

# **BVGer C-2200/2022 vom 31. März 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2200\\_2022\\_d20220331](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2200_2022_d20220331)

FR: TAF C-2200/2022 du 31 mars 2022

IT: TAF C-2200/2022 del 31 marzo 2022

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Verfügung vom 31. März 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichts-gesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher - nachdem der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde - einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichts- gesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der C-2200/2022 Seite 6 Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde – ein- zutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesge- setzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die

einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG finden die Bestimmungen des ATSG auf die IV Anwendung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

## **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 31. März 2022, mit der die Vorinstanz das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 27. August 2019 ablehnte. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

## **E. 3**

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den 31. März 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den 31. März 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.). Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie

C-2200/2022 Seite 7 Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (Urteile des BGer 8C\_285/2023 vom 17. November 2023 E. 3.1; 8C\_295/2023 vom 14. November 2023 E. 2.1; vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007-1010). Dabei entsteht der Rentenanspruch, sobald der anspruchsbegründende Sachverhalt eingetreten und insbesondere die sechsmonatige Karenzzeit nach der Anmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG abgelaufen ist. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV

in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. KSIR Rz. 9101). Vorliegend richtet sich die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente nach dem bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Recht, nachdem die Anmeldung vom 27. August 2019 datiert und somit der früheste Rentenbeginn ab dem 1. Februar 2020 erfolgen würde (Art. 29 Abs. 1 IVG, vgl. hiernach E. 5.3).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4;

C-2200/2022 Seite 8 Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

### **E. 4**

4.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

#### **E. 4.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

#### **E. 4.2**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsorgane haben zusätzliche Abklärungen insbesondere dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.H.; zum Ganzen auch: BGE 144 V 427 E. 3.2; vgl. auch Urteil des BVerfG C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 4.2).

#### **E. 4.3**

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 149 V 218 E. 2.5; 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 144 III 264 E. 5.1; 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahrscheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3).

## **E. 5**

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifelsohne erfüllt (vgl. Abklärung Vorinstanz in IVSTA-act. 145), weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

### **E. 5.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend C-2200/2022 Seite 9 zweifelsohne erfüllt (vgl. Abklärung Vorinstanz in IVSTA-act. 145), weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

### **E. 5.2**

Ferner ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG für den Anspruch auf eine Invalidenrente vorausgesetzt, dass die Versicherten ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), dass sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und dass sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b nach Monaten vorgenommen werden (BGE 96 V 34 E. 3d). Vorliegend betrug die Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an die Rippenoperation (Januar 2019) während 3 Monaten 100% und danach durchgehend 30% (vgl. hier-nach E. 9.1.5.2). Die Frage, ob die Voraussetzung einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% erfüllt ist, kann aber letztlich aufgrund des Verfahrensausgangs offengelassen werden.

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

#### **E. 5.4**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der

C-2200/2022 Seite 10 körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 6**

6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können bzw. bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6).

##### **E. 6.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können bzw. bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6).

##### **E. 6.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-3782/2021 vom 8. September 2023 E. 7.2.2; C-6073/2020

vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

### **E. 6.3**

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 112 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder

C-2200/2022 Seite 11 die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5).

### **E. 6.4**

Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen oder Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zur Patientin oder zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für die allgemein praktizierende Hausärztin oder den Hausarzt wie für die behandelnde Spezialärztin oder den Spezialarzt (Urteil des BGer 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

### **E. 6.5**

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer

9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und

C-2200/2022 Seite 12 zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Rechtsprechungsgemäss sind weitere Abklärungen vorzunehmen, selbst wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte bestehen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d; Urteile des BGer 8C\_551/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 3; 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; Urteile des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6; C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.4).

### **E. 6.6**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C\_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 8.3.4 mit Hinweis auf nicht publ. E. 6.2 des Urteil BGE 142 V 342, veröffentlicht in SVR 2016 IV Nr. 41 S. 131; SVR 2023 IV Nr. 17 S. 57, 8C\_150/2022 E. 12.3; Urteil 8C\_174/2023 vom 5. Oktober 2023 E. 5.3.1 mit Hinweis). Die medizinischen Sachverständigen haben sich im Rahmen ihrer eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen – abhängig von ihrem Entstehungskontext – hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern die Sachverständigen die Vorakten bei der Untersuchung in ihre Überlegungen einbeziehen, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige

C-2200/2022 Seite 13 Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4).

### **E. 6.7**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 148 V 49; 143 V 409 und 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren

beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6, 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## **E. 7**

Die Parteivorbringen sind im Wesentlichen folgendermassen zusammenzufassen:

### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, das Gutachten der SMAB AG Bern sei nicht verwertbar, da es für die streitigen Belange nicht umfassend sei und nicht auf allseitigen Untersuchungen basiere. Entgegen der Aussage, ein CRPS würde mangels «objektivierbarer Anhaltspunkte» nicht bestehen, sei die Diagnose eines CRPS als Ursache der Funktionsstörungen im linken Arm von Fachärztinnen und Fachärzten, Dr. M.\_\_\_\_\_, Dr. N.\_\_\_\_\_, und Dr. O.\_\_\_\_\_, weiter auch Dr. P.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 8.3 hiernach), unabhängig voneinander festgestellt worden. Das CRPS sei als zeitlich passende Folge der Rippen-Operation der Beschwerdeführerin im Jahr 2019 (vgl. E. 8.2 hiernach) nach den üblichen Diagnosekriterien

C-2200/2022 Seite 14 eindeutig als erfüllt anzusehen und die behandelnden Ärzte hätten mehrmals eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. Q.\_\_\_\_\_, Gutachter für die SMAB AG Bern im Bereich Orthopädie und Traumatologie, und Dr. R.\_\_\_\_\_, Gutachterin im Bereich Neurologie (vgl. E. 8.6.1 und 8.6.4 hiernach), hätten sich laut der Beschwerdeführerin eingehender mit der Frage eines CRPS anhand der IASP-Diagnosekriterien oder «Buda-pest-Kriterien» auseinandersetzen müssen. Die blosser Aussage, «es fänden sich klinische keine Hinweise für ein CRPS», würde dafür nicht ausreichen. Weiter habe Dr. Q.\_\_\_\_\_ zwar die fehlenden apparativen Untersuchungen von behandelnden Ärzten festgestellt, habe es aber auch nicht für nötig gehalten, diese Untersuchungen selbst durchzuführen. Zudem seien diverse chronische Schmerzen diagnostiziert worden, deren behauptete Irrelevanz für die Arbeitsfähigkeit unbegründet geblieben sei. Letztlich beantragte die Beschwerdeführerin ebenfalls einen leidensbedingten Abzug von 20% aufgrund gesundheitlich diskriminierender Praxis in der Ermittlung des Invalideneinkommens (IVSTA-act. 180; BVGer-act. 1 und 23).

### **E. 7.2**

Die Vorinstanz begründete ihren leistungsabweisenden Entscheid damit, dass ein umfassendes und nachvollziehbares Gutachten vorläge (vgl. E. 8.6 hiernach), welches vom internen medizinischen Dienst als beweiskräftig erachtet worden sei (vgl. E. 8.7 hiernach).

Sämtliche Vorakten seien in das Gesamtgutachten einbezogen und die Gesundheitsbeeinträchtigung genügend dokumentiert worden. Die beurteilenden Gutachterinnen und Gutachter hätten sich ein schlüssiges und zweifelsfreies Bild der vorliegenden Leiden sowie Aussagen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit machen können. Laut der Untersuchungen sei die Lähmung des linken Arms nicht zu objektivieren gewesen und habe auch nicht durchgehend bestanden. Vom orthopädischen Gutachter sei festgehalten worden, dass die Budapest-Kriterien zu keinem Zeitpunkt erfüllt gewesen seien. Das Gremium sei also zum Schluss gekommen, dass diesbezüglich keine funktionellen Einschränkungen bestehen würden. Hinsichtlich der Diagnosen chronischer Schmerzen sei weiter jedoch anerkannt worden, dass eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit funktionellen Einschränkungen bestehe, welche körperlich nur leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen mit weiteren Einschränkungen erlaube (vgl. E. 8.6.1 hiernach). Eine Tätigkeit unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei zumutbar, da so eine Arbeitsunfähigkeit von 30% für die Tätigkeit als Laborantin, 20% für angepasste Tätigkeiten sowie 25% im Haushalt vorlägen. Es ergebe sich folglich ein Invaliditätsgrad von 28%, welcher nach Anwendung der gemischten Methode korrekt sei. Ausserdem habe sich eine wirtschaftliche

C-2200/2022 Seite 15 Bemessung des Einkommensverlustes aufgrund der festgestellten Arbeits- einschränkungen erübrigt (IVSTA-act. 183; BVGer-act. 21).

## **E. 8**

Labile arterielle Hypertonie (aktuell unbehandelt)

### **E. 8.1**

Aus den Jahren 2003 bis 2018 liegen diverse Arztberichte im Recht, in welchen der Beschwerdeführerin namentlich beginnende Spondylarthrosen, Skoliosen, Bandscheibenprotrusionen, Osteochondrose, Spondylose, Hypophyseninsuffizienz nach einem Schädel-Hirn-Trauma 1982, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung-COPD Stadium 1, Nikotinabhängigkeit, Nebennieren(rinden)insuffizienz, Verdacht auf Hypertonie sowie eine komplett knöchern konsolidierte alte Fraktur an der 5. Rippe rechts dorso- lateral diagnostiziert wurden. Zudem wurden bei der Beschwerdeführerin diverse psychische Leiden und Beschwerden festgestellt, namentlich ein psychosomatisches Syndrom aufgrund psychischer Überbelastung, Depression und Angst, gemischt, psychovegetative Erschöpfung, unter anderem auch aufgrund einer belastenden Arbeitssituation (Mobbing; IVSTA- act. 49 [S. 11, 13, 15, 17, 18, 45-47, 50-51]; 129 S. 123; 154 S. 25-27). Die sie hausärztlich betreuende Gemeinschaftspraxis Dr. S. \_\_\_\_\_ und Dr. T. \_\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin denn auch vom 24. Juli 2014 bis zum 10. März 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund ihrer chronischen Erkrankungen «Psychomotorischer Status epilepticus» sowie Nebenniereninsuffizienz (IVSTA-act. 49 S. 14).

### **E. 8.2**

Am 5. Oktober 2018 wurde der Beschwerdeführerin erstmals durch die Radiologische Gemeinschaftspraxis U. \_\_\_\_\_ in Deutschland eine «Frisschere leicht dislozierte Fraktur 7. Rippe links» diagnostiziert (IVSTA- act. 49 S. 31). Am 23. November 2018 untersuchte Dr. V. \_\_\_\_\_ der Fachkliniken D. \_\_\_\_\_ in Deutschland diese dislozierte Rippenfraktur links ebenfalls und konnte feststellen, dass die Fraktur anamnestisch etwa drei Monate früher durch eine spontane Fraktur nach einer Hustenattacke entstand (IVSTA-act. 34 S. 56-57). Darauf wurde eine Operation zur Stabilisierung der Dislokation empfohlen,

welche am 15. Januar 2019 in den Fachkliniken D.\_\_\_\_\_ durchgeführt wurde (IVSTA-act. 34 S. 55). Allen Berichten nach überstand die Beschwerdeführerin die Operation gut und der postoperative Verlauf gestaltete sich weitgehend unauffällig (IVSTA- act. 34 [S. 40-41, 46, 53-54]; 154 [S. 15-17, 28-29]) – mit Ausnahme folgender Problematik.

C-2200/2022 Seite 16

### E. 8.3

Im Nachgang der Rippenoperation beklagte die Beschwerdeführerin am 8. Februar 2019 laut Dr. V.\_\_\_\_\_ der Fachkliniken D.\_\_\_\_\_ in Deutschland klinisch «brennende Schmerzen» in ihrem linken Arm, was dazu führe, dass sie den Arm teilweise nicht heben könne (IVSTA-act. 55 [S. 8-9, 13-14]). Diese Beschwerden im linken Arm wurden zentraler Diskussionspunkt rund um die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Verschiedenste Berichte diagnostizierten diese, namentlich unter anderen: • Entlassungsbericht Neurozentrum W.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 21. Mai 2019 (IVSTA-act. 153).

Abschlussbefund unter anderen: bei Prüfung der groben Kraft zeige sich eine «Schwäche der Fingerspreizer und des Faustschlusses im Bereich der linken Hand». Aus diesem Grund sei eine fachneurologische Untersuchung angeraten worden. Die Beschwerdeführerin sei in einer leichten Tätigkeit in selbstbestimmter wechselnder Arbeitshaltung und weiteren Einschränkungen vollschichtig arbeitsfähig. •

«ASSESSMENT Orthopädie und Neurologie» SMAB AG St. Gallen vom 11. Juni 2019 (IVSTA-act. 34 S. 24-37). Diagnosen: Persistierende Schmerzen nach osteosynthetisch versorgter instabiler lateraler Rippenfraktur der 7. Rippe links am 15. Januar 2019 und inkomplett durchbauter Rippenfraktur der 8. Rippe links lateral. Nicht durchbaute Rippenfraktur der 7. Rippe rechts. Unklare Parese linker Arm. Die Beschwerdeführerin sei zu 100% arbeitsfähig. • Bericht Radiologische Gemeinschaftspraxis U.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 18. Juni 2019 (IVSTA-act. 155). Kernspintomographie linkes Schultergelenk nativ. Beurteilung: Hinweise auf subakromiales Impingement mit kleinem Einriss am hinteren Zügel der Supraspinatussehne. Axilläre Strukturen unauffällig. Parästhesien im Bereich linker Hand und Schwäche im linken Arm durch vorliegenden Befund nur unzureichend erklärt. • Bericht Dr. O.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 10. Juli 2019 (IVSTA- act. 162 S. 12-13). Diagnosen: diffuse Schwäche, Missempfindungen und Schmerzen des linken Armes nach Operation Fraktur 7. Rippe, Verdacht auf CRPS («Complex Regional Pain Syndrome», engl. für «komplexes regionales Schmerzsyndrom»). • Ärztliches Attest Dr. M.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 10. Juli 2019 (IV- STA-act. 34 S. 20). Deutliche Funktionsdefizite linker Arm,

C-2200/2022 Seite 17 Bewegungseinschränkung linke Schulter und (pseudo-)radikuläre Beschwerden am ehesten C7 und C8 der linken Hand. Möglicherweise CRPS. Die Beschwerdeführerin sei keinesfalls voll arbeitsfähig. • Bericht Radiologische Gemeinschaftspraxis U.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 15. August 2019 (IVSTA-act. 49 S. 40). Kernspintomographie der Axilla/Armplexus mit KM. Fragestellung: Diffuse Schwäche, CRPS. Befund: Grösstenteils unauffällig. Direkte Plexusschädigung bildmorphologisch nicht ausschliessbar. • Ärztliches Attest Dr. M.\_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 19. August 2019 (IVSTA-act. 6). Weiterhin deutliche Defizite linker Arm, Bewegungseinschränkung linke Schulter und (pseudo-)radikuläre Beschwerden am ehesten C7 und C8 der linken Hand. Die Neurologische Diagnostik habe als Ergebnis CRPS als Ursache linksseitiger Funktionsstörungen ergeben. Volle Arbeitsunfähigkeit als Laborantin. Dies

bestätigte Dr. M. \_\_\_\_\_ nochmals der SVA mit Bericht vom 31. Januar 2020 (IVSTA-act. 55 S. 1-5). • Bericht Dr. O. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 22. August 2019 (IVSTA- act. 8 und 9). Diagnosen: CRPS links nach Operation Rippen-Fraktur. Klinisch-neurologisch: keine wesentliche Veränderung, generalisierte Schwäche linker Arm, betreffend auch die Hand, leichtgradige Schwellung. Die Beschwerdeführerin berichte über vermehrtes Schwitzen sowie geänderte Temperaturwahrnehmung der linken Hand. Die für Diagnosestellung CRPS notwendigen Beschwerden seien vorhanden. Aktuell volle Arbeitsunfähigkeit. Am 8. Januar 2020 hielt er in einem weiteren Bericht lediglich noch einen Verdacht auf CRPS fest (IVSTA- act. 49 S S. 1-6). • Attest Dr. N. \_\_\_\_\_ der Schmerzmedizin W. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 30. September 2019 (IVSTA-act. 26). Diagnosen: CRPS I mehrere Lokalisationen links, CRPS I Hand (Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke), CRPS I Unterarm (Radius, Ulna, Handgelenk), CRPS I Oberarm (Humerus, Ellenbogengelenk); Chronischer Schmerz. Symptomatik stehe in zeitlichem Zusammenhang mit einem (wenn auch proximalen) Extremitätentrauma durch die Rippen-Operation, da eine externe Lagerung des linken Arms notwendig gewesen sei (von der Beschwerdeführerin anamnestisch angegeben). Bei der Untersuchung Allodynie, Hyperalgesie, Hand im Seitenvergleich leicht geschwollen, Bewegungseinschränkungen, kein Tremor und keine

C-2200/2022 Seite 18 Schweißstörung, ebenso kein verändertes Haar- oder Nagelwachstum. Die Diagnosekriterien für das Vorliegen eines CRPS seien eindeutig als erfüllt anzusehen. Dies bestätigte Dr. N. \_\_\_\_\_ nochmals der SVA mit Bericht vom 3. Februar 2020 (IVSTA-act. 52). • Stellungnahme SMAB AG St. Gallen vom 19. November 2019 (IVSTA-act. 34 S. 4-8). Es fehle nach wie vor eine psychiatrische Konsultation. Die Beschwerden der linken Hand seien untersucht worden und es sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin «bei Ablenkung und spontan mehr Bewegung und Kraftgrade im linken Arm zeigte als bei der gezielten Untersuchung.» Laut der Leitlinie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS)» der Deutschen Gesellschaft für Neurologie erfolge die klinische Diagnosestellung durch vier spezifische Kriterien (vgl. E. 9.1.2.1 hiernach), welche alle erfüllt sein müssten; bei der Beschwerdeführerin sei zum Zeitpunkt der Untersuchung aber nur eines erfüllt gewesen. • Bericht Dr. X. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 24. März 2020 (IVSTA- act. 61 S. 1-6). Diagnosen unter anderen: CRPS I. Es sei keine Besserung in Aussicht, die Prognose sei nicht gut und die Beschwerdeführerin sei seit dem 31. Dezember 2018 bis gegenwärtig zu 100% arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt. • Bericht Neurozentrum W. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 14. April 2020 (IVSTA-act. 93 S. 4-20). Kernspintomographische Untersuchung HWS. Diagnosen unter anderen: Chronische Schmerzerkrankung im Stadium III nach Gerbershagen mit körperlichen und seelischen Anteilen; neurologisch keine Auffälligkeiten abgesehen von Parese im linken Arm, daher chronische Schmerzerkrankung (Stadium 3: hoch) mit neuropathischer Schmerzkomponente wahrscheinlich. • Bericht Radiologische Gemeinschaftspraxis W. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 20. April 2020 (IVSTA-act. 88 S. 3). Magnetresonanztomographie der HWS. Befund und Beurteilung: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Spondylarthrosen, Bandscheibenauffälligkeiten. Ansonsten unauffällig. • Bericht Neurochirurgie Y. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 18. Mai 2020 (IVSTA-act. 93 S. 22). Diagnosen unter anderen: Parese. Der MRT-Befund der HWS vom 20. April 2020 (vgl. oben) erkläre die

C-2200/2022 Seite 19 Nackenschmerzen, nicht aber die Funktionsstörungen im linken Arm, die radikulär sei. Allenfalls Plexus, CRPS. • Bericht Dr. X. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 16. September 2020 (IV- STA-act. 90-92). Diagnosen unter anderen: CRPS, chronisches Schmerzsyndrom. Mindestens 80% verminderte Leistungsfähigkeit. • Bericht Dr. P. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 7. Januar 2021 (IVSTA- act. 162 S. 48-49). Diagnosen unter anderen: CRPS II der linken oberen Extremität mit motorischem Defizit, Verdacht auf Frozen shoulder links, therapieresistente anhaltende Schmerzen nach Gerbershagen III. Es läge ein komplexes Schmerzsyndrom mit allen Facetten eines chronifizierten Schmerzes vor. • Entlassungsbericht Z. \_\_\_\_\_ klinik Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie (Deutschland) vom 15. März 2021 (IVSTA-act. 129 S. 119-122). Diagnosen unter anderen: Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren; CRPS II der linken oberen Extremität mit motorischer Parese. Die Beschwerden links im Arm und den Fingern seien in der neurologischen Untersuchung nicht reproduzierbar, die Schmerzen nicht nachvollziehbar gewesen. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin ihren Arm funktionell während des stationären Aufenthalts zunehmend besser einsetzen können. • Verlaufsbericht Neurozentrum W. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 7. April 2021 (IVSTA-act. 129 S. 113-114). Dauerdiagnosen unter anderen: Chronische Schmerzerkrankung im Stadium III nach Gerbershagen mit körperlichen und seelischen Anteilen. Bei der neurologischen Untersuchung: «Erstaunlicherweise blieben die Muskeleigenreflexe seitgleich auslösbar. Keine sensiblen Ausfälle an den oberen Extremitäten. An den Beinen keine Paresen und keine Atrophien. Die Oberflächensensibilität war nicht beeinträchtigt. Beineigenreflexe waren seitgleich auslösbar.» • Bericht Dr. P. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 5. Juli 2021 (IVSTA- act. 161). Diagnosen unter anderen: CRPS II der oberen Extremität mit motorischen Defiziten, Frozen Shoulder links, therapieresistente anhaltende Schmerzen nach Gerbershagen III, mittelschwere depressive Episode.

C-2200/2022 Seite 20

## **E. 8.4**

8.4.1 In weiteren Arztberichten aus den Jahren 2019 bis 2021 finden sich zusätzlich folgende Diagnosen: Hypophysenadenom, Hypothyreose, Hypophysen(vorderlappen)insuffizienz, Nebennieren(rinden)insuffizienz mit (Hydro)Cortisontherapie, Zustand nach Mittelfussfrakturen beidseits unter Cortisontherapie, Schleudertrauma Halswirbelsäule 1982; Bandscheibenvorfälle/-verlagerungen, Osteochondrose, Spondylarthrosen; Lumbale Skoliose, Zervikalneuralgie, Zervikozephalgien, linksseitige Cervicobrachialgien, thorakales Schmerzsyndrom links sowie Schmerzen in beiden Beinen bei deutlichen degenerativen HWS-Veränderungen, gemischte Hyperlipidämie, neue Fraktur 8. Rippe links, Verdacht auf cortisoninduzierte Osteopenie mit erhöhter Frakturrate, Zustand nach lumbaler Bandscheiben-Operation LWK5/SWK1 2004 (failed back surgery), Postnukleotomiesyndrom, Zervikale Foramenstenose, Zervikales Facettensyndrom, Scalen-Syndrom links, BWS-Syndrom II Allodynie und Hyperalgesie linke Thorax-hälfte, chronisch obstruktive Bronchitis, Glossopyrie, Gastroösophageale Refluxkrankheit, Hiatushernie, Gastritis erosiva, Polyp des Kolons, Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Blutung, funktionelle Darmstörung, Alopecia diffusa, mittelschwere depressive Ausgestaltung (IVSTA-act. 34 [S. 24-37, 46]; 49 [S. 7, 23, 25-26, 49]; 93 [S. 4-20, 22]; 129 [S. 113-114, 119-122]; 153; 157; 162 [S. 48-49, 75]). Dabei

wurde die Beschwerdeführerin mehrmals sowohl für arbeitsfähig (IVSTA-act. 34 [S. 24-37], 149; 153) als auch für arbeitsunfähig erklärt (IVSTA-act. 6, 8-9, 34 [S. 9, 20, 46, 59-70], 52, 55 [S. 1-5], 61 [S. 1-6], 75, 90-92, 108, 129 [S. 113-114], 164).

#### **E. 8.4.1**

In weiteren Arztberichten aus den Jahren 2019 bis 2021 finden sich zusätzlich folgende Diagnosen: Hypophysenadenom, Hypothyreose, Hypophysen(vorderlappen)insuffizienz, Nebennieren(rinden)insuffizienz mit (Hydro)Cortisontherapie, Zustand nach Mittelfussfrakturen beidseits unter Cortisontherapie, Schleudertrauma Halswirbelsäule 1982; Bandscheibenvorfälle/-verlagerungen, Osteochondrose, Spondylarthrosen; Lumbale Skoliose, Zervikalneuralgie, Zervikozephalgien, linksseitige Cervicobrachialgien, thorakales Schmerzsyndrom links sowie Schmerzen in beiden Beinen bei deutlichen degenerativen HWS-Veränderungen, gemischte Hyperlipidämie, neue Fraktur 8. Rippe links, Verdacht auf cortisoninduzierte Osteopenie mit erhöhter Frakturrate, Zustand nach lumbaler Bandscheibenoperation LWK5/SWK1 2004 (failed back surgery), Postnukleotomiesyndrom, Zervikale Foramenstenose, Zervikales Facettensyndrom, Scalenisyndrom links, BWS-Syndrom II Allodynie und Hyperalgesie linke Thoraxhälfte, chronisch obstruktive Bronchitis, Glossopyrie, Gastroösophageale Refluxkrankheit, Hiatushernie, Gastritis erosiva, Polyp des Kolons, Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Blutung, funktionelle Darmstörung, Alopecia diffusa, mittelschwere depressive Ausgestaltung (IVSTA-act. 34 [S. 24-37, 46]; 49 [S. 7, 23, 25-26, 49]; 93 [S. 4-20, 22]; 129 [S. 113-114, 119-122]; 153; 157; 162 [S. 48-49, 75]). Dabei wurde die Beschwerdeführerin mehrmals sowohl für arbeitsfähig (IVSTA-act. 34 [S. 24-37], 149; 153) als auch für arbeitsunfähig erklärt (IVSTA-act. 6, 8-9, 34 [S. 9, 20, 46, 59-70], 52, 55 [S. 1-5], 61 [S. 1-6], 75, 90-92, 108, 129 [S. 113-114], 164).

#### **E. 8.4.2**

Folgende zwei medizinischen Berichte enthielten zudem weitere Befunde: • Bericht Dr. Aa. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 28. März 2019 (IVSTA-act. 49 S. 7). Zentrale Diagnose: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom; Depression und Angst, gemischt. • Bericht Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Strahlentherapie (Deutschland) vom 24. Februar 2020 (IVSTA-act. 61 S. 34). Computertomographie Thorax nativ. Zentraler Befund: «Zufällig mit erfasst ist eine massive Sklerose subdorsal fast halbmondförmig am stark ver-schmälernten ZWR C6/7! Ich würde vermuten, dass hier das Hauptproblem der Patientin zu finden sein könnte und ein erheblicher Befundwandel zum MR der HWS vom November 2018 bestünde!»

C-2200/2022 Seite 21 Gegebenenfalls müsse eine internistische Systemerkrankung ausgeschlossen werden.

#### **E. 8.5**

Dr. G. \_\_\_\_\_ teilte der SVA für den RAD am 25. April 2020 mit, dass eine abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zurzeit unmöglich sei, da diese sich in einem instabilen Gesundheitszustand befinde. Eine polydisziplinäre Begutachtung werde wohl letztlich unvermeidlich sein (IVSTA-act. 131 S. 4-6). In einer ergänzenden Stellungnahme des RAD vom 1. Oktober 2020 hielt Dr. G. \_\_\_\_\_ fest, die «breite Palette» von Angaben hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach diversen medizinischen Berichten liesse keine abschliessende Beurteilung rein nach Aktenlage zu. Es bedürfe somit einer

polydisziplinären Begutachtung (IV- STA-act. 131 S. 7-8). Infolgedessen leitete die SVA die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung bei der SMAB AG Bern ein (IVSTA- act. 108, 123).

### **E. 8.6**

Mit interdisziplinärem MEDAS Gutachten vom 2. August 2021 (Disziplinen: Orthopädie/Traumatologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie) stellten die Gutachterinnen und Gutachter der SMAB AG Bern folgende Diagnosen (IVSTA-act. 129 S. 9-11): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): 1. Ängstlich - depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) 2.

Aktenanamnestisch: einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung ADHS (F90.0) mit neuropsychologischer Störung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): 1. Chronische Schmerzen der Halswirbelsäule bei deutlichen multietageren degenerativen Veränderungen ohne zu objektivierende neurologische Symptomatik und auch ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Symptome 2. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule bei Status nach Operation im Sinne der perkutanen Nukleotomie L4/5 am 30.06.2004 und nachgewiesenen deutlichen degenerativen Veränderungen ohne zu objektivierende Bewegungseinschränkung, ohne neurologische Auffälligkeiten, ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik 3. Chronische Schmerzen des linken Schultergelenkes bei in der Vergangenheit diagnostiziertem Impingement-Syndrom aufgrund degenerativer Veränderung der Rotatorenmanschette ohne zu verifizierende Bewegungseinschränkung

C-2200/2022 Seite 22 4. Chronische Schmerzen des Brustkorbs, wiederkehrend, zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung asymptomatisch nach Rippenfrakturen beidseits und vollständiger knöcherner Konsolidation 5. Funktionelle Schwäche des linken Arms o Keine Hinweise für eine Plexus Läsion, eine zentrale Lähmung, noch einer radikulären Beeinträchtigung und auch nicht für eine Läsion einzelner peripherer Nerven o Verdacht auf bewusstes Vortäuschen dieser Beschwerdesymptomatik 6. Status nach dokumentierten Mittelfussfrakturen rechts und links ohne Residuum 7. Schädlicher Konsum von Alkohol (F10.1)

#### **E. 8.6.1**

Im federführenden orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten stellte der Gutachter Dr. Q.\_\_\_\_\_, FA für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) fest. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) diagnostizierte er a) chronische Schmerzen der Halswirbelsäule bei deutlichen multietageren degenerativen Veränderungen ohne zu objektivierende neurologische Symptomatik und ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Symptome b) chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule bei Status nach Operation im Sinne der perkutanen Nukleotomie L4/5 am 30. Juni 2004 und nachgewiesenen deutlichen degenerativen Veränderungen ohne zu objektivierende Bewegungseinschränkung, ohne neurologische Auffälligkeiten, ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik, c) chronische Schmerzen des Brustkorbs, wiederkehrend, zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung asymptomatisch nach Rippenfrakturen beidseits und vollständiger knöcherner Konsolidation sowie d) Status nach dokumentierten Mittelfussfrakturen rechts und links ohne Residuum (IVSTA-act. 129 S. 34 ff.). Weiter hielt Dr. Q.\_\_\_\_\_, fest, dass die Beschwerdeführerin eine komplette und schlaffe Parese des

linken Arms demonstrieren würde, welche jedoch «inkonsistent und augenscheinlich im Sinne einer

C-2200/2022 Seite 23 Vortäuschung/Vorspiegelung nicht vorhandener Symptome» sei, da der linke Arm zeitweise völlig ohne Einschränkungen bewegt werde (bspw. Abstützen auf dem Besucherstuhl beim Hinsetzen und Aufstehen, Ankleiden und Schnüren der Sportschuhe links und rechts ohne erkennbare Seitendifferenz der Arme respektive der Finger). Klinisch fänden sich keinerlei Hinweise für ein CRPS des linken Armes; auffällig sei auch die seitengleiche Muskulatur des Schultergürtels links verglichen mit rechts sowie die Muskulatur des linken Ober- und Unterarmes sowie der Zwischenhandmuskulatur. Die geklagten Symptome und Funktionseinschränkungen seien daher nicht konsistent, nicht plausibel und nicht nachvollziehbar, zumal sie nicht mit dem Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin im Verlauf der Untersuchung sowie der ersichtlichen Muskulatur und Hauttrophik korrelieren würden. Im Sinne einer Aktenwürdigung führte Dr. Q. \_\_\_\_\_ zudem aus, dass die Diagnose eines CRPS erstaunlich sei, da dieses erstmals von Dr. O. \_\_\_\_\_ am 10. Juli 2019 (vgl. E. 8.3) als Interpretation der zunehmenden und therapieresistenten Schmerzen des linken Armes vermutet wurde und anschliessend kritiklos mitgeführt worden sei, obwohl weder die Begriffsdefinition noch die zu objektivierenden Untersuchungsparameter erfüllt gewesen seien (vgl. E. 9.1.2 hiernach zur Beurteilung). Weitere Diagnosen einer chronischen Schmerzerkrankung (vgl. E. 8.3) seien auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet ebenfalls nicht nachvollziehbar bzw. «schlichtweg falsch» (IVSTA-act. 129 S. 41, 45, 47-49). Infolgedessen seien für die Beschwerdeführerin körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar, diese überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der gewählten Positionswechsel, keine häufigen Gerüst- und Leitertätigkeiten, kein häufiges Begehen von Treppen, keine Zwangshaltung für die oberen Extremitäten, für die Halswirbelsäule und die Lendenwirbelsäule; auch sei das Bedienen gefährlicher Maschinen sowie das Führen eines PKWs zu vermeiden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Laborantin sei als «optimal adaptiert» anzusehen und ohne Einschränkungen zumutbar; dasselbe gelte für andere optimal adaptierte Tätigkeiten. Bis auf eine Rekonvaleszenzzeit von längstens drei Monaten nach der Rippen-Operation sei eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in beschriebenen Tätigkeiten ebenfalls nicht zu begründen (IVSTA-act. 129 S. 50-52).

#### **E. 8.6.2**

Der psychiatrische Gutachter Dr. Bb. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, diagnostizierte eine ängstlich-depressive Störung gemischt (F41.2) sowie aktenanamnestisch eine einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung ADHS (F90.0) mit neuropsychologischer Störung als relevant für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit). Als

C-2200/2022 Seite 24 irrelevant für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) stellte er die Diagnose schädlicher Konsum von Alkohol (F10.1). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe die Beschwerdeführerin anhaltende und sie limitierende Schmerzen im Bereich der linken Thorax Apertur, der linken Schulter und des linken Armes bis in die linke Hand reichend geschildert, sowie von Schmerzen im Lumbalbereich, der Halswirbelsäule, dem Bereich der ventralen Halsmuskulatur und der linken Gesichtshälfte berichtet. Ebenso leide sie an dysphorischen verbitterten depressiv gefärbten Symptomen sowie ängstlichen Symptomen (IVSTA-act. 129 S. 59 ff.). Dr. Bb. \_\_\_\_\_ führte aus, dass

aus rein psychiatrischer Sicht weder das Vollbild einer depressiven Episode noch einer Angst- oder Panikstörung zutrefte. Einzelne Merkmale liessen sich am ehesten in eine ängstlich-depressiven Störung gemischt summieren. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, formalgedanklich geordnet, in der Antriebslage insgesamt ungestört, von Suizidalität zuverlässig distanziert, lebe in stabilen psycho-sozialen Verhältnissen, besitze gute Interaktionskompetenzen und werde ausserdem mit Antidepressiva behandelt. Sie klagt weiter über chronische Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen des linken Arms, jedoch seien im Verlauf der Exploration auffallende Inkonsistenzen festzustellen gewesen (zwischen gezeigtem Verhalten einerseits und geschilderten Beschwerden andererseits, ebenso Pseudosymptome sowie flüssiges Bewegen des linken Armes), welche gegen die Diagnose einer krankheitswertigen chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Faktoren (vgl. E. 8.3) ebenso sprächen wie gegen die mögliche Diagnose einer dissoziativen Störung. Eine chronische Schmerzstörung setze gemäss ICD-10 voraus, dass psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beizumessen sei. Vor dem Hintergrund der auffallenden Inkonsistenzen würde sich die Frage nach etwaiger willensnaher Entstehung und Ausgestaltung der Schmerzproblematik stellen. Zudem liesse sich aktuell keine wesentliche innerseelische Konfliktsituation oder psychosoziale Belastung feststellen, welche schwer genug wäre, um die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung bzw. einer chronischen Schmerzstörung zu begründen, weshalb diese Diagnosen nicht geteilt werde. Ungeachtet dessen sei festzuhalten, dass selbst beim Vorliegen einer derartigen chronischen Schmerzstörung daraus keine zusätzliche Relevanz für die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin resultieren würde, weil sie durchaus über Ressourcen in komplexen Ich-Funktionen verfüge, welche die Mobilisierung von Willenskräften ermögliche, einer Tätigkeit nachzugehen. Potentiell mittelschwere kognitive Defizite seien ebenso inkonsistent aufgetreten,

C-2200/2022 Seite 25 sodass eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20% nicht begründbar sei (IV-STA-act. 129 S. 66-69, 71-73). Infolgedessen sei die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht in der Lage sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine denkbare Verweistätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 70%, bedingt durch neuropsychologische Störung bei AHDS und ängstlich-depressiver Störung. In einer optimal angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin einfache bis durchschnittliche Tätigkeiten, die dem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen und ihrem Belastbarkeitsprofil gerecht würden ausüben. Hier betrage die Arbeitsfähigkeit 80% – bedingt durch die neuropsychologische Störung sei das Leistungsniveau um 20% reduziert. Retrospektiv sei seit Dezember 2018 aus psychiatrischer Sicht vor dem Hintergrund von ADHS und gemischt ängstlich depressiver Störung eine Arbeitsunfähigkeit von 20% zu attestieren (IVSTA-act. 129 S. 73-76).

### **E. 8.6.3**

Dr. Cc.\_\_\_\_\_, FA für Allgemeine Innere Medizin, stellte im internistischen Teilgutachten keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit). Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) diagnostizierte er eine labile arterielle Hypertonie (aktuell unbehandelt), ein COPD Stadium1 bei Nikotinabusus, eine gastroösophageale Refluxkrankheit, eine Hypophysenvorderlappeninsuffizienz (ED 2005) mit Störung der adrenokortikotropen und thyreotropen Achse (behandelt), eine Colon-Di-

vertikuloze, eine erosive Gastritis sowie ein Übergewicht (BMI 29.8 kg/m<sup>2</sup>) (IVSTA-act. 129 S. 78 ff.). Auch während der internistischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin vordergründig über die Lähmung des linken Armes geklagt, den sie aktiv nicht bewegen könne. Dr. Cc. \_\_\_\_\_ berichtete weiter, die Beschwerdeführerin befände sich in normalem Allgemein- und übergewichtigem Ernährungszustand. Ihre Haut sei unauffällig mit normalen Hautanhangsgebilden. Die seit 2005 bekannte Hypophysenvorderlappeninsuffizienz sei in der Vergangenheit behandelt worden, mittlerweile sollte erneut mit einer Therapie begonnen werden. Weitere auffällige Untersuchungsbefunde habe es keine gegeben. Insgesamt bestehe aus internistischer Sicht ein erfreulicher Verlauf bestehender Erkrankungen, welche alle leitliniengerecht behandelt würden (IVSTA-act. 129 S. 79, 82-84). Infolgedessen sei die Beschwerdeführerin sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig (IVSTA-act. 129 S. 85-87).

#### **E. 8.6.4**

Im neurologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. R. \_\_\_\_\_, FA für Neurologie, eine «funktionelle Schwäche des linken Arms», diese ohne

C-2200/2022 Seite 26 Hinweise für eine Plexus Läsion, eine zentrale Lähmung, eine radikuläre Beeinträchtigung oder eine Läsion einzelner peripherer Nerven (IVSTA-act. 129 S. 89 ff.) Zur «Parese» des linken Arms, an der die Beschwerdeführerin seit 2019 leide, könne aus heutiger neurologischer Sicht mit Bestimmtheit gesagt werden, dass keinerlei klinische Hinweise für ein CRPS vorlägen. Es hätten sich keinerlei trophische Störungen oder Atrophien der Muskulatur feststellen lassen, dazu seien die Reflexe symmetrisch auslösbar gewesen und bezüglich der Sensibilität hätten sich Widersprüche ergeben (widersprüchliche Angabe von Hyperpathie der linken Gesichtshälfte, dann sei diese aber wieder taub gewesen). Die klinische Untersuchung und Beobachtung weise auf eine funktionelle «Armlähmung» links nicht organischer Genese hin; es hätten sich deutliche Diskrepanzen zum spontanen Einsetzen der linken oberen Extremität (bspw. beim Sich Ankleiden oder Gepäck Aufheben im Vergleich zu Bewegungen im Rahmen des Neurostatus) ergeben. Zur Abweichung von Dr. O. \_\_\_\_\_ Einschätzung (vgl. E. 8.3) führte Dr. R. \_\_\_\_\_ zudem aus, dass dieser nicht festgehalten habe, inwiefern die Versicherte die Hand spontan einsetzen konnte. Ausserdem seien die Beobachtungen leichtgradige Schwellung, vermehrtes Schwitzen und geänderte Temperaturwahrnehmung während heutiger neurologischer Untersuchung nicht feststellbar gewesen. Auch bei weiteren Untersuchungsbefunden sei nie dargelegt worden, wie die Beschwerdeführerin die Extremität ausserhalb der Untersuchungssituation eingesetzt habe (IVSTA-act. 129 S. 93-96). Infolgedessen sei die Beschwerdeführerin sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig (IVSTA-act. 129 S. 97-99).

#### **E. 8.6.5**

Im neuropsychologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. Dd. \_\_\_\_\_, FA für Neuropsychologie FSP, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere neuropsychologische Störung (nach Frei et al., 2016). Testdiagnostisch seien mittelschwere kognitive Defizite erhebbar sowie auch eine stark verminderte Handlungsplanung bei exekutiven Funktionen und eine reduzierte Arbeitsgedächtnisleistung. Im Bereich der Aufmerksamkeit zeigten sich mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen. Im Alltag bewirke dies eine Mühe der Beschwerdeführerin, ihre Tätigkeit adäquat zu planen und zu

organisieren (IVSTA-act. 129 S. 101 ff.). Die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung gut kooperiert, teilweise seien aber Widersprüchlichkeiten bei Ergebnissen im Vergleich zu Beobachtbarem aufgefallen, bspw. habe sie im Gespräch präsent gewirkt und schnell gesprochen, während sich in den computerbasierten Aufmerksamkeitstest bereits eine erhebliche Verlangsamung schon bei einfachen Reaktionsaufgaben zeigte. In einem Beschwerdevalidierungsfragebogen

C-2200/2022 Seite 27 habe die Beschwerdeführerin – nebst vielen genuinen Symptomen – übermäßig viele Pseudosymptome angegeben, was für eine übertriebene Beschwerdedarstellung spreche. Die erhobenen Befunde seien somit mit Vorsicht zu interpretieren. Beim Bearbeiten der Aufgaben habe die Beschwerdeführerin ihre dominante rechte Hand genutzt, die linke Hand sei unterstützend eingesetzt worden (IVSTA-act. 129 S. 103, 105-106).

#### **E. 8.6.6**

Die Gutachterinnen und Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung fest, dass chronische Schmerzen der Halswirbelsäule aufgrund mehrfach nachgewiesener deutlich degenerativer Veränderungen im Sinne von Osteochondrosen, Neuroforamenstenosen C6/7 links und C5/6, Spondylarthrosen C3/4 links und C6/7 links sowie Bandscheibenprotrusionen C3/4, C4/5, C6/7 und C7/Th8 nachvollzogen werden könnten. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei anlässlich der Begutachtung nicht signifikant eingeschränkt, jedoch nachvollziehbar endgradig schmerzhaft. Nachgewiesene Veränderungen der Brustwirbelsäule spielten klinisch aktuell keine wesentliche Rolle und die nachgewiesenen Bandscheibenprotrusionen Th7/8, Th8/9 und Th9/10 sowie die Spondylarthrosen seien aktuell asymptomatisch und unauffällig. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule seien ebenfalls nachvollziehbar (IVSTA-act. 129 S. 7). Psychiatrisch sei weder das Vollbild einer depressiven Episode noch das Vollbild einer Angststörung/Panikstörung zu diagnostizieren, jedoch liege eine ängstlich depressive Störung gemischt vor (IVSTA-act. 129 S. 8). Weiter demonstrierte die Beschwerdeführerin eine komplette und schlaffe Parese des linken Armes, dies jedoch inkonsistent und augenscheinlich im Sinne einer Vortäuschung/Vorspiegelung nicht vorhandener Symptome, da der linke Arm zeitweise völlig ohne Einschränkungen bewegt werde. Während der ausführlichen Exploration sei die Beschwerdeführerin entspannt und ohne Schmerzäußerung auf dem Besucherstuhl gesessen und habe den linken Arm völlig normal eingesetzt und ihren Körper abgestützt, ebenso kam es zu normalem Einsatz beim Entkleiden und Bekleiden sowie beim Anziehen der Sportschuhe beidseits. Die Parese sei weder durch orthopädisch-traumatologische Befunde oder Gesundheitsstörungen/Veränderungen noch durch eine krankheitswertige chronische Schmerzstörung erklärbar. Es scheine somit eine inkonstante, inkonsistente und willentliche demonstrierte Lähmung des linken Armes vorzuliegen, wofür auch die seitengleiche Muskulatur des Schultergürtels links verglichen mit rechts sowie die Muskulatur des linken Ober- und Unterarmes, die Zwischenhandmuskulatur sowie die Handbeschwielung im Seitenvergleich spreche. Die demonstrierten Lähmungserscheinungen korrelierten

C-2200/2022 Seite 28 ausserdem nicht mit der ersichtlichen Hauttrophik. Klinisch fänden sich keinerlei Hinweise für das Vorliegen eines CRPS; überhaupt sei die kritiklose Mitführung dieser Diagnose (ob CRPS I oder II) seit 2019 erstaunlich, da diese weder die Begriffsdefinition noch die zu objektivierenden Untersuchungsparameter erfülle. Ein CRPS setze ohne Ausnahme ein Extremitätentrauma voraus, weshalb es per se im

vorliegenden Fall nicht stimmen könne. Weitere klinische Kriterien (vgl. E. 9.1.2 hiernach zur Beurteilung), welche in zweifelhaften Fällen hinzugezogen werden sollten, würden für eine zu objektivierende Diagnostik sorgen – in vorliegendem Fall sei dies zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Insgesamt handle es sich also bei der demonstrierten Lähmung des linken Armes um «die Vortäuschung einer nicht vorhandenen Symptomatik», welche «aufgrund fehlender diesbezüglicher psychiatrischer Diagnosen somit definitionsgemäss als Simulation» zu bezeichnen sei (IVSTA-act. 129 S. 6, 8-9, 12-13 16-17). Infolgedessen sei die Beschwerdeführerin gesamthaft zu 70% arbeitsfähig in bisheriger Tätigkeit, zu 80% in einer leidensangepassten Tätigkeit. Retrospektiv sei eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% wahrscheinlich schon seit vielen Jahren vor dem Hintergrund von ADHS und gemischt ängstlich depressiver Störung zu konstatieren; eine genauere Datierung sei nicht möglich. Aufgrund der zu objektivierenden Gesundheitsstörungen seien der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit körperlich nur leichte Tätigkeiten mit diversen Einschränkungen zumutbar (vgl. E. 9.1.5 hiernach). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Laborantin sei orthopädisch als «optimal adaptiert» anzusehen und ohne Einschränkungen zumutbar; dasselbe gelte für andere optimal adaptierte Tätigkeiten. Psychiatrisch könne die Beschwerdeführerin sowohl die angestammte als auch eine denkbare Verweistätigkeit ausüben (IVSTA-act. 129 S. 11-15).

## **E. 8.7**

8.7.1 In einer abschliessenden Stellungnahme für den RAD stellten Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_ am 10. und 11. August 2021 fest, dass das umfangreiche, polydisziplinäre Gutachten unter vollständiger Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten nach ausführlicher Anamneseerhebung, genauem Eingehen auf die geschilderten Beschwerden und umfassender Untersuchung erstellt worden sei. Die Gutachtenden seien nach ausführlicher, fachspezifischer Diskussion in einer interdisziplinären Zusammenfassung zu plausiblen Diagnosen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der bestehenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gekommen. Besonders die Aktenwürdigung in Bezug auf die in zahlreichen Berichten auftauchende Diagnose eines CRPS I bzw. CRPS II und die Ausführungen zu Konsistenz und Plausibilität seien hervorzuheben. Auf das Gutachten könne daher abgestellt werden (IVSTA-act. 131 S. 9-11).

### **E. 8.7.1**

In einer abschliessenden Stellungnahme für den RAD stellten Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_ am 10. und 11. August 2021 fest, dass das umfangreiche, polydisziplinäre Gutachten unter vollständiger Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten nach ausführlicher Anamneseerhebung, genauem Eingehen auf die geschilderten Beschwerden und umfassender Untersuchung erstellt worden sei. Die Gutachtenden seien nach ausführlicher, fachspezifischer Diskussion in einer interdisziplinären Zusammenfassung zu plausiblen Diagnosen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der bestehenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gekommen. Besonders die Aktenwürdigung in Bezug auf die in zahlreichen Berichten auftauchende Diagnose eines CRPS I bzw.

C-2200/2022 Seite 29 CRPS II und die Ausführungen zu Konsistenz und Plausibilität seien hervorzuheben. Auf das Gutachten könne daher abgestellt werden (IVSTA-act. 131 S. 9-11).

### **E. 8.7.2**

Nach Überweisung des Leistungsgesuchs an die Vorinstanz nahmen am 25. Oktober 2021 Dr. I. \_\_\_\_\_ und Dr. J. \_\_\_\_\_ für den internen medizinischen Dienst der IVSTA (Französisch: «Prise de position du service médical de l'OAIE») Stellung und bestätigten ebenfalls die Beweiskraft des Gutachtens unter Einhaltung der spezifischen Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften für versicherungsmedizinische Gutachten. Das Gutachten enthalte ausreichende Angaben zu den in BGE 141 V 281 festgelegten Standardindikatoren, welche für die Feststellung der Schlussfolgerungen in den Teilgutachten berücksichtigt worden seien. Die strittigen Punkte seien eingehend geprüft und die Beschwerden berücksichtigt worden, es hätten umfassende Untersuchungen stattgefunden, die Schlussfolgerungen seien begründet, unter vollständiger Kenntnis der persönlichen und medizinischen Anamnese, und die konsultierten Gutachtenden hätten über die erforderlichen Qualifikationen verfügt. Laut den Expertinnen und Experten sei die Tätigkeit als Laborantin den festgestellten funktionellen Einschränkungen angemessen und die Arbeitsfähigkeit betrage daher 30% in bisheriger Tätigkeit und 20% in angepasster Tätigkeit seit Dezember 2018. Ebenfalls sei eine 25%-ige Erwerbsunfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt festzustellen, welche auf die orthopädischen Beeinträchtigungen zurückzuführen sei, die nur leichte Tätigkeiten im Sitzen zuließen (IVSTA-act. 146).

### **E. 8.7.3**

Nachdem die Vorinstanz von der deutschen Rentenversicherung neue medizinische Unterlagen erhielt – unter anderem weitere Berichte von Dr. X. \_\_\_\_\_, Dr. P. \_\_\_\_\_ sowie des Neurozentrums W. \_\_\_\_\_ – fragte sie beim medizinischen Dienst an, ob diese Unterlagen etwas an der Stellungnahme vom 25. Oktober 2021 ändern würden (IVSTA-act. 167). Dr. K. \_\_\_\_\_ verneinte dies am 23. November 2021 mit der Begründung, dass aus den Unterlagen keine neue Gesundheitsbeeinträchtigung hervorginge (IVSTA-act. 170). Schliesslich unterbreitete die Vorinstanz den Fall ein letztes Mal dem medizinischen Dienst zur Beurteilung des Einwands der Beschwerdeführerin (IVSTA-act. 181). Dr. K. \_\_\_\_\_ stellte am 18. Februar 2022 fest, dass das Gutachten alle Beschwerden sowie klinischen Untersuchungen berücksichtigt hätte, und auch eine potentielle Verschlimmerung der Symptome in Betracht gezogen habe. Aus dem orthopädischen Teilgutachten gehe hervor, dass keine Anzeichen für ein CRPS vorlägen, weshalb auch die Budapest-Kriterien nicht

C-2200/2022 Seite 30 angewendet werden müssten. Im Gutachten werde zudem anerkannt, dass nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten verlangt werden könnten, was bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sei – so auch bei einer 25%-igen Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt (IVSTA-act. 182).

### **E. 8.7.4**

Zuletzt findet sich in den Akten ein weiterer Bericht von Prof. Dr. O. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, in (...), welcher nach dem Zeitpunkt des Gutachtens datiert, jedoch keine Berücksichtigung in den Stellungnahmen des internen medizinischen Dienstes fand. Dr. O. \_\_\_\_\_ diagnostizierte der Beschwerdeführerin am 31. August 2021 eine ringförmige thorakale Myotendinose links mit erhöhter Reizempfindlichkeit der Intercostalnerven, ein Zustand nach Fraktur der 7. Rippe mit Implantat, einen Verdacht auf corticoclaviculären Engpass links mit unterer Armplexusreizung links, ein Faszien Syndrom, orientierend kein sicheres Piriformis Syndrom, ein belastungsabhängiges

Krampus Syndrom rechtes Bein mit unklarer Genese sowie kein sicheres radikuläres Ausfall- muster im Bereich der LWS. Die Vorstellung sei hauptsächlich wegen re- zidivierend auftretenden Tremors am rechten Fuss erfolgt und die Sympto- matik werde als belastungsunabhängiges Krampus Syndrom unklarer Ge- nese bewertet (IVSTA-act. 162 S. 44-45). 9. Die streitigen Fragen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens sind an- hand der dargelegten medizinischen Sachlage folgendermassen zu beur- teilen:

## **E. 9**

COPD Stadium1 bei Nikotinabusus

### **E. 9.1**

Der Entscheid der Vorinstanz stützte sich auf das umfassende polydis- ziplinäre Gutachten der SMAB AG Bern. Dieses wird von der Beschwerde- führerin als nicht beweiskräftig gerügt. Dem Gutachten ist gemäss Recht- sprechung voller Beweiswert zuzuerkennen, solange die Sachverständi- gen sich mit den wesentlichen Vorakten befasst haben, ihre Stellungnah- men umfassend, auf allseitigen Untersuchungen beruhend sowie hinrei- chend substantiiert sind und auch die geklagten Beschwerden berücksich- tigen, keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen oder abweichende Beurteilungen wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Zu- dem muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen, dass die Sach- verständigen die Vorakten bei der Untersuchung in ihre Überlegungen ein- bezogen haben, und dass grössere Divergenzen ausführlich erklärt wer- den (vgl. E. 6.3 und 6.6).

C-2200/2022 Seite 31

#### **E. 9.1.1**

Aus den Akten ergibt sich ohne Weiteres, dass diverse somatische Beschwerden und Diagnosen keine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerde- führerin in letzter Tätigkeit zu begründen vermögen. Internistische Diagno- sen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in letzter Tätigkeit liegen keine vor. Internistische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit – wie bspw. die seit 2005 bekannte Hypophysenvorderlappeninsuffizienz und da- raus resultierende Nebennierenrindeninsuffizienz, die Colon-Divertikulose, die erosive Gastritis, die gastroösophageale Refluxkrankheit sowie eine la- bile arterielle Hypertonie – werden aktuell entweder behandelt oder wirken sich auch bei fehlender Behandlung nicht einschränkend auf die Leistungs- fähigkeit der Versicherten aus. Dies zeigt sich in der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin (vgl. E. 8.1 und 8.4.1) und ist auch im Gutachten der SMAB AG Bern schlüssig und nachvollziehbar dargelegt (vgl. E. 8.6.3). Ebenso liegen orthopädisch-traumatologische Diagnosen vor – wie bspw. dokumentierte Mittelfussfrakturen rechts und links ohne Residuum sowie diverse chronische Schmerzen an Wirbelsäule, Schultergelenken und Brustkorb (vgl. auch E. 8.4.2) –, welche laut Gutachten ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in letzter Tätigkeit sind und für eine leidensangepasste Tätigkeit mittels Belastungsprofil berücksichtigt werden. Bei den chronischen Schmerzen rügte die Beschwerdeführerin zwar, dass deren behauptete Irrelevanz für die Arbeitsfähigkeit unbegrün- det geblieben sei. Dr. Q.\_\_\_\_\_ erklärte jedoch nach detaillierter Unter- suchung im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten, dass die chro- nischen Schmerzen in der Halswirbelsäule ohne zu objektivierende neuro- logische Symptomatik und ohne radikuläre und pseudoradikuläre Symp- tome, die chronischen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule ohne zu ob- jektivierende Bewegungseinschränkung, ohne neurologische Auffälligkeit

und ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik, die chronischen Schmerzen des linken Schultergelenks ohne zu verifizierende Bewegungseinschränkung, und die chronischen Schmerzen des Brustkorbs aktuell asymptomatisch seien. Gestützt auf die zu objektivierenden Gesundheitsstörungen formulierte Dr. Q. \_\_\_\_\_ anhand der gestellten Diagnosen ein Belastungsprofil der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit, wonach dieser nur körperlich leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen mit weiteren Einschränkungen (vgl. E. 8.6.1) zuzumuten seien. Er wies gleichzeitig darauf hin, dass die Tätigkeit als Laborantin für dieses Belastungsprofil optimal adaptiert sei (vgl. auch E. 8.6.6). Entgegen des Vorbringens der Beschwerdeführerin setzte sich der Gutachter mit den chronischen Schmerzen der Beschwerdeführerin und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in überzeugender Weise auseinander.

C-2200/2022 Seite 32

### **E. 9.1.2**

Aus somatischer Sicht rügte die Beschwerdeführerin vor allem die fehlende Auseinandersetzung mit der CRPS-Diagnose im orthopädisch-traumatologischen sowie neurologischen Teilgutachten (vgl. E. 8.6.1 und 8.6.4). Dr. Q. \_\_\_\_\_ und Dr. R. \_\_\_\_\_ hätten sich eingehender mit der Diagnose eines CRPS anhand der IASP-Diagnose-kriterien oder «Buda-pest-Kriterien» auseinandersetzen müssen. Dem ist nicht zuzustimmen.

#### **E. 9.1.2.1**

Vorab ist festzuhalten, dass das CRPS eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder ist, welche die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt bei Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Die Arbeitsgruppe «International Association for the Study of Pain (IASP)» legte im Jahr 2010 die sogenannten Budapest-Kriterien zur Diagnosestellung eines CRPS fest, die ausschliesslich klinischer Natur sind und Symptome in vier Bereichen miteinander verbinden: sensorisch, vasomotorisch, sudomotorisch/Ödeme, motorisch/trophisch. Klinische Symptome eines CRPS sind anhaltende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörungen, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Seit der Einführung der Budapest-Kriterien wurde die Diagnosestellung eines CRPS um 50% reduziert (Urteil 8C\_416/2019 vom 15. Juli 2020 E. 5.1 in fine). Es handelt sich beim CRPS um eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und einen organischen bzw. körperlichen Gesundheitsschaden (Urteile des BGer 8C\_486/2024 vom 13. Februar 2025 E. 3.1; 8C\_71/2024 vom 30. August 2024 E. 6.2; 8C\_316/2023 vom 6. März 2024 E. 4.1; 8C\_123/2018 vom

#### **E. 9.1.2.2**

Vorliegend untersuchte Dr. Q. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin klinisch umfassend und notierte sämtliche Befunde im entsprechenden Teilgutachten (vgl. E. 8.6.1). Die Hautfarbe der oberen Extremitäten sei ohne auffälligen Befund, der Blutabfluss ungestört gewesen, es habe keine vermehrte Venenzeichnung, keine Varikosis, keine Schwellungen des linken oder rechten Armes gegeben. Bei der fühlenden Untersuchung sei die Haut bezüglich Temperatur, Oberflächenbeschaffenheit und Hautelastizität ohne auffälligen Befund gewesen. Bezüglich starker Schmerzen sowie schlaffer Parese des linken Arms der

Beschwerdeführerin notierte Dr. Q.\_\_\_\_\_, dass diese inkonsistent demonstriert worden und aus orthopädisch-traumatologischer Perspektive nicht erklärbar seien. Zum einen hätten bildgebende Untersuchungen im Jahr 2019 keine Befunde hervorgebracht,

C-2200/2022 Seite 34 welche eine Lähmung des Armes hätten erklären können, zum anderen hätte die Untersuchung die vorgegebenen Beschwerden infrage gestellt. Die Beschwerdeführerin habe sich mit ihrem gesamten Körpergewicht auf der Stuhllehne mit dem linken Arm abgestützt, habe sich unauffällig und normal ohne erkennbare Seitendifferenz der Arme angekleidet und ihre Sportschuhe links und rechts geschnürt, habe seitengleich normal ausgebildete Handbeschwellung sowie seitengleiche Muskeleigenreflexe und Muskulatur der Ober- und Unterarme sowie Schultergürtelmuskulatur gezeigt und insgesamt keine Hinweise für eine pathologische Schmerzüberempfindlichkeit demonstriert.

### **E. 9.1.2.3**

Darüber hinaus zog Dr. Q.\_\_\_\_\_ die Vorakten zur Begutachtung heran, würdigte sie und erklärte insbesondere, warum er von der vorgängig vielfachgestellten Diagnose eines CRPS abwich. Dies, weil das für eine CRPS-Diagnose als *conditio sine qua non* notwendige Extremitätentrauma nicht vorläge, weil die erwähnten klinischen Kriterien nicht erfüllt seien und weil eine zu objektivierende Diagnostik anhand apparativer Untersuchungen wie Knochenszintigraphie, Temperaturmessung, Bestimmung einer Druckschmerzhyperalgesie etc. zu keinem Zeitpunkt erfolgt sei (vgl. E. 8.6.1). Zwar ist diese Aussage von Dr. Q.\_\_\_\_\_, ein CRPS setze ein Extremitätentrauma als *conditio sine qua non* voraus, laut Fachliteratur in dieser Absolutheit nicht korrekt, zumal ein CRPS gemäss Fachliteratur der Suva in 6-10% der Fälle auch «spontan» entstehen könne (vgl. E. 9.1.2.1; siehe auch die Dokumentation eines «proximalen» Extremitätentraumas am 30. September 2019 durch Dr. N.\_\_\_\_\_, vgl. E. 8.3). Jedoch wird von der Literatur auch betont, dass die Prüfung der Konsistenz durch die begutachtende Person bei einem CRPS zentral sei, da dieses oft als Verlegenheitsdiagnose überdiagnostiziert werde. Diese Konsistenzprüfung nahm Dr. Q.\_\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise vor. Soweit die Beschwerdeführerin anführt, ihre behandelnden Ärzte hätten bestätigt, dass die notwendigen Diagnosekriterien (Budapest-Kriterien, vgl. E. 9.1.2.1) erfüllt seien (vgl. E. 8.3), ist anzumerken, dass die Fachärzte die Angaben der Beschwerdeführerin keiner detaillierten Konsistenzprüfung unterwarfen, so dass darauf nicht abgestellt werden kann. Im Übrigen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztin einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertin andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. E. 6.6).

C-2200/2022 Seite 35

### **E. 9.1.2.4**

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, Dr. Q.\_\_\_\_\_ habe es nicht für nötig gehalten, die fehlenden apparativen Untersuchungen, welche er in den Akten kritisierte, selber durchzuführen, ist auf Bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen: Entscheidend für die Diagnose eines CRPS ist, dass anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen zumindest teilweise an den für ein

CRPS typischen Symptomen gelitten. Ob ein CRPS vorliegt, ist ausschliesslich anhand klinischer Kriterien zu prüfen. In Zweifelsfällen werden bildgebende Untersuchungen veranlasst, doch sollten diese möglichst frühzeitig und spätestens innert sechs Monaten seit Beginn der Beschwerden getätigt werden (Urteile des BGer 8C\_628/2023 vom 9. April 2024 E. 3.1 und 5.3.2; 8C\_316/2023 vom 6. März 2024 E. 4.1). Vorliegend wurde keine spezifische Bildgebung wie bspw. eine Knochenszintigraphie innert sechs Monaten vorgenommen, wie Dr. Q.\_\_\_\_\_ zu Recht feststellte. Die Indikation zur Durchführung einer Bildgebung ist grundsätzlich ins gutachterliche Ermessen zu stellen; allerdings erscheint es nachvollziehbar und durchaus plausibel, dass eine nachträgliche Bildgebung anlässlich der Begutachtung angesichts der langen Latenzzeit zwischen dem Auftreten der Beschwerden (Januar 2019) und dem Zeitpunkt der Begutachtung (August 2021) in der Tat wenig weitere Erkenntnisse erbracht hätte, weshalb der Gutachter vorliegend darauf verzichten durfte. Zudem hat der Gutachter klinisch eine sorgfältige Prüfung der Konsistenz vorgenommen und festgestellt, es liege eine inkonstante, inkonsistente und willentliche demonstrierte Lähmung des linken Armes vor (vgl. E. 8.6.6). Vor diesem Hintergrund kann festgehalten werden, dass Dr. Q.\_\_\_\_\_ auf nachvollziehbare Weise ein CRPS verneinte.

#### **E. 9.1.2.5**

Dr. R.\_\_\_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin im neurologischen Teilgutachten ebenfalls klinisch umfassend (vgl. E. 8.6.4). Es seien keinerlei trophische Störungen und auch keine Muskelatrophien an den linken oberen Extremitäten feststellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei Rechtshänderin. Der Tonus sei symmetrisch normal, auch die Motilität sei frei, bei spontanem Einsatz der linken oberen Extremität seien keinerlei Paresen feststellbar gewesen, auch in der Haltung habe es kein Herabhängen der Schulter links gegeben. Reflexe seien mittellebhaft seitengleich auslösbar gewesen. Bei der Sensibilitätsprüfung sei es zu widersprüchlichen Angaben gekommen, zum Teil links die Angabe einer Hypersensibilität, eine Hyperpathie, jedoch später eher ein dumpferes Gefühl. Der Lagesinn der Finger sei intakt, die Vibration unauffällig. Die klinische Untersuchung und Beobachtung weise auf eine funktionelle

C-2200/2022 Seite 36 «Armlähmung» links nicht organischer Genese hin, denn es hätten sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Plexus Läsion, eine radikuläre Läsion oder eine zentrale Lähmung ergeben. Obwohl die Beschwerden hier konsistent vorgetragen worden seien, hätten sich deutliche Diskrepanzen zwischen dem spontanen Einsetzen der linken oberen Extremität z.B. beim Sich Ankleiden oder Gepäck Aufheben und Umhergehen, und der eigentlichen Untersuchung ergeben. Aus Sicht der Gutachterin gäbe es daher sicher keine klinischen Hinweise für ein CRPS.

#### **E. 9.1.2.6**

Dr. R.\_\_\_\_\_ nahm ebenfalls eine Aktenwürdigung vor und notierte, dass in früheren Berichten wie jenen von Dr. O.\_\_\_\_\_ am 22. August 2019 oder der Z.\_\_\_\_\_klinik vom 15. März 2021 (vgl. E. 8.3) nie dargelegt worden sei, wie die Versicherte die Extremität ausserhalb der Untersuchungssituation spontan eingesetzt habe. Es seien unter anderem eine generalisierte Schwäche, eine Allodynie, Parästhesien, eine leichtgradige Schwellung, vermehrtes Schwitzen und eine geänderte Temperaturwahrnehmung, im Bericht der Z.\_\_\_\_\_klinik jedoch keine trophischen Störungen festgestellt worden. Tatsächlich notierte Dr. O.\_\_\_\_\_ in seiner Untersuchung keine weiteren Details zum Einsatz der Extremität. Die Z.\_\_\_\_\_klinik hielt ebenfalls fest, die Beschwerden im linken

Arm seien in der neurologischen Untersuchung nicht reproduzierbar, die Schmerzen nicht nachvollziehbar gewesen und ausserdem habe die Beschwerdeführerin ihren Arm funktionell während des stationären Aufenthalts zunehmend besser einsetzen können. Zudem finden sich in den Akten weitere Hinweise auf Uneinigkeit, da die Funktionsstörungen des linken Arms der Beschwerdeführerin verschiedentlich diagnostiziert wurden, unter anderem auch als Chronische Schmerzkrankung im Stadium III nach Gerbershagen mit körperlichen und seelischen Anteilen, was gegen die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte eindeutige neurologische Diagnostik des CRPS spricht. Der Verlaufsbericht des Neurozentrums W. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2021 (vgl. E. 8.3) hielt fest, dass bei der neurologischen Untersuchung die Muskeleigenreflexe «erstaunlicherweise» seitengleich auslösbar blieben, und dass keine sensiblen Ausfälle an den oberen Extremitäten vorlägen. Somit ist die teilweise Abweichung des neurologischen Teilgutachtens von den Akten ebenfalls hinreichend erklärt.

#### **E. 9.1.2.7**

Nach dem Dargelegtem ist erstellt, dass der Gutachter und die Gutachterin des orthopädisch-traumatologischen sowie neurologischen Teilgutachtens sich eingehend mit der Frage eines CRPS sowie den einschlägigen IASP-Diagnosekriterien oder Budapest-Kriterien auseinandergesetzt haben. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung

C-2200/2022 Seite 37 kamen die Gutachterinnen und Gutachter ebenfalls zum Schluss, diese Kriterien seien nicht erfüllt (vgl. E. 8.6.6). Diesem interdisziplinären Konsens kommt grosses Gewicht zu (vgl. Urteil des BGer 8C\_628/2023 vom 9. April 2024 E. 5.3.2 m.H. auf BGE 143 V 124 E. 2.2.4). Dies wurde auch vom internen medizinischen Dienst der Vorinstanz überprüft und bestätigt (vgl. E. 8.7.2 und 8.7.3). Das von der Beschwerdeführerin bemängelte Fazit von Dr. Q. \_\_\_\_\_ und Dr. R. \_\_\_\_\_, es fänden sich «klinisch keinerlei Hinweise für ein CRPS» mangels «objektiver Anhaltspunkte», ist somit schlüssig und nachvollziehbar.

#### **E. 9.1.3**

Die Beschwerdeführerin bemängelt weiter, die chronische Schmerzen seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ungenügend gewürdigt worden. Wie bereits ausgeführt, legte Dr. Q. \_\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht nachvollziehbar dar, aus welchen Gründen er die chronischen Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht als leistungsmindernd qualifizierte (vgl. E. 9.1.1). Im Folgenden ist zu prüfen, ob Dr. Bb. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten die im Vorfeld diagnostizierte «Chronische Schmerzkrankung Im Stadium III nach Gerbershagen mit körperlichen und seelischen Anteilen» (vgl. E. 8.3) schlüssig und nachvollziehbar verneinte (vgl. E. 8.6.2).

#### **E. 9.1.3.1**

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei der Diagnose einer Schmerzstörung dem diagnoseinhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen. Primär wird «ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz» als vorherrschende Beschwerde verlangt, welcher per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktion voraussetzt (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1). Bei einer chronischen Schmerzstörung haben psychische Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen, wobei die Schmerzen durch eine Wechselwirkung von somatischen und psychischen Faktoren unterhalten werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 5.1).

### **E. 9.1.3.2**

Vorliegend untersuchte Dr. Bb. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin klinisch umfassend und notierte sämtliche Befunde im entsprechenden Teilgutachten (vgl. E. 8.6.2). Die Beschwerdeführerin habe auch hier zunächst eine Parese des linken Armes demonstriert, habe den Arm jedoch im Verlauf der Exploration flüssig bewegt, übermäßig viele Pseudosymptome angegeben, was für eine übertriebene Beschwerdedarstellung spreche, sowie sich generell im Verhalten nicht schmerzgeplagt zeigt. Im Sinne einer Aktenwürdigung befasste sich der Gutachter dann mit der Möglichkeit einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und

C-2200/2022 Seite 38 psychischen Faktoren im Stadium Gebershagen III. Hier sei die Voraussetzung, dass psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beizumessen ist, zentral. Vor dem Hintergrund der auffallenden Inkonsistenzen während der Untersuchung stelle sich einerseits die Frage nach etwaiger willensnaher Entstehung und Ausgestaltung der Schmerzproblematik. Andererseits liesse sich auch keine wesentliche innerseelische Konfliktsituation oder wesentliche psychosoziale Belastung feststellen, welche schwer genug wäre, um die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu begründen. Tatsächlich erhob Dr. Bb. \_\_\_\_\_ während seiner Untersuchung auch stabile psychosoziale Verhältnisse, eine hinlängliche emotionale Stabilität auf Persönlichkeitsebene sowie Ressourcen in komplexen Ich-Funktionen. Trotz einer vermehrten Beschäftigung mit Schmerzen und schmerzassoziierten Beeinträchtigungen im inhaltlichen Denken, könne die Beschwerdeführerin aber stets daraus gelöst werden ohne in negative Denkspiralen oder depressive Grübelzwänge zu geraten. Das Fazit des Gutachters, es liege aus psychiatrischer Sicht keine chronische Schmerzstörung vor, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge, ist also schlüssig und nachvollziehbar festgestellt.

### **E. 9.1.4**

Angesichts der weiteren psychischen Diagnosen im psychiatrischen Teilgutachten hat ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Zu prüfen ist, ob im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 6.7) gestützt auf die diesbezüglichen gutachterlichen Feststellungen die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

#### **E. 9.1.4.1**

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung kommt es in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen

C-2200/2022 Seite 39 Funktionseinschränkungen (Urteil 9C\_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

#### **E. 9.1.4.2**

Vorliegend attestierte der Gutachter der Beschwerdeführerin eine ängstlich-depressive Störung gemischt (F41.2) und aktenanamnestisch eine einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ADHS; F90.0) (vgl. E. 8.6.2). Diese Diagnosen entsprechen grundsätzlich auch denjenigen von Dr. Aa. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2019 (vgl. E. 8.4.2). Zusätzlich attestierte Dr. Dd. \_\_\_\_\_ im neuropsychologischen Teilgutachten eine mittelschwere neuropsychologische Störung (vgl. E. 8.6.5). Bei der Diagnose stützten sich Dr. Dd. \_\_\_\_\_ und Dr. Bb. \_\_\_\_\_ auf fachspezifische Anamnese und das Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung sowie auf den klinisch-psychopathologischen Befund nach neuropsychologischer Testuntersuchung. Die Diagnosen lassen sich ohne Weiteres nachvollziehen. Insbesondere passen sie zum beschriebenen Beschwerdebild der Vorakten – bspw. psychomatisches Syndrom aufgrund psychischer Überbelastung, Depression und Angst, gemischt, psychovegetative Erschöpfung (IVSTA-act. 49 [S. 11-12, 13, 15, 45]), depressive Stimmung, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen, «alles zu viel», jedoch regelrecht orientiert, etwas reduzierter Antrieb, subdepressive bis depressive Stimmungslage, etwas eingeschränkt schwingungsfähig, formalgedanklich geordnet, keine inhaltlichen Denkstörungen, altersentsprechende Mnestik (IVSTA-act. 49 S. 7). Die Beschwerdeführerin sei laut Dr. Bb. \_\_\_\_\_ wach, bewusstseinsklar, zu Zeit, Ort, Person und Situation vollständig orientiert, psychomotorisch rege, formalgedanklich geordnet, kohärent und keineswegs depressiv gehemmt gewesen, habe die Auffassungskraft für komplexe Sachverhalte und höhere kognitive Anforderungen, geschlossene Ich-Grenzen mit keinerlei psychotischen Störungen, ausreichende Gedächtnisleistung sowie strukturierte Willenskräfte besessen. Zwänge liessen sich nicht feststellen und auf der Persönlichkeitsebene sei die Beschwerdeführerin umgänglich. Dr. Bb. \_\_\_\_\_ erläutert einleuchtend, wie einzelne verbitterte depressive Anteile in der Stimmungslage sowie ängstliche Symptome vorlägen, jedoch keine pathologischen Ängste bestehen würden. Aus rein psychiatrischer Sicht läge weder das Vollbild einer depressiven Episode noch das Vollbild einer Angststörung/Panikstörung vor. Einzelne Merkmale liessen sich am ehesten in die Diagnose einer ängstlich depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) summieren. Dazu erläuterte Dr. Dd. \_\_\_\_\_ ebenfalls einleuchtend, dass die neuropsychologische Begutachtung mittelschwere kognitive Defizite im Bereich der exekutiven Funktionen, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses nachgewiesen habe, welche

C-2200/2022 Seite 40 teilweise inkonsistent gewesen seien, jedoch mit den attestierten Diagnosen begründbar seien. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und deshalb dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, welcher verschiedene Interpretationen zulässt, die im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1). Eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose liegt demnach vor.

#### **E. 9.1.4.3**

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen,

beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» zu nennen. Gutachterlich wurde hierzu festgehalten, dass weder das Vollbild einer depressiven Episode noch einer Angst- oder Panikstörung zutrefte. Die Beschwerdeführerin sei im Affekt dysphorisch hintergründig gereizt mit zum Teil latent aggressiver Note. Einzelne depressive Anteile seien in der Stimmungslage erkennbar, genauso ängstliche Symptome. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei aber nicht erloschen und es bestehe weder Anhedonie noch vollständiger Interessensverlust noch ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, konzentriert, gerate nicht in depressive Grübelzwänge und sei von Suizidalität zuverlässig distanziert. Affektinkontinenz, Affektlabilität oder Parathymie würden ebenso wenig bestehen wie pathologische Ängste oder Zwänge. Die Beschwerdeführerin sei urteils-, kritik-, handlungs- und geschäftsfähig; Antrieb, Frustrationstoleranz und Impulskontrolle seien vorhanden, weiter auch die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung (vgl. E. 8.6.2 und 8.6.6). Neuropsychologisch zeige sich bei der Beschwerdeführerin eine stark verminderte Handlungsplanung, eine reduzierte kognitive Flexibilität sowie eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit. Bezüglich Aggravation bleibt anzumerken, dass neuropsychologisch auffallende Inkonsistenzen in Form übertriebener Beschwerdedarstellung beschrieben wurden, welche die Begründung einer Arbeitsunfähigkeit weiter einschränken (vgl. E. 8.6.2 und 8.6.5). Diese sind nicht mit der als «Simulation» eingestuften Parese des linken Arms zu verwechseln (vgl. E. 8.6.6), welche neben der ausgewiesenen verselbstständigten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung

C-2200/2022 Seite 41 auftritt und somit in ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit von den Gutachterinnen und Gutachtern separat bereinigt wurde (Urteile des BGer 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.2; 8C\_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3.3; BGE 127 V 294 E. 5a). Mithin ist daher von einer eher leichten Ausprägung der psychischen Beschwerden auszugehen, weshalb es sich als nachvollziehbar erweist, die psychischen Funktionseinschränkungen allesamt im gutachterlichen Sinne ebenfalls als gering einzuschätzen. Sodann stellen «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, wichtige Schweregradindikatoren dar (Urteil des BGer 9C\_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Hierzu hielt Dr. Bb. \_\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin mit Antidepressiva, genauer mit den Medikationen «Escitalopram» und «Citalopram» (entgegen der Angabe «Amitriptylin» der Beschwerdeführerin), behandelt werde. Aktuell erfolge eine psychiatrische Mitbehandlung in 14-tägigem bis dreiwöchigem Rhythmus. Eine intensive engmaschige ambulante psychotherapeutische Intervention erfolge derzeit nicht. Der Gutachter erläutert auf nachvollziehbare Weise, dass die Beschwerdeführerin sich aktuell vor dem Hintergrund anhaltender Schmerzen und fehlender Funktionsfähigkeit des linken Arms als leistungsunfähig erlebe, wobei dieser Einschätzung nicht beizupflichten sei. Sie sei durchaus in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Es gelinge ihr nur mit Mühe, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, doch seien Flexibilität und Umstellungsfähigkeit noch ausreichend erhalten. Auch sei sie bei vorstrukturierten Aufgaben in der Lage, Kompetenzen zu erwerben und erworbenes Wissen anzuwenden. Im Bereich Proaktivität, Spontanktivität, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit würden keine

wesentlichen Be- einträchtigungen bestehen, lediglich im Bereich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeiten würden sich leichte Beeinträchtigungen zeigen. Die Fähigkeit zur Interaktion und Kontaktaufnahme mit Dritten sei ebenso gegeben wie die Gruppenfähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, enge dyadische Beziehungen zu führen und lebe in stabilen psychosozialen Verhältnissen. Aus rein psychiatrischer Sicht ist somit dargelegt, dass sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine denkbare Verweistätigkeit ausübbar ist (vgl. E. 8.6.2). Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Wohl leidet die Beschwerdeführerin an diversen grösstenteils behandelten internistischen Beschwerden sowie chronischen

C-2200/2022 Seite 42 Schmerzen in der Wirbelsäule (vgl. E. 9.1.1). Ebenso werden von ihr benennende Schmerzen im linken Arm bzw. der linken Hand umschrieben sowie eine Parese im linken Arm demonstriert (vgl. E. 9.1.2 und 9.1.3). Wie bereits erläutert werden diese Beschwerden des linken Arms jedoch aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar als irrelevant für die Arbeitsfähigkeit sowie als inkonsistent vorgetragene «Simulation» (vgl. E. 8.6.6) bewertet. Zudem lassen sich die weiteren Beschwerden und Befunde ausreichend durch die attestierten psychischen Diagnosen erklären (vgl. E. 8.6.2). Mit Blick auf die ebenfalls den Kategorien des funktionellen Schweregrades angehörige Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) und «Sozialer Kontext» führte der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich unauffällig. Auf der Persönlichkeitsebene sei sie ungewöhnlich gewesen; die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei auf der Persönlichkeitsebene hinlänglich stabil; Frustrationstoleranz und Impulskontrolle seien erhalten. Die Ich-Grenzen seien geschlossen, psychotische Ich-Störungen lägen nicht vor, ebenso wenig Hinweise auf Fremdbeeinflussungserleben oder Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene sowie Dissoziationen. Die Willenskräfte seien strukturiert und zielgerichtet, der Aufbau intentionaler Spannungsbögen gelänge und die Antriebslage sei insgesamt ungestört (vgl. E. 8.6.2). In der Tat ergeben sich weder aus dem Gutachten noch aus den übrigen Akten Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin deren funktionelles Leistungsvermögen beeinträchtigen würden. Weiter beschrieb der Gutachter stabile psychosoziale Verhältnisse der Beschwerdeführerin; sie sei mit einem Juristen verheiratet, der als angestellter Anwalt in einer Kanzlei tätig und daneben auch noch universitär beschäftigt sei. Sie bewohne ein Einfamilienhaus, die gemeinsame 13-jährige Tochter besuche ein Privatschulhaus und es würden intakte Sozialkontakte bestehen. Nachhaltige, alle Lebensbereiche betreffende soziale Rückzugstendenzen seien nicht feststellbar (vgl. E. 8.6.2), weshalb der psychosoziale Kontext insgesamt positiv bewertet werden kann.

#### **E. 9.1.4.4**

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich

C-2200/2022 Seite 43 ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Nach der (wie in E. 10.4 hiernach zu zeigen sein wird mit den Akten übereinstimmenden) Angabe des internen Dienstes ist im Haushalt eine Erwerbsunfähigkeit von 25% festzustellen; dies aufgrund attestierter orthopädischer Beeinträchtigungen, die nur eine leichte Tätigkeit im Sitzen zulassen. Für übrige Tätigkeiten im Haushalt sind keine Einschränkungen ersichtlich (vgl. E. 8.7.2). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an ausserberuflichen Tätigkeiten partizipieren und teilhaben könne: insbesondere mache sie meditative Übungen oder Yoga, höre Musik, pflege einen kleinen, aber durchaus verlässlichen Freundeskreis, bereite der Tochter das Frühstück zu und koche (trotz angegebener Schwierigkeiten). Die Beschwerdeführerin schildert zwar Ängste beim Autofahren, gibt aber dennoch regelmässiges Autofahren an, bspw. hole sie zweimal in der Woche ihre Tochter von der Schule ab. Sodann könne sich die Beschwerdeführerin um sich kümmern; sie erscheine trotz mässig gepflegten Gesamteindrucks ohne darüberhinausgehende Hinweise auf Vernachlässigung der Körperhygiene und könne sich auch mobil selber bewegen (IVSTA-act. 129 S. 61, 64-66, 73). Sie ist daher in den 'sonstigen Lebensbereichen' nicht erheblich eingeschränkt und die Einschätzung des internen Dienstes leuchtet ein. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin angab, auf der Suche nach einem Psychotherapieplatz zu sein, jedoch noch keinen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin gefunden zu haben. Es bestünden lange Wartezeiten bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie. Der Gutachter hielt ausserdem fest, die Beschwerdeführerin werde mit Antidepressiva behandelt («Escitalopram» sowie «Citalopram» laut Laborangaben) und es erfolge aktuell eine psychiatrische Mitbehandlung in 14-tägigem bis dreiwöchigem Rhythmus; eine intensive engmaschige ambulante psychotherapeutische Intervention erfolge derzeit nicht (IVSTA-act. 129 S. 61, 70, 72).

#### **E. 9.1.4.5**

Insgesamt finden sich in den Akten Ausführungen, die eine zuverlässige rechtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben. Die Einschätzungen in den Teilgutachten ergingen in Kenntnis sämtlicher Akten und Vorakten und sind schlüssig und nachvollziehbar begründet. Mit dem Gutachter und der Gutachterin ist einig zu gehen, dass die psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin insgesamt einen leichten funktionellen Schweregrad aufweisen. Auch

C-2200/2022 Seite 44 wenn die Beschwerdeführerin unter depressiven Verstimmungen, Ängsten sowie neuropsychologischen Einschränkungen leidet, kann sie doch eine Vielzahl von Ressourcen mobilisieren, die es ihr bei angemessener Belastung ermöglichen, ihre gesundheitlichen Einschränkungen zu kompensieren. So verfügt die Beschwerdeführerin insbesondere über komplexe Ich-Funktionen, welche die Mobilisierung von Willensstärke ermöglichen; weder ist ihre Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt noch verfällt sie in depressive Grübelzwänge oder vollbildliche Panikstörungen; weiter ist ihre Fähigkeit zur Interaktion und Kontaktaufnahme mit Dritten ebenso erhalten wie ihre Gruppenfähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit sowie ihre Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung; weiter kann sie auf eine psychosoziale Stabilität zurückgreifen. Ressourcenhemmende Komorbiditäten liegen keine vor. Hingegen weist die Behandlung mittels Antidepressiva sowie die Suche nach einem Psychotherapieplatz auf einen gewissen

Leidensdruck hin. Gutachterlich wird denn auch darauf hingewiesen, dass mit bisheriger schmerztherapeutischer und psychiatrisch psychopharmakologischer Behandlung keine zufriedenstellende Stabilisierung erzielt werden konnte. Sodann ist die berufliche Tätigkeit mit erläuterten Einschränkungen (vgl. E. 8.6.2) durchaus zumutbar. Der stabile psychosoziale Kontext der Beschwerdeführerin wird ebenso nachvollziehbar dargelegt wie die gutachterlichen Ausführungen zur Konsistenz. Dem Fazit des Gutachtens bezüglich psychischer Beschwerden der Beschwerdeführerin ist also zuzustimmen.

### **E. 9.1.5**

Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und zu deren Verlauf ist Folgendes anzuführen:

#### **E. 9.1.5.1**

Aufgrund der zu objektivierenden Gesundheitsstörungen seien laut Gesamtbeurteilung der Gutachterinnen und Gutachter (vgl. E. 8.6.6) nur körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar, diese überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel, keine häufigen Gerüst- und Leitertätigkeiten, kein häufiges Begehen von Treppen und Leitern, keine Zwangshaltung für die oberen Extremitäten, für die Halswirbelsäule und die Lendenwirbelsäule. Aufgrund der im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung angegebenen Schwindelzustände sei das Bedienen gefährlicher Maschinen nicht möglich, aufgrund der angegebenen Lähmung des linken Armes und der Schwindelattacken sei auch das Führen eines PKWs aus medizinischer Sicht nicht möglich. Die subjektive Beschwerdesymptomatik der Beschwerdeführerin zugrunde gelegt bestehe hier eine akute Gefährdung im Strassenverkehr. Im Längsschnittverlauf sei dieses Belastungsprofil seit Beginn der

C-2200/2022 Seite 45 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zugrunde zu legen (IVSTA-act. 129 S. 11-12). Zudem seien aus psychiatrischer Perspektive einfache bis durchschnittliche geistige Tätigkeiten, die dem Ausbildungs- und Kenntnisstand der Beschwerdeführerin und ihrem körperlichem Belastbarkeitsprofil gerecht würden optimal leidensangepasst (IVSTA-act. 129 S. 74).

#### **E. 9.1.5.2**

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Laborantin sei (nach Angaben im Arbeitgeberfragebogen der Arbeitgeberin) orthopädisch als «optimal adaptiert» anzusehen und ohne Einschränkungen zumutbar; dasselbe gelte für andere optimal adaptierte Tätigkeiten. Psychiatrisch könne die Beschwerdeführerin sowohl die angestammte als auch eine denkbare Verweistätigkeit ausüben (vgl. E. 8.6.6). Bedingt durch die neuropsychologische Störung bei ADHS und die ängstlich-depressive Störung, gemischt, verbleibe eine gesamthafte Arbeitsfähigkeit von 70% in der bisherigen Tätigkeit sowie 80% in einer leidensangepassten Tätigkeit. Retrospektiv sei eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% wahrscheinlich schon seit vielen Jahren vor dem Hintergrund der psychischen Diagnostik zu konstatieren (IVSTA-act. 129 S. 13). Somatisch sei abgesehen von einer Rekonvaleszenzzeit von längstens drei Monaten nach der Rippenoperation keine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (IVSTA-act. 129 S. 51-52). Tatsächlich decken sich die Angaben des Gutachtens zum Belastungsprofil der Beschwerdeführerin mit den Angaben der letzten Arbeitgeberin im Fragebogen des 23. Oktobers 2019 zur bisherigen Tätigkeit der Laborantin, wonach die Tätigkeit körperlich wenig anstrengend, exakt, konzentriert und sorgfältig, überwiegend sitzend und gehend, nur selten stehend oder hebend und tragend ist (IVSTA-act. 29 S. 3).

Dies plausibilisiert sowohl die körperlichen Einschränkungen im beschriebenen Belastungsprofil als auch die Einschränkung von 30% aufgrund der psychischen Beschwerden, weshalb die gutachterlichen Einschätzungen insgesamt nachvollziehbar und nicht zu beanstanden sind.

### **E. 9.1.5.3**

Aus abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen behandelnder Ärztinnen und Ärzte vermag die Beschwerdeführerin nichts für sich abzuleiten. Entsprechende Berichte genügen den beweisrechtlichen Anforderungen nicht, namentlich sind sie hinsichtlich zwingend durchzuführender Indikatorenprüfung sowie bezüglich umfassender Untersuchungsbeobachtungen unvollständig (vgl. E. 9.1.4, 9.1.2 und 9.1.3). Daher vermögen sie auch keine Zweifel an der nachvollziehbaren und einleuchtenden Einschätzung des Gutachtens zu erwecken. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Zweifelsfall eher

C-2200/2022 Seite 46 zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C\_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 9.1.6**

Dem Gutachten der SMAB AG Bern vom 2. August 2021 ist somit volle Beweiskraft zuzusprechen. Sämtliche Akten wurden vollständig sowohl herangezogen als auch die wichtigsten Befunde im Begutachtungsprozess beurteilt, die begutachtenden Personen waren allesamt fachspezifisch qualifiziert, die Beschwerden der Beschwerdeführerin wurden berücksichtigt und umfassend untersucht, die festgelegten Standardindikatoren im Bereich der psychischen Beschwerden wurden einbezogen, die strittigen Punkte eingehend geprüft und die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind insgesamt schlüssig begründet und gut nachvollziehbar. Ebenso wurde die Arbeitsfähigkeit überzeugend sowohl in letzter Tätigkeit als auch mittels Belastungsprofil in einer angepassten Tätigkeit beurteilt. Dies wurde auch vom internen medizinischen Dienst der Vorinstanz detailliert und verständlich bestätigt (vgl. E. 8.7.2). Der medizinische Sachverhalt wurde somit von der Vorinstanz rechtsgenügend abgeklärt.

### **E. 9.2**

Weitere medizinische Unterlagen vermögen an den Schlussfolgerungen des Gutachtens nichts zu ändern, zumal sie Beschwerden und Befunde betreffen, welche bei der gutachterlichen Untersuchung gründlich berücksichtigt wurden. Dies wurde auch vom internen Dienst der Vorinstanz bestätigt, welcher festhielt, dass keine neuen Gesundheitsbeeinträchtigungen aus den Unterlagen hervorgehen würden (vgl. E. 8.7.3). Hinsichtlich des Berichts von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2021, welcher keine Berücksichtigung in den Stellungnahmen des internen Dienstes fand, lässt sich feststellen, dass auch hier alle beschriebenen Beschwerden vom polydisziplinären Gutachten umfassend untersucht wurden und dass dieser Bericht somit keine ungeklärten Fragen aufwirft.

### **E. 9.3**

Soweit die Beschwerdeführerin die Erstellung eines neuen Gutachtens verlangt, ist zu entgegnen, dass das vorliegende Gutachten die Voraussetzungen an eine beweismässige Expertise erfüllt und von weiteren Beweisabnahmen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 146 III 73 E. 5.2.2; 144 II 427 E. 3.1.3). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit dem

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aufgrund der festgestellten funktionellen Einschränkungen im Rahmen einer ängstlich-depressiven Störung gemischt (ICD-10: F41.2), einer einfachen Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ADHS; F90.0) sowie weiteren

C-2200/2022 Seite 47 Einschränkungen gemäss Belastungsprofil in ihrer angestammten Tätigkeit als Laborantin spätestens seit Ende 2018 noch zu 70% und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig ist. 10. Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen.

## **E. 10**

Gastroösophageale Refluxkrankheit

### **E. 10.1**

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit 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 [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]) 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 Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C\_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C\_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

### **E. 10.2**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung] festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der

C-2200/2022 Seite 48 Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; vgl. BGE 137 V 334; vgl. auch BGE 141 V 15 E. 3.2). In Umsetzung des Urteils des EGMR i. S. Di Trizio vom 2. Februar 2016 hat das Bundesgericht entschieden, dass die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung einer

Invalidenrente konventionswidrig ist, wenn allein familiäre Gründe (wie die Geburt von Kindern und die damit einhergehende Reduktion des Erwerbsums) für einen Statuswechsel von «vollerwerbstätig» zu «teilerwerbstätig» mit Aufgabenbereich sprechen (BGE 143 I 50 E. 4.1; 143 I 60 E. 3.4). Es hat indessen die gemischte Methode nach geltender Praxis nicht «per se» als diskriminierend erachtet. Namentlich hat das Bundesgericht diese Methode der Invaliditätsbemessung weiterhin für anwendbar erklärt in Fällen der erstmaligen Zusprechung oder Ablehnung einer Rente an eine während des massgebenden Beurteilungszeitraums als teilerwerbstätig (mit Aufgabenbereich) zu qualifizierenden versicherten Person (Urteil des BGer 9C\_90/2017 vom 4. Juli 2017 E. 4 mit Hinweisen). Die Invaliditätsbemessung mittels der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell gemäss Art. 27bis Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung vom 1. Dezember 2017 kann im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen (Urteile des BGer 9C\_553/2017 vom 18. Dezember 2017 E. 5 und 6.2; 8C\_793/2017 vom 8. Mai 2018 E. 7.1). Sie kommt damit vorliegend zur Anwendung.

### **E. 10.3**

Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die gemischte Methode zur Invaliditätsbemessung anwendbar sei und dass die Beschwerdeführerin, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde, zu 60% erwerbstätig und zu 40% im Aufgabenbereich tätig wäre. Dies mit der Begründung, die Beschwerdeführerin habe ihre Erwerbstätigkeit zu einem Pensum von 60% ausgeübt und habe die restliche Zeit dazu verwendet, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (IVSTA-act. 183). Vorliegend ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin vor ihrer Erkrankung in einem Teilzeitpensum erwerbstätig war und dass ihre letzte Anstellung ein Pensum von 60% umfasste (IVSTA-act. 48, 145). Weitere Anhaltspunkte auf Unstimmigkeiten finden sich in den Akten nicht – bspw. wurde die Tochter der Beschwerdeführerin im Jahr 2008 lange vor ihrer letzten Anstellung geboren (IVSTA-act. 145) – und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Die Statusbestimmung C-2200/2022 Seite 49 der Vorinstanz von 60% Erwerbstätigkeit und 40% Tätigkeit im Aufgabenbereich ist demnach als korrekt zu beurteilen.

### **E. 10.4**

Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]). Ausschlaggebend ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, sondern, wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was im Allgemeinen durch eine Abklärung an Ort und Stelle zu erheben ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_25/2008 vom 30. Juni 2008 E. 4.2; Urteil des BVGer C-5861/2020 vom 2. Juni 2022 E. 7.1). Bei im Ausland wohnenden Versicherten kann auf eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil des EVG I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-3269/2016 vom 30. Januar 2018 E. 3.3.1). Dabei ist bei der Bemessung der Invalidität von im Aufgabenbereich tätigen Versicherten – im Vergleich zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit bei

Erwerbstätigen – der Schadenminderungspflicht grössere Bedeutung beizumessen (z.B. durch Inanspruchnahme der Mithilfe Familienangehöriger oder durch Vorkehrungen im Haushalt, welche die Einschränkungen möglichst reduzieren). Vorliegend ist keine Haushaltsabklärung vor Ort erfolgt, da die Beschwerdeführerin in Deutschland lebt. Zu dieser Frage wurde im polydisziplinären Gutachten explizit auf das formulierte detaillierte Belastungsprofil verwiesen (IVSTA-act. 129 S. 14, vgl. auch E. 9.1.5). Gestützt auf dieses Belastungsprofils äusserten sich Dr. I. \_\_\_\_\_ und Dr. J. \_\_\_\_\_ sodann in der Stellungnahme des internen Dienstes präzise zu den Auswirkungen auf Tätigkeiten im Haushalt (siehe insbesondere die Tabelle auf IVSTA-act. 146 S. 3 gemäss KSIH N 3087 ff. Stand 1. Januar 2021). Es sei eine 25%-ige Erwerbsunfähigkeit für Wohnungspflege, Einkäufe und Besorgungen festzustellen, welche auf die orthopädischen Beeinträchtigungen zurückzuführen seien, die nur leichte Tätigkeiten im Sitzen zuließen. Für andere Tätigkeiten sei keine Einschränkung festzustellen (IVSTA-act. 146). Diese Beurteilung ist anhand der Akten überzeugend, zumal die Beschwerdeführerin während des Begutachtungsprozesses auch angab, sowohl eine Reinigungskraft zu haben, als auch von Tochter und Ehemann Hilfe zu bekommen. Die Annahme der Vorinstanz von 25% Erwerbsunfähigkeit im Haushalt ist also gerechtfertigt.

C-2200/2022 Seite 50

## **E. 10.5**

10.5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sollen die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt werden; die Differenz ergibt den Invaliditätsgrad. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach den im Einzelfall bekannten Umständen zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt beziffert sein (z.B. in Form sogenannter Tabellenlöhne gemäss Lohnstrukturerhebung [LSE] des Bundesamts für Statistik; BGE 148 V 174; 139 V 592 E. 2.3). Genügen kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen, vor allem wenn die versicherte Person in der angestammten Tätigkeit weiterarbeiten kann. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird; vorbehaltlich einer Herabsetzung des Invalideneinkommens ergibt sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad (sog. Prozentvergleich; vgl. BGE 114 V 310 E. 3a; 107 V 22 E. 2d; 104 V 136 E. 2a und b).

### **E. 10.5.1**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen),

in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sollen die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt werden; die Differenz ergibt den Invaliditätsgrad. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach den im Einzelfall bekannten Umständen zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt beziffert sein (z.B. in Form sogenannter Tabellenlöhne gemäss Lohnstrukturerhebung [LSE] des Bundesamts für Statistik; BGE 148 V 174; 139 V 592 E. 2.3). Genügen kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen, vor allem wenn die versicherte Person in der angestammten Tätigkeit weiterarbeiten kann. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird; vorbehaltlich einer Herabsetzung des Invalideneinkommens ergibt sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad (sog. Prozentvergleich; vgl. BGE 114 V 310 E. 3a; 107 V 22 E. 2d; 104 V 136 E. 2a und b).

### **E. 10.5.2**

Vorliegend ist die Beschwerdeführerin zu 70% arbeitsfähig in ihrer angestammten Tätigkeit als Laborantin (vgl. E. 9.1.5). Die Vorinstanz nahm daher einen Prozentvergleich vor. In ihrer Vernehmlassung vom 16. Mai 2023 führte sie dazu aus, dass die Beschwerdeführerin eine Erwerbseinbusse von maximal 30% sowie eine Gesamteinschränkung in häuslichen Tätigkeiten von 25% erleide. Angesichts der 60 zu 40 Aufteilung (vgl. E. 10.3) habe daher – mit 30% Erwerbseinbusse bei 60% Erwerbstätigkeit sowie 25% Einschränkung bei 40% Tätigkeit im Aufgabenbereich – die Bemessung des Invaliditätsgrades für Teilerwerbstätige mit Haushalt (Art. 27bis Abs. 2-4 IVV; KSIH N 3099 ff. Stand 1. Januar 2021) einen rentenbegründenden Gesamtwert von 28% ergeben (BVGer-act. 21). Diese Berechnung der Vorinstanz ist korrekt.

C-2200/2022 Seite 51

### **E. 10.6**

10.6.1 Die Kürzung eines zumutbaren hypothetischen Einkommens nach Eintritt der Invalidität (sog. Leidensabzug) soll lohnwirksamen Gesichtspunkten Rechnung tragen, aufgrund derer zu erwarten ist, dass die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist nach pflichtgemäßem Ermessen mit Blick auf alle einschlägigen Elemente im Einzelfall zu schätzen und beträgt höchstens 25% (vgl. Urteil des BGer 9C\_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.1; BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b). Das Bundesgericht lässt auch beim sog. «Prozentvergleich» einen leidensbedingten Abzug zu (Urteile des BGer 9C\_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.4; 9C\_734/2016 vom 27. Januar 2017 E. 4.1). Zu berücksichtigen sind einerseits persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; andererseits kann eine Herabsetzung angebracht sein, wenn sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch im Rahmen der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nachteilig auf die Lohnhöhe auswirken. Es ist darauf zu achten, dass gesundheitliche Einschränkungen, deren

Auswirkungen im Rahmen der medizinischen Arbeitsunfähigkeit vollständig berücksichtigt sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so doppelt veranschlagt werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.1; BGE 148 V 174 E. 6.3; 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa).

### **E. 10.6.1**

Die Kürzung eines zumutbaren hypothetischen Einkommens nach Eintritt der Invalidität (sog. Leidensabzug) soll lohnwirksamen Gesichtspunkten Rechnung tragen, aufgrund derer zu erwarten ist, dass die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist nach pflichtgemäßem Ermessen mit Blick auf alle einschlägigen Elemente im Einzelfall zu schätzen und beträgt höchstens 25% (vgl. Urteil des BGer 9C\_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.1; BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b). Das Bundesgericht lässt auch beim sog. «Prozentvergleich» einen leidensbedingten Abzug zu (Urteile des BGer 9C\_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.4; 9C\_734/2016 vom 27. Januar 2017 E. 4.1). Zu berücksichtigen sind einerseits persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; andererseits kann eine Herabsetzung angebracht sein, wenn sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch im Rahmen der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nachteilig auf die Lohnhöhe auswirken. Es ist darauf zu achten, dass gesundheitliche Einschränkungen, deren Auswirkungen im Rahmen der medizinischen Arbeitsunfähigkeit vollständig berücksichtigt sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so doppelt veranschlagt werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.1; BGE 148 V 174 E. 6.3; 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa).

### **E. 10.6.2**

Ohne auf die von der Vorinstanz vorgenommene Invaliditätsberechnung einzugehen, macht die Beschwerdeführerin geltend, ihr sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20% zu gewähren; dies, weil ihr laut Gutachten (vgl. E. 8.6) nur noch leichte Tätigkeiten im Sitzen sowie keine Zwangshaltungen der oberen Extremitäten zumutbar seien (IVSTA-act. 180; BVGer-act. 1 und 23). Soweit die Beschwerdeführerin die Meinung vertritt, ihr sei gestützt auf die orthopädischen Einschränkungen ein leidensbedingter Abzug zu gewähren, kann ihr nicht gefolgt werden. Denn, wie zuvor dargelegt wurde, ist gutachterlich erstellt, dass die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin orthopädisch «optimal adaptiert» und ohne Einschränkungen zumutbar ist (IVSTA-act. 129 S. 11). Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass weder weitere Gründe für die Rechtfertigung eines leidensbedingten Abzugs geltend gemacht werden, noch solche ersichtlich sind. Dies einerseits, weil die medizinisch ausgewiesene Leistungsminderung bei vollzeitlicher C-2200/2022 Seite 52 Präsenz in leidensangepasster Tätigkeit unter dem Aspekt des Beschäftigungsgrades praxisgemäss keinen leidensbedingten Tabellenlohnabzug begründet (vgl. Urteil des BGer 8C\_243/2023 vom 5. September 2024 E. 7.3); andererseits, weil die Beeinträchtigungen in der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit infolge der psychiatrischen Einschränkungen vollständig abgebildet und darüber hinaus keine erheblichen Auswirkungen beim erzielbaren Lohn zu gewärtigen sind (vgl. E. 10.6.1; Urteile des BGer 8C\_38/2025 vom 1. Juli 2025 E. 4.2; 8C\_243/2023 vom 5. September

2024 E. 7.4; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 28a N 107). Es bestehen bei der Beschwerdeführerin auch keine Einschränkungen, welche über die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30% eine zusätzliche Behinderung darstellen, bspw. lag weder eine lange Betriebszugehörigkeit vor (IVSTA-act. 29), noch können aus Lebensalter und/oder Nationalität, Aufenthaltsgrad etc. besondere Umstände abgeleitet werden. Schliesslich ist ebenfalls anzumerken, dass gestützt auf die korrekte Berechnung der Vorinstanz (vgl. E. 10.5.2) selbst unter Berücksichtigung eines maximalen Abzugs von 25% keine rentenbegründende Invalidität resultieren würde. Bei einem leidensbedingten Abzug von 25% würde die Einschränkung in erwerblicher Hinsicht von 30% auf 47,5% erhöht werden ( $70\% \times 25\% = 17,5\%$ ;  $30\% + 17,5\% = 47,5\%$ ). Gestützt auf eine 60/40 Aufteilung (vgl. E. 10.3) würde eine Erwerbseinbusse von 28,5% ( $47,5\% \times 0.6$ ) resultieren. Unter Berücksichtigung einer unveränderten Einschränkung im Haushalt von 10% ( $25\% \times 0.4$ ) würde gesamthaft ein Invaliditätsgrad von 38,5%, respektive gerundet 39% resultieren (BGE 130 V 121), was keinen Rentenanspruch zu begründen vermag.

### **E. 10.7**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 31. März 2022 zu bestätigen ist. 11. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 11**

Hypophysenvorderlappeninsuffizienz (ED 2005) mit Störung der adrenokortikotropen und thyreotropen Achse

#### **E. 11.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Mit Zwischenverfügung vom 4. April 2023 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut, weshalb auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten ist.

C-2200/2022 Seite 53

#### **E. 11.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

#### **E. 11.3**

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat als amtlich bestellter Anwalt (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Die Bemessung richtet sich nach den für die Parteientschädigung geltenden Grundsätzen (Art. 12 i.V.m. Art. 8 ff. VGKE), wobei die Mehrwertsteuer auch dann geschuldet ist, wenn die beschwerdeführende Partei ihren Wohnsitz im Ausland hat (vgl. BGE 141 IV 344 E. 4). Entschädigungspflichtig sind rechtsprechungsgemäss lediglich jene Aufwendungen, die in einem

kausalen Zusammenhang mit der Wahrung der Rechte im Prozess stehen und notwendig und verhältnismässig sind (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_857/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 3.1). Gelangt die Beschwerdeführerin später zu hinreichenden Mitteln, so ist sie verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten (Art. 65 Abs. 4 VwVG). Da der Rechtsvertreter keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, insbesondere des zweifachen Schriftenwechsels, der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 3'200.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE]) angemessen (vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C\_172/2025 vom 17. Juni 2025 E. 6.3.2). Entsprechend wird dem unentgeltlichen Rechtsbeistand, Jonas Steiner, zulasten der Gerichtskasse ein Honorar von Fr. 3'200.- zugesprochen. (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

C-2200/2022 Seite 54

## **E. 12**

Colon-Divertikulose

## **E. 13**

Erosive Gastritis

## **E. 14**

Übergewicht (BMI: 29.8 kg/m<sup>2</sup>)

## **E. 18**

September 2018 E. 4.1.2; 8C\_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1). Für die Diagnose eines CRPS müssen demnach folgende Merkmale erfüllt sein: 1. Anhaltender Schmerz, welcher überproportional zum vorausgehenden Ereignis ist. 2. Die Patientin muss mindestens 1 Symptom aus 3 der 4 folgenden Kategorien berichten: a) Sensibilität: Hyperästhesie und/oder Allodynie; b) Vasomotorik: Temperaturseitendifferenz und/oder Veränderung/Seitendifferenz der Hautfarbe; c) Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Veränderung/Seitendifferenz der Schweißsekretion; Motorik/Trophik: Bewegungseinschränkung und/oder motorische Störung (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Störungen (Haare, Nägel, Haut). 3. Die Patientin muss zum Untersuchungszeitpunkt mindestens je 1 klinische Auffälligkeit aus 2 der 4 folgenden Kategorien zeigen: a) Sensibilität:

C-2200/2022 Seite 33 Hyperalgesie (Nadel) und/oder Allodynie (Berührung und/oder Temperatur, Druck, Gelenkbewegung); b) Vasomotorik: Temperaturseitendifferenz (>1°C) und/oder Veränderung/Seitendifferenz der Hautfarbe; c) Sudomotorik/Ödem: Ödem und/oder Veränderung/Seitendifferenz der Schweißsekretion; d) Motorik/Trophik: Bewegungseinschränkung und/oder motorische Störung (Schwäche, Tremor, Dystonie) und/oder trophische Störungen (Haare, Nägel, Haut). 4. Fehlen einer anderen Diagnose, welche die Beschwerden der Patientin und die klinischen Feststellungen nachvollziehbarer erklärt (Ausschluss von Differenzialdiagnosen). Ein CRPS tritt vier Mal häufiger bei Frauen auf, am häufigsten an der oberen Extremität, mit einer Häufung bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren (Urteile BGer 8C\_416/2019 vom 15. Juli 2020 E. 5.1; 8C\_316/2023 vom 6. März 2024 E. 4.1). Die Publikation der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt

(Suva) «CRPS: Complex regional pain syndrome» bestätigt diese Diagnosekriterien und hält ausserdem fest, dass die Diagnose eines CRPS im klinischen Alltag eher verpasst, jedoch während des Verlaufs oft als Verlegenheitsdiagnose verwendet und überdiagnostiziert werde. Schmerz als schwierig zu objektivierende Körperstörung verlange von der untersuchenden oder begutachtenden Person insbesondere die Prüfung der Konsistenz. Im Gegensatz zu anderen Publikationen wird hier betont, dass das CRPS auch «spontan» und ohne offensichtlich auslösendes Ereignis entstehen könne; dies sei bei 6-10% der Fälle dokumentiert (vgl. WILFRID JÄNIG/RITA SCHAUMANN/WALTER VOGT [Hrsg.], CRPS: Complex regional pain syndrome, Suvacare, 2013 [[www.suva.ch/de-ch/download/dokument/crps-complex-regional-pain-syndrome/crps-complex-regional-pain-syndrome-2771.D](http://www.suva.ch/de-ch/download/dokument/crps-complex-regional-pain-syndrome/crps-complex-regional-pain-syndrome-2771.D)]; letztmals abgerufen am 27. Mai 2025]).

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