische, somatoforme Schmerzverarbeitungsstörungen zurückführe. Das ZMB komme final aber nun genau zum Schluss, dass eine psychische Überlagerung verantwortlich sein solle. Der Bericht des Neurologen des ZMB setze sich nicht mit den Vorbringen des behandelnden Neurologen auseinander und sei weder nachvollziehbar noch vollständig. Hinsichtlich der Haushaltsabklärung brachte sie das am 19. September 2018 Dargelegte erneut vor. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 50% bei der Annahme einer 100% Arbeitstätigkeit.

Mit Bericht vom 2. Dezember 2019 ergänzte der RAD-Facharzt für Physikalische Medizin (S. 401 ff.), er habe immer auf die komplexe Situation hingewiesen. Das Liquorrhoesyndrom sei sowohl von Dr. C _____, Facharzt für Neurochirurgie, am 22. Januar 2014 (S. 684) als auch von den Neurochirurgen des Inselspitals am 8. Mai 2017 (S. 104 f.) ausgeschlossen worden. Dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Liquorrhoessyndrom vorliege, werde im ZMB-Gutachten ausführlich begründet. Dr. A _____ seinerseits stelle ebenfalls nur den *Verdacht* auf ein Liquor-Unterdruck-Syndrom. Ein solches sei aber auch im MRI nicht zu sehen. Im Bericht vom 4. September 2017 habe dieser ausserdem dargelegt, dass dieses soweit vorhanden, vorübergehend gewesen sei. Nach Gutachten sei für die Symptomatik ein fehlstatisches Syndrom, muskuläre Dysbalancen, eine Verkürzung des Pectoralis sowie ein sternosymphyseales Belastungssyndrom nach Brügger verantwortlich. Die Behauptung der Versicherten, die Symptomatik werde einer psychischen Überlagerung zugeschrieben, sei falsch. Auch

sei der Vorwurf, dass sich der Neurologe des ZMB nicht mit der Diagnose auseinandergesetzt habe, nicht nachvollziehbar. Auf Seite 60/61 gehe dieser explizit darauf ein, auch dass von einer muskolo-skettalen Problematik auszugehen sei, werde ausführlich dargelegt. Die Patientin sei von drei verschiedenen neurologischen Gutachtern als voll arbeitsfähig eingestuft worden. Seiner Ansicht nach könne am Gutachten festgehalten werden.

Ergänzend holte die IV-Stelle am 10. Dezember 2019 einen Zusatzbericht beim Neurologen des ZMB ein (S. 405). Am 18. Dezember 2019 liess die Versicherte eine Stellungnahme der Psychiaterin Dr. D _____ vom 15. August 2019 (S. 412) zukommen, Diese wies daraufhin, dass eine eigentliche Konsensbesprechung der Ärzte des ZMB sowie eine Fremdanamnese fehle und daher auf das Gutachten nicht abgestellt werden könne. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung sei ausschliesslich auf die Versichertenangaben abgestellt worden. Eine objektive Einschätzung der Fähigkeiten und Einschränkungen fehle. Am 29. Januar 2020 (S. 419) sahen die Ärzte des ZMB keinen Grund, ihre Beurteilung zu ändern. Zwischen dem fallführenden Gutachter und dem Psychiater hätten mehrere Gespräche stattgefunden. Schliesslich seien zur psychiatrischen Evaluation eine persönliche Untersuchung sowie sämtliche Akten beigezogen und die Angaben der Versicherten keinesfalls unkritisch übernommen worden. Ausserdem habe eine Erhebung einer Fremdanamnese als nicht zielführend erschienen. Der Unfall im Jahr 2011 stelle für die sich daran anschliessende Entwicklung einen «Kristallisationspunkt» dar. Der RAD-Facharzt für Physikalische Medizin riet am 11. Februar 2020 (S. 427 ff) noch eine Stellungnahme beim RAD-Facharzt für Psychiatrie einzuholen, der am 6. April 2020 darlegte, es handle sich um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem das Unfallereignis im Jahr 2011 die über viele Jahre erfolgreiche Abwehr habe dekompensieren lassen und so gewissermassen den Kristallisationspunkt für die folgende Entwicklung und die heute bestehende Krankheitssymptomatik darstelle. Diese Zusammenhänge seien vom Gutachter aufgezeigt und inhaltlich erläutert worden, sodass die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 30% nachvollziehbar sei.

Mit Verfügung vom 18. Dezember 2020 (S. 451) sprach die IV-Stelle der Versicherten vom 1. März 2017 bis zum 31. Dezember 2017 eine ganze Rente zu, danach entfiel diese aufgrund eines Invaliditätsgrades von lediglich 29.20%. Dabei ging die IV-Stelle von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes per 4. September 2017 und einer Resterwerbsfähigkeit von 70% bei einem Erwerbsanteil von 80% und einem Haushaltsanteil von 20% aus.

F. Am 15. Januar 2021 liess die Versicherte dagegen Beschwerde bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts einreichen (S. 464 ff.). Darin beantragte sie die Abweisung der Beschwerde sowie die Einholung weiterer medizinischer Akten. Die Vergabe des Gutachtens durch das Zufallsprinzip sei nicht belegt und zu prüfen. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung habe sodann nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnose anhand eines strukturierten Beweisverfahrens zu erfolgen. In casu sei der für sie wesentliche Punkt d.h. die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nur ungefähr mit ca. 30% festgelegt worden. Diese sei daher in einem Obergutachten exakt zu bestimmen. Das Ergebnis des strukturierten Beweisverfahrens steht sodann in deutlichem Widerspruch zu den früheren ärztlichen Beurteilungen, insbesondere der Neurologen und des RAD-Arztes. Letzterer habe selber dargelegt, dass er es nicht für richtig halte, wenn man die Beschwerden lediglich auf psychosoziale Belastungsfaktoren und eine somatoforme Schmerzstörung zurückführe. Gemäss dem behandelnden Neurologen Dr. A _____ sei nach wie vor der Verdacht auf ein Liquorrhoesyndrom vorhanden. Der Neurologe des ZMB habe sich nicht eingehend mit der Diagnose eines Liquorunterdrucksyndroms auseinandergesetzt. Gemäss diesem sei ein solches möglich, jedoch würden eine musculo-skelettale Symptomatik im Vordergrund stehen. Sodann werde dieses ohne weitere Begründung als vorübergehend und als auf einer reinen Annahme beruhend bezeichnet, da ein meningeales Enhancement nie vorgelegen habe. Allerdings schliesse ein negativer bildmorphologischer Befund die Diagnose keineswegs aus. Die Beurteilung des behandelnden Neurologen stehe damit trotzdem und auch nach Einholung der ergänzenden Ausführungen noch in unaufgelöstem Widerspruch zur Beurteilung des Neurologen des ZMB. Das Gutachten des Neurologen sei damit weder nachvollziehbar noch vollständig. Auch dessen Diagnose beruhe zudem auf einer reinen Annahme. Gemäss Bundesgerichtlicher Rechtsprechung genüge es sodann nicht, wenn der Sachverständige von einer Diagnose direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit schliesse. Vielmehr habe er darzulegen, dass inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die berufliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und zwar unter der sonstigen persönlichen, famililären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (BGE 145 V 361). Im Gutachten schliesse aber der Psychiater des ZMB von der Diagnose (starke Schmerzen, Erschöpfungssyndrom) auf eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30%. Eine Darlegung inwiefern und inwieweit die berufliche Arbeitsfähigkeit unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten eingeschränkt sei, sei durch den Psychiater des ZMB nie erfolgt. Es fehle an einer detaillierten Auseinandersetzung mit der Arbeitsunfähigkeit. Weder der Neurologe noch der Psychiater hätten nachvollziehbar und vollständig ihre Schlussfolgerungen begründet. Ferner

sei auf ihre plausiblen Aussagen hinsichtlich des 100%-igen Arbeitspensums im Gesundheitsfall ab August 2017 abzustellen. Ansonsten sei auch eine andere Einschätzung im Haushaltsbereich vorzunehmen. Gemäss Schlussbericht des RAD sei sie auf wiederholte Pausen angewiesen, die Stressresistenz sei reduziert und körperliche Anstrengungen zu vermeiden. Bei der Annahme einer 80%igen Arbeitsfähigkeit und 20%igen Haushaltsführung müssten die Einschränkungen im Haushalt wesentlich höher angesetzt werden. Die Abklärung habe ferner zu einem Zeitpunkt stattgefunden, in welchem sie gar nicht gearbeitet habe bzw. die Arbeit erst wieder aufgenommen habe. Hinzu komme, dass nicht nachvollzogen werden könne, wieso die Einschränkungen für Wohnpflege nur 20% statt 50% betragen solle, da diese doch überwiegend körperlich anstrengend seien. Bei der Position 5.4 werde die Einschränkung mit ihren Schilderungen bei ca. 40% angesetzt. Nicht zugestimmt werden könne sodann den Einschätzungen unter dem Titel Wäsche- und Körperpflege. Sie könne maximal noch 50% der anstehenden Arbeiten selber erledigen. Verkannt werde ebenfalls, dass sie seit September 2019 von ihrem Ehemann getrennt lebe.

Im Rahmen der Vernehmlassung hielt die Beschwerdegegnerin am 16. Februar 2021 an ihrer Verfügung fest. Zum Vergabeverfahren durch Zufallsprinzip seien der Beschwerdeführerin bereits mit Schreiben vom 30. November 2018 Unterlagen zugestellt worden. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gelte es zu beachten, dass es sich bei der medizinischen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gerichtsnotorisch um eine Schätzung und nicht um eine exakte Wissenschaft handle, was eine Angabe mit Zusätzen durchaus realistisch erscheinen lasse. Abgesehen davon sei die Gesamtbeurteilung massgebend, wonach auf ein 100%-Pensum bezogen eine 70%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. Ferner sei es nicht unüblich, dass Einschätzungen der Gutachter von den Einschätzungen der behandelnden Ärzte abweichen. Dieser Umstand allein, lasse die Einschätzung der Gutachter nicht als unzutreffend erscheinen. Hinsichtlich der Einwände in Bezug auf die Einschätzung des RAD-Arztes scheine es doch reichlich widersprüchlich, wenn die Beschwerdeführerin sich nunmehr auf diesen berufe, währendem sie früher offenbar dessen Berichten keinen ausreichenden Beweiswert zugemessen hatte und ein Gutachten verlangte. Keiner der Experten sei zum Schluss gelangt, wonach ein Liquorrhoesyndrom vorliege, obwohl die Beschwerdeführerin mehrfach abgeklärt worden sei. Selbst bei Vorliegen der Diagnose würde diese nicht automatisch zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Entgegen den anderslautenden Behauptungen der Beschwerdeführerin sei sodann dem psychiatrischen Teilgutachten eine detaillierte Auseinandersetzung mit den persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung zu entneh-

men. Die Entwicklung der Schmerzchronifizierung werde dargelegt und es seien sämtliche Standardindikatoren in seine Beurteilung miteinbezogen worden. Es enthalte ausserdem ausführliche Schilderungen des Tagesablaufs, der sozialen Situation sowie der früheren Aktivitäten der Beschwerdeführerin. Hinsichtlich der Statusfrage gelte es zu beachten, dass die Haushaltsabklärung im Januar 2018 stattgefunden habe. Bei dem von ihr behaupteten Statuswechsel per August 2017 handle es sich mithin im Abklärungszeitpunkt gerade nicht um einen in der Zukunft liegenden Zeitpunkt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit müsse daher davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin, hätte sie wenige Monate zuvor eine Steigerung des Arbeitspensums geplant gehabt, dies anlässlich der Abklärung mitgeteilt hätte. Abgesehen davon habe selbst die Annahme eines 100%igen Pensums bei einer 70%igen Arbeitsfähigkeit nicht die Zusprache einer Invalidenrente zur Folge. In Bezug auf die Haushaltsabklärung ergänzte die Beschwerdegegnerin, bei einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten könne auch im Haushalt mit einem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Einschränkungen 30% keinesfalls überschreiten könnten. Ausserdem seien die Kinder in einem Alter, in welchem von ihnen eine erhebliche Mithilfe im Haushalt längstens verlangt werden könne. Im Übrigen verwies sie auf das in der Verfügung Dargelegte.

Replizierend führte die Beschwerdeführerin am 12. April 2021 aus, es ergebe sich aus dem Gutachten ohne Weiteres, dass die mangels Konsensbeurteilung gar nicht stattgefundene Gesamtbeurteilung sich auf die psychiatrische Begutachtung beschränke, denn in keiner anderen Begutachtungsdisziplin sei ebenfalls von 30% ausgegangen worden. Die Einschätzung der Gutachter weiche nicht nur von den behandelnden Ärzten sondern auch von denjenigen des RAD-Arztes sowie des Vertrauensarztes des Krankenversicherers ab. Hinsichtlich der Anpassung des Pensums sei sie nie danach gefragt worden und das Thema sei rasch gewechselt worden.

In ihrer Duplik vom 20. April 2021 hielt die Beschwerdegegnerin am Gesagten fest und beantragte weiterhin unverändert die Abweisung der Beschwerde.

Auf weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen und Begründungen wird, soweit rechtlich von Bedeutung, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

ERWÄGUNGEN

1. Das Kantonsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und die Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtswegs, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1, 126 V 30). In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG]). In casu ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPflG] i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 [RVG] und Art. 81a des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Invalidenversicherung den Rentenspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

3.

3.1 Als Invalidität gilt die aufgrund eines Geburtsgebrechens, Unfalls oder einer Krankheit voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 1 ATSG). Nicht jede Invalidität begründet einen Anspruch auf eine Rente. Erforderlich ist eine gewisse Art und Schwere (Art. 4 Abs. 2 IVG). Seit dem 1. Januar 2004 besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50% ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% ein solcher auf eine ganze Rente (Art. 28 IVG).

3.2 Über die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidet die Statusfrage. Ob eine versi-

cherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30 f. mit Hinweisen; Urteil 8C_700/2019 vom 1. Mai 2020 E. 3.2). Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. BGE 144 I 28 E. 2.4 S. 31 und Urteil 8C_526/2020 vom 31. Oktober 2020 E. 3.3 je mit Hinweisen).

3.3 Auch wenn Gegenstand der Invalidenversicherung im erwerblichen Bereich nicht der Gesundheitsschaden an sich ist, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung, der Invaliditätsbegriff in diesem Sinne ein juristischer und kein medizinischer Begriff ist (BGE 102 V 166), sind Verwaltung und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; 115 V 134 E. 2).

3.4 Aufgrund des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die ver-

fügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur

die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 9C_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.3).

3.5 Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische oder somatische Krankheit ist nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen (somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur) für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung). Dabei sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und E. 2.2; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funkti-

oneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck [E. 4.4.2]). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5).

Sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung haben sich bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an diesen normativen Vorgaben zu orientieren (BGE 143 V 418 E. 6). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen.

4.

4.1 In formeller Hinsicht bemängelt die Beschwerdeführerin die Vergabe des Gutachterauftrages an die ZMB. Sie bringt vor, die Verwaltung könne nicht offen legen, ob sie das eingeholte polydisziplinäre medizinische Gutachten nach dem vorgeschriebenen Zufallsprinzip eingeholt habe. Dieser Einwand ist vorab zu prüfen.

4.2 Polydisziplinäre Gutachten, wie das vorliegende, haben nach dem Wortlaut von Art. 72bis Abs. 1 IVV (in der seit 1. März 2012 gültigen Fassung) bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das BSV eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die MEDAS im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 IVV). Zu dessen Umsetzung hat das BSV die webbasierte Vergabeplattform SuisseMed@P eingerichtet, über welche der gesamte Verlauf der Gutachtenseinholung gesteuert und kontrolliert wird (vgl. SuisseMed@P: Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen, Anhang V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], August 2012; http://www.suissemedap.ch).

4.3 Aufgrund der amtlichen Akten steht in casu zweifelsfrei fest, dass sich die Beschwerdegegnerin vorschriftsgemäss betreffend die Auftragsnummer xxx an das SuissMed@P-

Team wandte, welches ihr mittels Schreiben vom 23. November 2018 mitteilte, der Auftrag sei dem Zentrum für Medizinische Begutachtung ZMB zugeteilt worden (S. 226). Die Bestätigung enthält neben der Auftragsnummer die Versichertennummer, weshalb jegliche Verwechslung ausgeschlossen ist. Mithin ist die Vergabe durch Zufallsprinzip erstellt. Zusätzliche Weiterungen erübrigen sich, zumal die Beschwerdeführerin nicht darlegt, inwiefern diese Vorgehensweise nicht den Vorgaben entsprochen hätte und ihr daraus ein rechtlicher Nachteil erwachsen wäre.

Es ist im Übrigen davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin vielmehr daran stösst, gutachterlich vom neurologischen Sachverständigen des ZMB, Dr. E _____, untersucht und beurteilt worden zu sein. Mit der Voreingenommenheit des Sachverständigen spricht sie einen weiteren formellen Grund an. Die IV-Stelle verwarf mit Schreiben vom 11. Januar 2019 die Gründe (S. 252), aus welchen die Beschwerdeführerin den nominierten Gutachter abgelehnt hatte. Daran ist, nachdem die Beschwerdeführerin diesbezüglich auch keine weiteren Einwände mehr vorbrachte, festzuhalten.

5.

5.1 Gestützt auf die Stellungnahmen des RAD zu den eingereichten medizinischen Berichten und Gutachten hielt die Vorinstanz in materiell-rechtlicher Hinsicht weiter fest, der Beschwerdeführerin sei ab dem 4. September 2017 eine angepasste Tätigkeit zu 70% zumutbar.

Die Beschwerdeführerin bemängelt das Gutachten des ZMB und bringt vor, die Einschätzung der Gutachter stehe in deutlichem Widerspruch zu früheren ärztlichen Einschätzungen, sei ohne Konsensbeurteilung, ohne exaktes Ergebnis und ohne Berücksichtigung der Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren erfolgt. Auf dieses könne daher nicht abgestellt werden.

5.2 Die Beschwerdeführerin weilte in der Woche vom 26. Februar 2019 im ZMB zur Untersuchung. Es fanden Abklärungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie statt. Letztere Fachdisziplin musste am 27. Mai 2019 wiederholt werden, da die erste Gutachterin krankheitshalber ausfiel. Im Rahmen dieser Abklärungen war es auch zu bildgebenden Untersuchungen gekommen. Der Bericht des ZMB vom 1. Juli 2019 (S. 276 ff.) enthält eine ausführliche Anamnese, einen Status, den Befund, die Diagnosen, eine medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung, eine Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität sowie die Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit. Fehl geht der Einwand der Beschwerdeführerin, die Schlussfolgerungen der

Gutachter seien ohne Konsensbesprechung ergangen, zumal unter Punkt 4 des Gutachtens (S. 277 ff.) eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung explizit erfolgte, was unter Punkt 5 des Gutachtens (S. 286 ff.) nochmals dargelegt und mit den Unterschriften sämtlicher beteiligter Gutachter bekräftigt worden war. Im Übrigen verkennt die Beschwerdeführerin, dass (auch wenn es optimal ist - wie in casu -), wenn bei polydisziplinärer Begutachtung die abschliessende, gesamthafte Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage eines Konsiliums der Teilgutachter erfolgt, in welchem die Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen diskutiert werden können, diese abschliessende interdisziplinäre Diskussion keine unerlässliche Voraussetzung für den Beweiswert der einzelnen, in sich widerspruchsfreien, schlüssigen und nach den Regeln der Kunst erstellten Teilgutachten darstellt, sofern sich deren Einschätzungen gegenseitig miteinander vereinbaren lassen (Bundesgerichtsurteil I 383/04 vom 26. November 2004 E. 3.3). Dies ist vorliegend zweifelsfrei der Fall, zumal sich die einzelnen Teilgutachten als schlüssig und stimmig miteinander erweisen.

Wenn die Beschwerdeführerin sodann weiter vorbringt, das Teilgutachten des Psychiaters sei hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zu ungenau, kann ihr auch darin nicht gefolgt werden. Einerseits ist unstrittig, dass die Beschwerdeführerin in der Gesamtbeurteilung explizit als «zu 70% arbeitsfähig (bezogen auf ein 100% Pensum)» beurteilt wurde und dies dem psychiatrischen Teilgutachten keineswegs widerspricht, der in seiner Schlussfolgerung auf eine «ca.» 30%ige Einbusse der Arbeitsfähigkeit schliesst. Weiter gilt es zu ergänzen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gerichtsnotorisch mit Begriffen wie «ungefähr» (Bundesgerichtsurteile 9C_356/2018 vom 12. Oktober 2018 E. 3.3, I 704/03 vom 28. Dezember 2004 E. 5), «etwa» (I 506/05 vom 1. März 2006 E. 4.1), «zwischen» (I 367/00 vom 24. Januar 2002 E. 4a) oder «von mindestens» einhergeht und keiner mathematischen exakten, sondern einer schätzungsweisen Grösse entspricht. Schliesslich kann aus dem Umstand, dass erst im Rahmen der multidisziplinären Konsensbesprechung eine einheitliche Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 70% folgte, nichts Gegenteiliges abgeleitet werden, bestehen doch, wie im psychiatrischen Fachgutachten erwähnt, Interferenzen zwischen den einzelnen Fachbereichen. Diesen konnte erst im Rahmen einer Gesamtbeurteilung, an welcher alle Ärzte teilnahmen, d.h. aus Sicht sämtlicher Fachbereiche unter Berücksichtigung des medizinischen interdisziplinären Zusammenspiels des komplexen Beschwerdebildes, Rechnung getragen werden.

Die Beschwerdeführerin wendet weiter ein, sowohl die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als auch der Diagnose würden in Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Ärzten bzw. zu früheren RAD-berichten stehen. Es kann dazu Folgendes festgehalten werden: Den Gutachtern des ZMB standen sämtliche medizinische Berichte, Ergebnisse und Stellungnahmen der letzten Jahre zur Verfügung. Sie kamen aufgrund der umfassenden Untersuchungen in übereinstimmender Weise zum Schluss, die Einschränkungen und Schmerzen, über die die Explorandin klage, könnten prinzipiell mit den orthopädischen Befunden erklärt werden. Abgestützt auf diese Befunde konnte ein Thorakalsyndrom mit fehlbelastungsbedingt symptomatischen artikulären und tendomyotischen Irritationen bei thorakaler Skoliose, Hyperkyphose und Haltungsinsuffizienz sowie einem Status nach Laminektomie Th5 mit Adhäsionlyse diagnostiziert werden. Inwieweit allenfalls eine zusätzliche Hypoliquorrhoe-Komponente (noch) mitspielte, blieb letztlich offen. Das Vorliegen einer *relevanten* Hypoliquorrhoe-Symptomatik verneinten sie jedoch. Der Einwand der Beschwerdeführerin, der Neurologe habe sich nicht eingehend mit der Diagnose eines Liquorunterdrucksyndroms auseinandergesetzt, geht jedenfalls fehl, erachtete er dieses ja als möglich. Die Gutachter waren sich auch darin einig, dass wenn die orthopädischen Befunde prinzipiell die Schmerzen erklären würden, eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den klinischen und bildgebenden Befunden bestehen würde. Auffallend sei, dass die Modulierbarkeit der Schmerzsymptomatik vermindert sei. Andererseits belaste die Explorandin ihren Rücken auch, fahre Velo, mache Ski-Touren, sei sportlich aktiv. Aus psychiatrischer Sicht schlossen die Gutachter daher auf eine psychogene Überlagerung des Schmerzerlebens, wobei die akzentuierten Persönlichkeitszüge eine wesentliche Rolle spielten. Sie stellten ebenfalls die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche die somatisch prinzipiell begründbaren Schmerzen überlagerten und zu einem vermehrten Schmerzerleben führten sowie einer leichten depressiven Episode, die sich in der Erschöpfung, der passiven Suizidalität ausdrückte. Es bestanden demgegenüber keine Hinweise auf Aggravation. Sie beurteilten die Beschwerdeführerin seit Januar 2011 als zu 70% arbeitsfähig (vorbehalten die Zeit betreffend den Eingriff vom 3. Dezember 2013). Schlussfolgernd hielten sie fest, die Gesamtarbeitsunfähigkeit werde mithin somatisch und psychiatrisch begründet, wobei sich die beiden Faktoren beeinflussen, die Arbeitsunfähigkeiten aber nicht addieren würden. Wie die Vorinstanz im Rahmen der Beweiswürdigung zu Recht erkannt hat, kommt dem polydisziplinären Gutachten des ZMB voller Beweiswert zu, da es zum einen alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen (BGE 125 V 352 E. 3 mit Hinweisen) Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage erfüllt (Beweiseignung) und zum andern auch inhaltlich überzeugt (Beweiskraft). Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen,

berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt und es wurden bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die psychisch und physisch bedingten Einschränkungen gehörig beachtet. Zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und münden in begründete Schlussfolgerungen ein. Die vorhandene Dokumentation der erhobenen Befunde und die dazu ärztlicherseits abgegebenen Stellungnahmen ermöglichen eine zuverlässige Beurteilung der gesundheitlichen Situation. Von zusätzlichen medizinischen Abklärungen, wie beantragt, sind keine relevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb sich diese erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b). Die Vorinstanz ist mithin zu Recht gestützt auf dieses Gutachten von einer Restarbeitsfähigkeit von 70% ausgegangen. Die in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhobenen Einwendungen vermögen zu keinem andern Ergebnis zu führen, zumal die Beschwerdeführerin verkennt, dass die Beurteilung der Sachverständiger auch mit anderen Fachärzten, wie u.a. denjenigen des Inselspitals übereinstimmt. Widersprüchliche Feststellungen des behandelnden Neurologen vermögen – wie die Vorinstanz bereits treffend dargelegt hat – daran nichts zu ändern. Denn unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass nicht nur Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte (EVG-Urteil I 383/04 vom 26. November 2004 E. 3.4 mit Hinweisen), im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, ist dem von der Verwaltung eingeholten Gutachten, entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin, volle Beweiskraft zuzuerkennen. Schliesslich hat auch der RAD-Arzt seine Schlussfolgerungen begründet und nachvollziehbar dargelegt, inwiefern seine früheren Darlegungen zu präzisieren seien. Darauf kann verwiesen werden.

5.3 Für das erkennende Gericht ergibt sich aus den im Dossier zahlreich vorhandenen Berichten behandelnder Ärzte und stationär im Spital bzw. in der Klinik beurteilender Spezialärzte ein klares und widerspruchsfreies Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die Zumutbarkeitsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter wiesen darauf hin, dass die von der Versicherten beklagten Schmerzen sich nicht oder nur sehr bedingt durch entsprechende somatische Korrelate erklären liessen. Dies zeigten sowohl frühere Untersuchungsbefunde als auch die aktuelle Begutachtung. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ist gegeben. Das psychosoziale Umfeld sei jedoch weitgehend intakt. Die Gutachter und die Vorinstanz führten weiter zu Recht hinsichtlich der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ein strukturiertes Beweisverfahren durch, um die funktionellen Auswirkungen der

Störung abzuschätzen. An diesem Ergebnis ist nach dem Gesagten festzuhalten. Unzutreffend ist jedenfalls der Einwand der Beschwerdeführerin, die Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt worden. Dem Gutachten kann die Entwicklung der Schmerzchronifizierung aus den früheren tiefgreifenden Ereignissen der Beschwerdeführerin entnommen werden. Es enthält im psychiatrischen Teilgutachten weiter den Verlauf der Behandlungen und den früheren wie auch aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten. Der Beschwerdeführerin ist es möglich, ihre Sozialkontakte und ihre sportlichen Aktivitäten aufrecht zu erhalten. Insoweit erweist sich das Gutachten auch unter diesem Gesichtspunkt als ausschlaggebend.

5.4 Das urteilende Gericht hat sämtliche Akten der Beschwerdegegnerin sowie alle eingereichten und hinterlegten Belege zu den Akten genommen. Es hat sich aufgrund dieser Beweise seine Überzeugung gebildet und geht zweifelsfrei davon aus, dass von einer erneuten Expertise keine neuen entscheidrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind. Demzufolge wird der entsprechende Beweismittelantrag in antizipierter Beweiswürdigung abgewiesen. In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b). Führen nämlich die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten.

5.5 Nach dem Gesagten erweist sich die Einschätzung der Gutachter als schlüssig und nachvollziehbar, weshalb daran festgehalten und die Beschwerdeführerin ab dem 4. September 2017 als zu 30% arbeitsunfähig eingeschätzt werden kann.

6. Zu prüfen bleibt die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 80% Erwerbstätige und zu 20% im Haushalt Tätige.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte diese Annahme einerseits auf die Aussagen der Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung vom 23. Januar 2018, wonach sie im Gesundheitsfalle zu 80% ab August 2012 tätig wäre und andererseits auf deren entsprechende schriftliche Erklärung. Die Beschwerdeführerin bestreitet diese Qualifikation und gibt an, per 1. August 2017 hätte sie ihre Erwerbstätigkeit auf 100% gesteigert.

Die Beschwerdeführerin hatte gegenüber ihrer Hausärztin am 16. Juni 2015 ausgeführt (S. 671), sie strebe langfristig ein Pensum von 80% wie vor der Geburt der Kinder an. Am 14. Juli 2017 (S. 124) rechtfertigte sie, nur ein 50% Pensum zu absolvieren, wobei

das Gesamteinkommen aufgrund des Vollpensums des Ehegatten ausreiche. Sodann liegt die schriftliche Erklärung der Beschwerdeführerin in den Akten, wonach sie per 1. August 2017 im Gesundheitsfall 80% tätig gewesen wäre. Es scheint fragwürdig, ob die Beschwerdeführer gestützt auf diese Darlegungen im Gesundheitsfalle zu 100% tätig wäre, wie sie dies nachträglich behauptet. Dafür sprechen die Darlegungen im Anmeldeformular vom 5. September 2016 (S. 13) bzw. gemäss Protokoll vom 7. September 2016 (S. 32) sowie der Umstand, dass es im September 2019 zur Trennung kam. Wie jedoch die Vorinstanz richtig ausgeführt hat, kann diese Frage schlussendlich offen bleiben, da es auch bei Annahme eines Vollpensums bei einer 70% Arbeitsfähigkeit zu keiner Rentenleistung kommt.

6.2 Ergänzend sei zur Haushaltsabklärung festgehalten, dass im vorliegenden Fall keine besonderen Umstände gegeben sind, welche den Abklärungsbericht als ungeeignet oder mangelhaft erscheinen liessen. Dass der behandelnde Neurologe die Arbeitsfähigkeit auf 30% geschätzt hat, lässt nicht auf eine mangelhafte Erhebung der Behinderung im Haushalt im Rahmen des Abklärungsberichtes schliessen.

Im Bericht wird ausgeführt, der Haushalt werde nach Auskunft der Versicherten täglich erledigt. Dieser wird gemäss psychiatrischer Beurteilung vom 14. Juli 2017 (S. 124 ff.), nicht auf einmal erledigt, sondern auf verschiedene Tage oder Tageszeiten verteilt. Schliesslich fand die Haushaltsabklärung im Januar 2018 (S. 156 ff) statt, zu einem Zeitpunkt, als die Beschwerdeführerin schon wieder Teilzeit tätig war. Zudem ist zu berücksichtigen, dass auch im Haushalt tätige Versicherte der Schadenminderungspflicht (BGE 115 V 53 mit Hinweisen) unterliegen und die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit durch geeignete organisatorische Massnahmen und die zumutbare Mithilfe der Familienangehörigen möglichst zu mildern haben, wobei diese Mithilfe weitergeht, als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung (Meyer-Blaser, Rechtsprechung zum IVG, S. 222 f. mit Hinweisen). In diesem Sinne ist auch die Einschränkung im Bereich Wohnungspflege zu sehen, die von der Beschwerdeführerin unberechtigter Weise kritisiert wird. Dies trifft auch auf den Bereich Einkauf/Besorgungen und Wäsche/Kleiderpflege zu.

Bei der Besorgung des Haushalts besteht schliesslich in der Regel mehr Spielraum für die Einteilung der Arbeit und auch wie sie ausgeführt wird. Die Möglichkeit einer gegenseitigen Beeinflussung erscheint geringer, je komplementärer die Anforderungsprofile der Tätigkeitsgebiete ausgestaltet sind (beispielsweise Haushalt eher körperlich belastend, Erwerbstätigkeit eher intellektuell), wie dies in casu der Fall ist (vgl. dazu BGE 134

V 9 E. 7), weshalb die Beschwerdeführerin auch diesbezüglich nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

7.

Nach dem Gesagten erweist sich die Verfügung der IV-Stelle vom 18. Dezember 2020 in allen Teilen als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

8.

8.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat einzig der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dadurch wird klargestellt, dass dem Beschwerdegegner - d.h. dem Versicherungsträger - kein Parteientschädigungsanspruch zusteht.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. a aATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf CHF 500 festgesetzt. Auslagen sind dem Gericht keine entstanden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Kosten der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem entsprechenden Kostenvorschuss verrechnet.

Das Kantonsgericht erkennt

1. Der Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Kosten erhoben noch Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 12. August 2021