

# **BVGer C-3002/2021 vom 27. Mai 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-05-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3002\\_2021\\_d20210527](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3002_2021_d20210527)

FR: TAF C-3002/2021 du 27 mai 2021

IT: TAF C-3002/2021 del 27 maggio 2021

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Verfügung vom 27. Mai 2021)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 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 VwVG [SR 172.021]; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und form- gerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der Beschwerde- führerin mit Zwischenverfügung vom 29. September 2021 die unentgeltli- che Rechtspflege gewährt wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist für die Entgegennahme der Anmeldungen von Grenzgängern sowie die Durchführung und Prüfung der entsprechenden Abklärungen die kantonale IV-Stelle zuständig, in de- ren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurück- geht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Die Beschwerdeführerin war bei Eintritt des geltend gemachten Gesund- heitsschadens als Grenzgängerin im Kanton B. \_\_\_\_\_ erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in der benachbarten Grenzzone in Deutschland. Unter diesen Umständen war die kantonale IV- Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig, wäh- rend die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2021 zu Recht von der IV- STA erlassen wurde.

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. Mai 2021, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegeh- ren der Beschwerdeführerin vom 2. Juli 2012 abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz einen Ren- tenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat.

C-3002/2021 Seite 7

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. Mai 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän- dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver- fügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tatsa- chen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und ge- eignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beein- flussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche spätes- tens am 27. Mai 2021 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfü- gung) in Kraft standen, anwendbar. Sie werden – soweit nicht anders ver- merkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert. Nicht zur Anwendung gelangen demgegenüber insbesondere die im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Än- derungen im IVG, in der IVV sowie im ATSG (AS 2021 705, BBl 2017 2535; Urteil des BVGer C-2149/2021 vom 29. November 2024 E. 4.2).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen AHV/IV versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. BGE 145 V 231 E. 7.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Ge- meinschaft 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. Ja- nuar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehun- gen 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-3002/2021 Seite 8

### **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**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozi- alversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Demnach hat die Verwaltung und im

Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sach- verhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vor- zunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbrin- gen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinrei- chender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.H.; vgl. zum Ganzen auch: BGE 144 V 427 E. 3.2).

#### **E. 4.3**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechts- anwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den an- gefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

#### **E. 4.4**

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozial- versicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich- keit (BGE 148 V 397 E. 3.3; 146 V 51 E. 5.1).

#### **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). Vorliegend ist die Voraussetzung der Mindestbei- tragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt (vgl. IK-Auszug in IV-act. 7).

#### **E. 5.2**

Ferner ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG für den Anspruch auf eine Invali- denrente vorausgesetzt, dass die Beschwerdeführerin ihre Erwerbsfähig- keit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen,

C-3002/2021 Seite 9 erhalten oder verbessern können (Bst. a), dass sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsun- fähig (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 Viertels- rente, 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).

#### **E. 5.3**

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frü- hestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leis- tungsanspruchs 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). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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 des Vorliegens 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 körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.5**

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 C-3002/2021 Seite 10 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. 5.6**

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. 5.7**

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). 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 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. 5.8**

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

C-3002/2021 Seite 11 BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für die allgemein praktizierende Hausärztin wie für den behandelnden 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. 5.9**

Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte 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. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten medizinischen Sachverständigen andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen 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 Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4).

C-3002/2021 Seite 12

## **E. 6**

Vorliegend liegen zahlreiche Arztberichte aus den Jahren 2009 bis 2020 bei den Akten (E. 6.1 nachfolgend), wobei die Vorinstanz ihre Verfügung massgeblich auf das

ABI-Gutachten samt Ergänzung stützt (E. 6.2 nach- folgend).

### **E. 6.1**

Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdefüh- rerin lässt sich den Akten unter anderem Folgendes entnehmen: • Notfallbericht Chirurgische Abteilung Spital F. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2012 (IV-act. 11 S. 2). Befunde: Schulter links schmerzbedingt nicht beweglich, Druckdolenz über Schlüsselbein rechts und Brustkorb rechts, linker Arm vollständig beweglich. Keine Krepitation, keine An- zeichen für ossäre Läsionen nach Röntgen. • Bericht radiologische Praxis G. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 12. März 2012 (IV-act. 11 S. 3). Minimaler AC-Gelenksreiz und diskretes Ödem im Acromion. Rotatorenmanschette intakt. Labrum glenoidale mit deut- licher Signalinhomogenität am vorderen oberen Rand, keine sichere durchgehende Rissbildung, keine luxierten Fragmente. Lange Bi- zepssehne unauffällig, kein Erguss, keine Rissbildung. • Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rehaklinik I. \_\_\_\_\_, vom 13. April 2012 (IV-act. 11 S. 9 ff.). Diagnosen: Clavicula-Kontusion rechts, Kontusion LWS mit persis- tierender Lumboischialgie. Vermutung einer erheblichen Symptomaus- weitung, bei welcher die Patientin die Beschwerden maladaptiv wahr- nimmt, mit einer intensiven Schonung als Resultat. Daher keine Reha- bilitationsempfehlung. Indikation einer psychiatrischen Abklärung. • Ärztlicher Entlassungsbericht Rehaklinik J. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom

### **E. 6.2.1**

Mit interdisziplinärem MEDAS Gutachten vom 11. Januar 2021 (Dis- ziplinen: Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie) stellten die Gutachter des ABI folgende Diagnosen (IV-act. 158.2 S. 5–6): Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1. Chronische Schulterbeschwerden rechts (ICD-10 M79.61/Z98.8) - Status nach Schulterverletzung im Rahmen eines Arbeitsunfalles am 30.01.2012 - Status nach Infiltration des Akromioklavikulargelenkes 12/2012 (Klinik O. \_\_\_\_\_) - Status nach Schulterarthroskopie, Rekonstruktion der partiell rupturierten Subs- kapularissehne, Bizepsstenotomie. subakromialem Debridement, Akromioplastik und Resektion des Akromioklavikulargelenkes am 28.03.2013 bei Partialruptur der Subskapularissehne und symptomatischer Arthrose des Akromio- und Sternoklavikulargelenkes (Dr. K. N. \_\_\_\_\_ und Dr. E. Bb. \_\_\_\_\_, Klinik O. \_\_\_\_\_) - im postoperativen Verlauf Auftreten einer Frozen shoulder - Status nach fluoroskopisch kontrollierter glenohumeraler Infiltration mit Triamcort am 22.07.2013 (Dr. S. Cc. \_\_\_\_\_, Uniklinik. O. \_\_\_\_\_) - Status nach erneuter glenohumeraler Infiltration 2013 (Klinik O. \_\_\_\_\_) - Status nach sonographisch gesteuerter Infiltration der Bursa subdeltoidea mit Triamcinolon, Betamethason und Bupivacain am 19.12.2019 (Dr. G. Dd. \_\_\_\_\_, Zentrum Ee. \_\_\_\_\_) - radiologisch transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne ohne muskulare Atrophie oder Verfettung (MRI 01.12.2020) - funktionell praktisch fehlende Untersuchbarkeit ohne objektivierbare Zeichen einer längerdauernden Schonung der Extremität 2. Chronische Schulterbeschwerden links (ICD-10 M79.61/f92.1/Z98.8) - Status nach offener Stabilisation des Akromioklavikulargelenkes 1992 bei Luxa- tion Tossy Grad III - Status nach Schulterverletzung im Rahmen eines Arbeitsunfalles am 30.01.2012 - Status nach Infiltration einer im Verlauf festgestellten Pseudarthrose der Klavi- kula 12/2012 (Klinik O. \_\_\_\_\_) - radiologisch Pseudarthrose der Klavikula, Affektion der Supraspinatus- und Parti- alläsion der Subskapularissehne (MRI 01.12.2020) - klinisch bis zur Horizontalen demonstrierte Beweglichkeit ohne objektivierbare Zeichen einer längerdauernden

Schonung der Extremität 3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80/Z98.8) - Status nach endoskopisch assistierter posterolateraler knöcherner Dekompression mit Foraminoplastik und Nukleotomie LWK5/SWK1 von links am 17.02.2010 in Lokalanästhesie und Analgosedierung (Prof. Dr. P. \_\_\_\_\_)

C-3002/2021 Seite 18 - radiologisch keine höhergradige Veränderung der Brustwirbelsäule; Osteochondrose LWK2/3/4 und Diskusprotrusion LWK5/SWK1 mit Affektion der Nervenwurzel L5 links (MRI 02.09.2019 und 01.10.2019) - Status nach deutlicher Besserung unter Schmerztherapie und am 09.10.2019 erfolgter PDA (Krankenhaus Y. \_\_\_\_\_, Deutschland) 4. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 T93.8/Z98.8/M17.5) - anamnestisch Status nach Eingriff bei Unhappy triad mit intraoperativ entstandener Patellafraktur 1997 ([...], Deutschland) - radiologisch beginnende mediale und laterale Degeneration (MRI 06.07.2020) - klinisch Flexionsdefizit bei reizlosem Gelenk 5. Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9) (DD Mischbild-Asthma/COPD) - 12.02.2020: normale Lungenfunktion 6. Koronare Eingefässerkrankung (ICD-10 I25.9) - 50%ige Stenose mittlere ACD (Koronarangiographie 15.08.2014) - kardiovaskuläre Risikofaktoren o arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) o Dyslipidämie (ICD-10 E78.2) o fortgesetzter Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1) o familiäre Disposition o anamnestisch Diabetes mellitus Typ 2

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 2. Leukozytose unklarer Ätiologie (ICD-10 D72.8) - normale Blutsenkungsreaktion, minimal erhöhtes CRP von 7 mg/l (<5) (DD: Prednisonwirkung, Lungenprozess, Nikotinkonsum) 3. Anamnestisch Penicillin-Allergie (ICD-10 D88.7) 4. Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) rechts - Zustand nach Operation 2007 - links Verdacht auf neues Karpaltunnelsyndrom

### **E. 6.2.2**

Im Teilgutachten der Inneren Medizin attestierte Dr. med. Ff. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin. Aufgrund des Asthmas bronchiale (ICD-10 J45.9) und der koronaren Herzerkrankung (ICD-10 I25.9) der Beschwerdeführerin seien nur anhaltende mittelschwere und schwere Tätigkeiten, sowie Arbeiten in staubiger, nasser oder feuchter Umgebung nicht mehr zumutbar. Die ursprünglich ausgeübte Tätigkeit sei aber körperlich eher leichter Art gewesen (IV-act. 158.4 S. 2 ff.).

### **E. 6.2.3**

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. Gg. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bleibe ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht jede berufliche Tätigkeit zumutbar sei (IV-act. 158.4 S. 10 ff.).

C-3002/2021 Seite 19

### **E. 6.2.4**

Der orthopädische Gutachter Dr. med. Hh. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, stellte im orthopädischen Teilgutachten verschiedene Diagnosen mit Auswirkungen auf

die Arbeitsfähigkeit: chronische Schulterbeschwerden rechts (ICD-10 M79.61/Z98.8), chronische Schulterbeschwerden links (ICD-10 M79.61/T92.1/Z98.8), chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80/Z98.8) und chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 T93.8/Z98.8/M17.5). Als einzige Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte der orthopädische Gutachter ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) fest. Für körperlich sehr leichte Verrichtungen könne auf Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden (IV-act. 158.4 S. 18 ff.).

#### **E. 6.2.5**

Der neurologische Gutachter Dr. med. II. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte im neurologischen Teilgutachten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Das panvertebrale Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1, M54.5) mit Verdacht auf residuelles radikuläres Syndrom C8 rechts (ICD-10 G54.2), mit leichtem Sulcus ulnaris-Syndrom (ICD-10 G56.2) und Zustand nach lumbaler Bandscheibenoperation im Jahr 2010 ohne radikuläres Defizit sowie Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) rechts und Verdacht auf neues Karpaltunnelsyndrom links, hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 158.4 S. 33 ff.). Körperlich leichte Arbeiten können verrichtet werden.

#### **E. 6.2.6**

Die Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung fest, es liege eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden vor. Verantwortlich dafür sei gemäss aktueller psychiatrischer Begutachtung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche sich per se aber nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin auswirke (IV-act. 158.2 S. 7). Gemäss gutachterlicher Gesamtbeurteilung liegt nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Januar 2012 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % ab Juli 2015 in der angestammten Tätigkeit im Bürobereich vor, ebenso in einer körperlich sehr leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Einsatz der oberen Extremitäten über Brustniveau und hinter der Körperebene, ohne Einnahme kniender und kauender Positionen, ohne wiederholtes Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund und ohne überwiegenden stehenden und gehenden Tätigkeitsanteil. Zudem sollten keine Tätigkeitsanteile in Nässe, Kälte oder feuchter Umgebung verrichtet werden müssen (IV-act. 158.2 S. 7–9).

C-3002/2021 Seite 20

#### **E. 6.2.7**

Mit Schreiben vom 22. Januar 2021 reichte die Beschwerdeführerin zwei Arztberichte von Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. November 2020 und vom 2. Dezember 2020 nach (IV-act. 159), zu welchen der orthopädische Gutachter am 13. April 2021 nachträglich Stellung nahm (IV-act. 168). Er zeigte sich erstaunt über den Vorschlag eines operativen Vorgehens durch Dr. med. V. \_\_\_\_\_: Von weiteren invasiven Massnahmen sei keinesfalls eine klare Besserung zu erwarten, vielmehr müsse aufgrund der im Gutachten dokumentierten Hinweise für ein nicht-organisches, letztlich generalisiertes, unter anderem sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassende Schmerzgeschehen mit einer Verfestigung der Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin gerechnet werden. Zu-

sammenfassend sei sowohl aus orthopädischer als auch aus interdisziplinärer Sicht klar an der gutachterlichen Einschätzung einer zeitlichen und leistungsmässigen uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit festzuhalten. 7. 7.1 Die Beschwerdeführerin rügt in verfahrensrechtlicher Hinsicht, die Beschwerdegegnerin habe nie die Akten der deutschen Rentenversicherung eingeholt. Die Gutachter hätten sich folglich nie inhaltlich mit der Rentenzusage in Deutschland auseinandergesetzt und einen wesentlichen Bestandteil der Akten nicht gekannt, wodurch die Begutachtung unvollständig sei. Aus diesem Grund sei das polydisziplinäre Gutachten nicht beweiskräftig. 7.2 Mit Schreiben vom 10. September 2019 hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin die Vorinstanz darauf hingewiesen, dass die deutsche Rentenversicherung der Beschwerdeführerin eine Dauerrente wegen voller Erwerbsminderung ab August 2019 bis September 2033 (Erreichen der Regelaltersgrenze) gewährt (IV-act. 111). Der Rentenbescheid vom 22. August 2019 liegt dem Schreiben bei (IV-act. 111 S. 4 ff.). Diesem ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits seit August 2017 eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält. Der im Rentenbescheid vom 22. August 2019 erwähnte Bescheid vom 24. Juli 2017 befindet sich nicht bei den Vorakten. Aktenkundig ist ein ärztlicher Entlassungsbericht der Rehaklinik J. \_\_\_\_\_ für die deutsche Rentenversicherung, datiert vom 23. Februar 2017. Dieser wurde aber zuhanden der behandelnden Ärzte ausgefertigt (IV-act. 93 S. 15 ff.).

C-3002/2021 Seite 21 7.3 7.3.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. E. 3.3 vorstehend; BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte unterliegen der freien Beweiswürdigung (vgl. E. 5.6 vorstehend). Gemäss Art. 49 Abs. 2 VO Nr. 987/2009 berücksichtigt der Träger eines Mitgliedstaats die von den Trägern aller anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden (Urteil des BVGer C-4115/2023 vom 25. Juni 2024 E. 4.3 und E. 10.3; siehe auch Urteil des EuGH C-279/97 vom 10. Dezember 1998, Rz. 49 f., zur Vorgängernorm [Art. 40 VO Nr. 574/72]). 7.3.2 Die IV-Stelle hat die den Rentenbescheiden der deutschen Rentenversicherung zugrunde liegenden medizinischen Akten bislang nicht beigezogen. Angesichts des Prozessausgangs (vgl. E. 12 nachfolgend) erübrigt sich ein Beizug der vorgenannten medizinischen Akten durch das Gericht. Allerdings wird die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt (auch) in dieser Hinsicht zu vervollständigen und die dem deutschen Rentenentscheid zugrunde liegenden ärztlichen Unterlagen und Berichte einzufordern haben, damit die weiteren Abklärungen in der Schweiz auf einer vollständigen medizinischen Aktenlage erfolgen. 8. 8.1 Was den Inhalt des Gutachtens betrifft, rügt die Beschwerdeführerin vor allem das orthopädische Teilgutachten. Sie bringt zunächst vor, der orthopädische Gutachter habe sich zu wenig mit der kreisärztlichen Untersuchung auseinandergesetzt und das Belastbarkeitsprofil des Kreisarztes nur mit einem Satz gewürdigt. Das Profil des Kreisarztes weiche in mehreren Punkten von jenem des orthopädischen Gutachters ab. Es fehle eine Erklärung für die abweichende Begründung des Belastbarkeitsprofils.

C-3002/2021 Seite 22 8.2 8.2.1 Die kreisärztliche Untersuchung vom 24. März 2015 (IV-act. 38) attestiert eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisheri-

gen Tätigkeit. In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit auf Bauchniveau sei unfallbedingt eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten über Brusthöhe und körperferne Tätigkeiten unter Gewichtsbelastung. Möglich seien nur Tätigkeiten mit Gewichtsbelastung bis maximal 2 kg und keine Tätigkeiten, bei denen ein Ziehen oder Schieben gegen erhöhten Widerstand notwendig sei. Unfallunabhängig bestehe eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die degenerative Wirbelsäulenveränderung. Zu Letzterem äusserte sich die kreisärztliche Untersuchung nicht weiter, befasste sie sich doch nur mit der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche die oberen Extremitäten betrifft (IV-act. 38 S. 6).

8.2.2 Kreisarzt und orthopädischer Gutachter sind sich zwar bezüglich Belastbarkeitsprofil im Hinblick auf die oberen Extremitäten einig, dass nur noch körperlich leichte Tätigkeiten möglich sind, wobei der Einsatz der Arme über Brustniveau zu vermeiden ist. Gewisse Abweichungen des Belastbarkeitsprofils des Kreisarztes und desjenigen des orthopädischen Gutachtens lassen sich erkennen. So beziffert der Kreisarzt das Heben und Tragen von Lasten mit «bis maximal 2 kg» und der Gutachter mit «bis zu 5 kg» (IV-act. 38 S. 6; IV-act. 158.4 S. 31). Es fällt auch auf, dass der orthopädische Gutachter bei der Untersuchung der Schultern rechts die Stabilität des Akromioklavikulargelenks sowie des Schlüsselbeins schmerzbedingt nicht überprüfte und infolge der Schmerzreaktion der Beschwerdeführerin nicht untersuchte (IV-act. 158.4 S. 22).

8.2.3 Was die vom Kreisarzt attestierte (unfallunabhängige) relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die degenerative Wirbelsäulenveränderung betrifft, verneinte die RAD-Ärztin Dipl. med. E. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 30. Juni 2015 eine (zusätzliche) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung des Nervengewebes fehlten (IV-act. 62). Die behandelnden Ärzte äusserten sich wie folgt: Aus dem Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2013 geht hervor, dass eine Fusionsoperation im Bereich der Lendenwirbelsäule in Frage kommt (IV-act. 55 S. 9). Dr. med. R. \_\_\_\_\_ berichtete am 25. März 2015 unter anderem über eine schwere Osteochondrose im Bereich L5/S1 und Kompression der Wurzel L5 links (IV-act. 55 S. 8). Es äusserte sich auch Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_

C-3002/2021 Seite 23 mit Bericht vom 29. Mai 2015 unter anderem zur schweren Osteochondrose auf Ebene L5/S1 und stellte gleichzeitig die Wirksamkeit der angeleiteten krankengymnastischen Übungsbehandlung in Frage. Er schlug ein Skelettszintigramm zur weiteren Abklärung vor (IV-act. 55 S. 5 ff.). Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ sprach eine Operationsindikation aufgrund einer Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit intraforaminaler Stenose und Radikulopathie L5 links mit Bericht vom 18. Oktober 2019 (IV-act. 116 S. 2) sowie in der Stellungnahme zuhanden der Vorinstanz vom 7. Januar 2020 an (IV-act. 122) und bestätigte diese mit Bericht vom 6. Juli 2020 (IV-act. 147). Er schlug eine Stabilisierung der Wirbelsäule mittels Cage-Implantation auf Höhe L5/S1 vor. Die MRI-Aufnahmen, worauf Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ die Operationsindikation stützte, lagen den Gutachtern nicht vor, lediglich der Befund vom 7. Januar 2020 (IV-act. 158.4 S. 24). Im Gutachten sind diese Bilder mit 2. August 2019 datiert, im Bericht von Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ aber vom 2. September 2019 (IV-act. 158.4 S. 24; IV-act. 122). Es ist von einem redaktionellen Versehen auszugehen.

8.2.4 Der orthopädische Gutachter verneint eine Operationsindikation trotz ihm nicht vorliegender MRI-Bildgebung «aufgrund der weitgehend fehlenden klinischen Befund[e] einerseits sowie der heutigen diskrepanten klinischen Präsentation andererseits» nicht (IV-act. 158.4 S. 30). Diese Feststellung ist zumindest teilweise nicht nachvollziehbar: Sowohl der Kreisarzt als auch Dr. med.

P.\_\_\_\_\_, Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_\_ und mehrfach Prof. Dr. Z.\_\_\_\_\_ äusserten sich zur Rücken- problematik der Beschwerdeführerin und einer allfälligen Operationsindika- tion, weshalb entgegen dem orthopädischen Teilgutachten nicht von weit- gehend fehlenden klinischen Befunden gesprochen werden kann. Auch die RAD-Ärztin Dipl. med. E.\_\_\_\_\_ hielt degenerative Wirbelsäulen-Verän- derungen fest, auch wenn sie eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfä- higkeit in einer angepassten Tätigkeit verneinte. Der orthopädische Gut- achter führt nicht näher aus, wie er zu seiner abweichenden Einschätzung gelangt, sondern verweist bezüglich der lumbalen Radikulopathie auf das neurologische Gutachten. Der neurologische Gutachter geht aber auf die Problematik an der Lendenwirbelsäule im neurologischen Teilgutachten nicht ein (IV-act. 158.4 S. 33 ff.). Folglich fehlt eine gutachterliche Ausei- nandersetzung bezüglich des Bestehens einer lumbalen Radikulopathie und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Das Gutachten ist in diesem Punkt unvollständig. Die Beschwerdeführerin hat mit der Beschwerde den Bericht von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_ vom 28. April 2021 nachgereicht, der ebenfalls eine Fusion der unteren Etagen der Len- denwirbelsäule vorschlägt. Er ordnet eine weitere Computeruntersuchung

C-3002/2021 Seite 24 an (BVGer-act. 1 Beilage 13). Dieser Bericht lag den Gutachtern nicht vor, bestätigt jedoch die von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_\_ vorgeschlagene Stabilisierung der Wirbelsäule. 8.3 Zusammenfassend fehlt es im orthopädischen Teilgutachten bezüglich des Rückenleidens an einer angemessenen, nachvollziehbaren Auseinan- dersetzung mit den abweichenden Meinungen anderer medizinischer Fachpersonen (insb. Kreisarzt, Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Prof. Dr. Z.\_\_\_\_\_), was rechtsprechungsge- mäss ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit der Expertise darstellt (vgl. Urteil des BGer 8C\_735/2022 vom 22. August 2023 E. 6.1 mit Hinweisen). Dies umso mehr, als mit der lumbalen Radikulopathie ein (potenziell) wesentli- cher Aspekt vollständig ungeklärt geblieben ist. 9.

### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin rügt in verfahrensrechtlicher Hinsicht, die Beschwerdegegnerin habe nie die Akten der deutschen Rentenversicherung eingeholt. Die Gutachter hätten sich folglich nie inhaltlich mit der Rentenzusprache in Deutschland auseinandergesetzt und einen wesentlichen Bestandteil der Akten nicht gekannt, wodurch die Begutachtung unvollständig sei. Aus diesem Grund sei das polydisziplinäre Gutachten nicht beweiskräftig.

### **E. 7.2**

Mit Schreiben vom 10. September 2019 hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin die Vorinstanz darauf hingewiesen, dass die deutsche Rentenversicherung der Beschwerdeführerin eine Dauerrente wegen voller Erwerbsminderung ab August 2019 bis September 2033 (Erreichen der Regelaltersgrenze) gewährt (IV-act. 111). Der Rentenbescheid vom 22. August 2019 liegt dem Schreiben bei (IV-act. 111 S. 4 ff.). Diesem ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits seit August 2017 eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält. Der im Rentenbescheid vom 22. August 2019 erwähnte Bescheid vom 24. Juli 2017 befindet sich nicht bei den Vorakten. Aktenkundig ist ein ärztlicher Entlassungsbericht der Rehaklinik J.\_\_\_\_\_ für die deutsche Rentenversicherung, datiert vom 23. Februar 2017. Dieser wurde aber zuhanden der behandelnden Ärzte ausgefertigt (IV-act. 93 S. 15 ff.).

### **E. 7.3.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. E. 3.3 vorstehend; BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte unterliegen der freien Beweiswürdigung (vgl. E. 5.6 vorstehend). Gemäss Art. 49 Abs. 2 VO Nr. 987/2009 berücksichtigt der Träger eines Mitgliedstaats die von den Trägern aller anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden (Urteil des BVGer C-4115/2023 vom 25. Juni 2024 E. 4.3 und E. 10.3; siehe auch Urteil des EuGH C-279/97 vom 10. Dezember 1998, Rz. 49 f., zur Vorgängernorm [Art. 40 VO Nr. 574/72]).

### **E. 7.3.2**

Die IV-Stelle hat die den Rentenbescheiden der deutschen Rentenversicherung zugrunde liegenden medizinischen Akten bislang nicht beigezogen. Angesichts des Prozessausgangs (vgl. E. 12 nachfolgend) erübrigt sich ein Beizug der vorgenannten medizinischen Akten durch das Gericht. Allerdings wird die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt (auch) in dieser Hinsicht zu vervollständigen und die dem deutschen Rentenentscheid zugrunde liegenden ärztlichen Unterlagen und Berichte einzufordern haben, damit die weiteren Abklärungen in der Schweiz auf einer vollständigen medizinischen Aktenlage erfolgen.

### **E. 8.1**

Was den Inhalt des Gutachtens betrifft, rügt die Beschwerdeführerin vor allem das orthopädische Teilgutachten. Sie bringt zunächst vor, der orthopädische Gutachter habe sich zu wenig mit der kreisärztlichen Untersuchung auseinandergesetzt und das Belastbarkeitsprofils des Kreisarztes nur mit einem Satz gewürdigt. Das Profil des Kreisarztes weiche in mehreren Punkten von jenem des orthopädischen Gutachters ab. Es fehle eine Erklärung für die abweichende Begründung des Belastbarkeitsprofils.

### **E. 8.2.1**

Die kreisärztliche Untersuchung vom 24. März 2015 (IV-act. 38) attestierte eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit auf Bauchniveau sei unfallbedingt eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten über Brusthöhe und körperferne Tätigkeiten unter Gewichtsbelastung. Möglich seien nur Tätigkeiten mit Gewichtsbelastung bis maximal 2 kg und keine Tätigkeiten, bei denen ein Ziehen oder Schieben gegen erhöhten Widerstand notwendig sei. Unfallunabhängig bestehe eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die degenerative Wirbelsäulenveränderung. Zu Letzterem äusserte sich die kreisärztliche Untersuchung nicht weiter, befasste sie sich doch nur mit der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche die oberen Extremitäten betrifft (IV-act. 38 S. 6).

### **E. 8.2.2**

Kreisarzt und orthopädischer Gutachter sind sich zwar bezüglich Belastbarkeitsprofil im Hinblick auf die oberen Extremitäten einig, dass nur noch körperlich leichte Tätigkeiten möglich sind, wobei der Einsatz der Arme über Brustniveau zu vermeiden ist. Gewisse

Abweichungen des Belastbarkeitsprofils des Kreisarztes und desjenigen des orthopädischen Gutachtens lassen sich erkennen. So beziffert der Kreisarzt das Heben und Tragen von Lasten mit «bis maximal 2 kg» und der Gutachter mit «bis zu 5 kg» (IV-act. 38 S. 6; IV-act. 158.4 S. 31). Es fällt auch auf, dass der orthopädische Gutachter bei der Untersuchung der Schultern rechts die Stabilität des Akromioklavikulargelenks sowie des Schlüsselbeins schmerzbedingt nicht überprüfte und infolge der Schmerzreaktion der Beschwerdeführerin nicht untersuchte (IV-act. 158.4 S. 22).

### **E. 8.2.3**

Was die vom Kreisarzt attestierte (unfallunabhängige) relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die degenerative Wirbelsäulenveränderung betrifft, verneinte die RAD-Ärztin Dipl. med. E. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 30. Juni 2015 eine (zusätzliche) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung des Nervengewebes fehlten (IV-act. 62). Die behandelnden Ärzte äusserten sich wie folgt: Aus dem Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2013 geht hervor, dass eine Fusionsoperation im Bereich der Lendenwirbelsäule in Frage kommt (IV-act. 55 S. 9). Dr. med. R. \_\_\_\_\_ berichtete am 25. März 2015 unter anderem über eine schwere Osteochondrose im Bereich L5/S1 und Kompression der Wurzel L5 links (IV-act. 55 S. 8). Es äusserte sich auch Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 29. Mai 2015 unter anderem zur schweren Osteochondrose auf Ebene L5/S1 und stellte gleichzeitig die Wirksamkeit der angeleiteten krankengymnastischen Übungsbehandlung in Frage. Er schlug ein Skelettszintigramm zur weiteren Abklärung vor (IV-act. 55 S. 5 ff.). Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ sprach eine Operationsindikation aufgrund einer Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit intraforaminaler Stenose und Radikulopathie L5 links mit Bericht vom 18. Oktober 2019 (IV-act. 116 S. 2) sowie in der Stellungnahme zuhanden der Vorinstanz vom 7. Januar 2020 an (IV-act. 122) und bestätigte diese mit Bericht vom 6. Juli 2020 (IV-act. 147). Er schlug eine Stabilisierung der Wirbelsäule mittels Cage-Implantation auf Höhe L5/S1 vor. Die MRI-Aufnahmen, worauf Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ die Operationsindikation stützte, lagen den Gutachtern nicht vor, lediglich der Befund vom 7. Januar 2020 (IV-act. 158.4 S. 24). Im Gutachten sind diese Bilder mit 2. August 2019 datiert, im Bericht von Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ aber vom 2. September 2019 (IV-act. 158.4 S. 24; IV-act. 122). Es ist von einem redaktionellen Versehen auszugehen.

### **E. 8.2.4**

Der orthopädische Gutachter verneint eine Operationsindikation trotz ihm nicht vorliegender MRI-Bildgebung «aufgrund der weitgehend fehlenden klinischen Befund[e] einerseits sowie der heutigen diskrepanten klinischen Präsentation andererseits» nicht (IV-act. 158.4 S. 30). Diese Feststellung ist zumindest teilweise nicht nachvollziehbar: Sowohl der Kreisarzt als auch Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_ und mehrfach Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ äusserten sich zur Rückenproblematik der Beschwerdeführerin und einer allfälligen Operationsindikation, weshalb entgegen dem orthopädischen Teilgutachten nicht von weitgehend fehlenden klinischen Befunden gesprochen werden kann. Auch die RAD-Ärztin Dipl. med. E. \_\_\_\_\_ hielt degenerative Wirbelsäulen-Veränderungen fest, auch wenn sie eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verneinte. Der orthopädische Gutachter führt nicht näher aus, wie er zu seiner abweichenden Einschätzung gelangt, sondern verweist bezüglich der lumbalen Radikulopathie auf das neurologische Gutachten. Der neurologische Gutachter geht aber auf die Problematik an der Lendenwirbelsäule im

neurologischen Teilgutachten nicht ein (IV-act. 158.4 S. 33 ff.). Folglich fehlt eine gutachterliche Auseinandersetzung bezüglich des Bestehens einer lumbalen Radikulopathie und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Das Gutachten ist in diesem Punkt unvollständig. Die Beschwerdeführerin hat mit der Beschwerde den Bericht von Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2021 nachgereicht, der ebenfalls eine Fusion der unteren Etagen der Lendenwirbelsäule vorschlägt. Er ordnet eine weitere Computeruntersuchung an (BVGer-act. 1 Beilage 13). Dieser Bericht lag den Gutachtern nicht vor, bestätigt jedoch die von Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ vorgeschlagene Stabilisierung der Wirbelsäule.

### **E. 8.3**

Zusammenfassend fehlt es im orthopädischen Teilgutachten bezüglich des Rückenleidens an einer angemessenen, nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen anderer medizinischer Fachpersonen (insb. Kreisarzt, Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_), was rechtsprechungsgemäss ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit der Expertise darstellt (vgl. Urteil des BGer 8C\_735/2022 vom 22. August 2023 E. 6.1 mit Hinweisen). Dies umso mehr, als mit der lumbalen Radikulopathie ein (potenziell) wesentlicher Aspekt vollständig ungeklärt geblieben ist.

### **E. 9**

August 2012 (IV-act. 11 S. 32 ff.): Teilstationäre Behandlung vom 2. bis am 20. Juli 2012 zwecks Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung an Schultern und Wirbelsäule. Weiterhin deutliche Bewegungsschmerzhaftigkeit. • Berichte von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie-Unfallchirurgie, Orthopädische Praxis L. \_\_\_\_\_ (Deutschland), namentlich vom 14. Mai 2012 (IV-act. 11 S. 22), 27. September 2012 (IV-act. 22 S. 8) vom 19. November 2012 (IV-act. 22 S. 6 f.), insbesondere mit folgenden Befunden: Deutliche Hinweise für Sprengung des SC-Gelenkes rechts nach ventral mit Druckschmerz und Bewegungsschmerz.

C-3002/2021 Seite 13 Schmerzhafter Bogen und Impingement an der Schulter rechts. Schmerzhafter Bogen auch endgradig an der linken Schulter. Druckschmerz im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) zwischen C3 und C5 Facette. • Kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 7. Mai 2012 (IV-act. 11 S. 25 ff.), die gestützt auf die Berichte von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ die Einholung einer Zweitmeinung empfahl. • Austrittsbericht Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Klinik O. \_\_\_\_\_, zur Schulteroperation rechts vom 28. März 2013 (IV-act. 27 S. 7 f.) mit folgenden Diagnosen aus Operation: Subscapularisruptur (obere Hälfte), symptomatische AC-Gelenkarthrose und symptomatische SC-Gelenkarthrose Schulter rechts, schmerzhaftes Pseudarthrose distale Clavicula links bei St. n. alter distaler Claviculafraktur sowie St. n. offener Gelenksstabilisation 1992 bei St. n. Tossy III-Luxation. Nebendiagnosen: Rezidivierende Lumboischialgie bei St. n. Trauma und chronisch degenerativem LWS-Syndrom, St. n. Diskushernienoperation L5/S1 2010, rezidivierende Cervicalgien bei chronisch degenerativem HWS-Syndrom. Daran anschliessende Verlaufsberichte von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ bis zur kreisärztlichen Untersuchung vom 24. März 2015 (vgl. die Übersicht in IV-act. 38 S. 2 ff.). Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab Operation bis

### **E. 9.1**

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 13. April 2021 kaum auf die nachträglich eingeholten Berichte der Orthopädie des Spitals Jj.\_\_\_\_\_ vom 6. November und 2. Dezember 2020 von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ eingegangen seien. Zudem hätte Dr. med. V.\_\_\_\_\_ nachträglich zur Begutachtung bildgebende Untersuchungen durchgeführt, die Gutachter würden sich aber nicht auf die bildgebenden Unterlagen beziehen, sondern nur auf die Berichte.

### **E. 9.2.1**

Die Beschwerdeführerin ist seit 2017 wegen ihrer Schulterbeschwerden bei Dr. med. V.\_\_\_\_\_ regelmässig in Behandlung (IV-act. 91 S. 2; IV-act. 153.1; IV-act. 159). Im Bericht vom 17. Januar 2020 schloss Dr. med. V.\_\_\_\_\_ eine Supraspinatusruptur noch aus (IV-act. 153.1). In der Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus orthopädischer Sicht folgt Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ dieser «jüngsten Einschätzung» von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ (IV-act. 158.4 Ziff. 7.3.3). Am 6. November 2020 veranlasste Dr. med. V.\_\_\_\_\_ aber ein weiteres Arthro-MRI beider Schultern der Beschwerdeführerin sowie eine neue Schulterpanoramaaufnahme (IV-act. 159). Die neue Bildgebung weist auf eine Veränderung der Situation hin: In den Bildern vom 26. November 2020 (IV-act. 159, 158.6, S. 5) ist eine Partialruptur der Supraspinatussehne rechts und in den Aufnahmen vom 1. Dezember 2020 eine Partialruptur der Supraspinatussehne links ersichtlich (IV-act. 159, 158.6 S.4).

C-3002/2021 Seite 25

### **E. 9.2.2**

Die schriftlichen Befunde der MRI lagen dem orthopädischen Gutachter im Zeitpunkt der Begutachtung vor. Er führt diese in der Liste der bildgebenden Untersuchungen auf (IV-act. 158.4 S. 25). Trotzdem geht er nicht näher auf diese ein. Die Partialrupturen werden im nachgereichten Bericht vom 2. Dezember 2020 von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ erwähnt. Gestützt auf diese neuen Befunde schlägt Dr. med. V.\_\_\_\_\_ ein operatives Vorgehen vor. (IV-act. 159). Der orthopädische Gutachter geht in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. April 2021 (IV-act. 168) nur ungenügend auf diese Veränderungen ein. Er zeigt sich erstaunt über den Vorschlag eines operativen Vorgehens, führt aber nicht näher aus, weshalb aus seiner Sicht ein solches nicht angezeigt ist. Eine konkrete Begründung, wie er zu diesem abweichenden Ergebnis kommt, fehlt. Er nimmt lediglich Bezug darauf, dass die Beschwerdeführerin noch gewisse Verrichtungen im Haushalt erledigen könne, und schliesst daraus ohne vertiefte Begründung auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Hierbei bezieht er sich wieder auf den Bericht vom 17. Januar 2020 von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ (IV-act. 153.1). Auf die neuen Befunde, welche durch Dr. med. V.\_\_\_\_\_ festgestellt wurden, geht er auch in der ergänzenden Stellungnahme weder näher ein, noch befasst er sich mit den Bildgebungen vom 26. November und vom 1. Dezember 2020.

### **E. 9.3**

Zusammenfassend fehlt es im orthopädischen Gutachten auch hinsichtlich der Schulterbeschwerden an einer angemessenen, nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen anderer medizinischer Fachpersonen. Namentlich geht der orthopädische Gutachter weder im Gutachten vom 11. Januar 2021 noch in dessen Ergänzung vom 13. September 2021 auf die von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ neu erhobenen Befunde (Partialrupturen der Supraspinatussehnen) ein. Damit bleiben auch bei den Schulterbeschwerden wesentliche Aspekte im Administrativgutachten unberücksichtigt

und der Sachverhalt ist diesbezüglich ungenügend abgeklärt. 10. Schliesslich ist das Gutachten in Bezug auf die Polyarthrose unvollständig, welche durch Dr. med. U.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 28. Oktober 2015 diagnostiziert wurde (IV-act. 55). Am 7. Juli 2015 wurde ein 3-Phasen-Ganzkörper-szintigramm erstellt, welches verschiedene Arthrosen zeigte (IV-act. 55 S. 4). Dr. med. X.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 20. Oktober 2017 eine Fingerpolyarthrose rechts (IV-act. 93 S. 10). Obwohl die Beschwerdeführerin bei der orthopädischen Befragung angab, dass sie an Polyarthrose leide, und der Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2015 sowie der

C-3002/2021 Seite 26 Bericht von Dr. med. X.\_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2017 den Gutachtern vorlagen, äussert sich der orthopädische Gutachter nicht dazu (IV-act. 158.3 S. 3 und S. 19). Die Polyarthrose fand auch keine Berücksichtigung in der Liste der relevanten Diagnose mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der Gesamtbeurteilung (IV-act. 158.2 S. 5 f.). Es ist damit unklar, ob die Polyarthrose bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit überhaupt berücksichtigt wurde. Zusammen mit der Beschwerde vom 28. Juni 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht von Dr. med. U.\_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2021 ein (BVGer-act. 1 Beilage 14). Dr. med. U.\_\_\_\_\_ äussert, dass weiterhin eine schwere Polyarthrose in praktisch allen Gelenken bestehe, auch in den Fingergelenken, welche im Bericht vom Oktober 2015 (IV-act. 55) noch nicht ersichtlich waren. 11. 11.1 Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, der orthopädische Gutachter setze die Ausbildung der Beschwerdeführerin als Bürokauffrau ihrer zuletzt vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit in der Produktion und Qualitätskontrolle von Büromöbeln gleich, was offensichtlich falsch sei. Der Verweis von Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei unbefriedigend. Im Resultat sei das Gutachten unvollständig und nicht schlüssig. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht auf das (Teil-)Gutachten von Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ und auch nicht auf die Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens abgestützt werden. 11.2 11.2.1 Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ führt unter Ziff. 8.1 im orthopädischen Teilgutachten (IV-act. 158.4 S. 30 f.) zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus, dass «für körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung einschliesslich jener im angestammten Bereich im Büro» eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Jedoch sollten das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Brustniveaus und hinter der Körperebene, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund vermieden werden. Aufgrund der Veränderungen an Schultern, Wirbelsäule und rechtem Knie seien lediglich körperlich wiederholt mittelschwere und schwere, überwiegend stehende und gehende sowie mit häufigem Überkopfeinsatz der oberen Extremitäten verbundene Tätigkeiten ungeeignet und sollten der Beschwerdeführerin nicht mehr zugemutet werden (IV-act. 158.4 S. 30 f.). Zur Frage

C-3002/2021 Seite 27 nach der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verweist er auf diese Ausführungen (IV-act. 158.4 S. 31). 11.2.2 Die Triage-Abklärung der Rehaklinik I.\_\_\_\_\_ vom 13. April 2012 ergab, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit vor dem Unfall oft Heben und Tragen bis 5 kg, selten bis 10 kg musste, ebenso Heben von 5 kg über Kopf. Arbeiten über Kopf sowie Knien und Kniebeugen wurden mit «manchmal» angegeben, Gehen bis 50 m als «sehr oft» (IV-act. 11 S. 11). Diese Abklärung lag den Gutachtern vor (IV-act. 158.1 S. 5, S. 28). Im Fragebogen für Arbeitgebende gab die letzte Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin an, dass diese bis ca. 3 Stunden gehen und bis 5

Stunden stehen musste. Heben oder Tragen bis zu 10 kg wurden mit 3 bis 5 Stunden am Tag angegeben (IV-act. 13.1 S. 7). Gemäss ärztlichem Entlassungsbericht der Rehaklinik J. \_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2017 sind körperlich leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus von Gehen, Stehen und Sitzen aus orthopädischer Sicht zumutbar. Arbeiten mit häufigem Bücken, Heben und Bewegen von Lasten über 5 kg, lang andauernde Zwangshaltungen, Arbeiten mit häufigem Ersteigen von Leitern, Treppen und Gerüsten sollten nicht ausgeübt werden (IV-act. 93 S. 17). Sowohl der Kreisarzt in seinem Bericht vom 24. März 2015 (IV-act. 38) als auch die RAD-Ärztin Dipl. med. E. \_\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 2. Dezember 2015 (IV-act. 51 S. 31) und vom 30. Juni 2016 (IV-act. 62 S. 3) kamen zu einem ähnlichen Schluss. Auch gemäss orthopädischem Gutachter sind eben solche Tätigkeiten zu vermeiden (siehe E. 8.2; IV-act. 158.4 S. 30 f.). 11.2.3 Der orthopädische Gutachter hat das Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit aktenwidrig festgestellt, weshalb die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit weder schlüssig noch nachvollziehbar ist: Der orthopädische Gutachter attestiert für körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 11.2.1 vorstehend). Dieses Anforderungsprofil einer optimal leidensangepassten Tätigkeit entspricht aber nicht dem Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit (vgl. E. 11.2.2 vorstehend). Die Beschwerdeführerin war nicht «im Büro», sondern als Produktionsmitarbeiterin tätig. Auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung beruht auf dieser Fehlannahme und geht von der «angestammten Tätigkeit im Bürobereich» bzw. von «der angelernten und angestammten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich» aus (IV-act. 158.2 S. 7 f.). 11.2.4 Weder der RAD noch die Vorinstanz äussern sich zu diesen offensichtlichen Fehlannahmen im Gutachten. Vielmehr wird in der

C-3002/2021 Seite 28 angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2021 aktenwidrig ausgeführt, die Gutachter hätten «in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Qualitätskontrolle von Büromöbeln eine 100%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit» attestiert. Zur effektiv ausgeübten bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin haben sich die Gutachter aber gerade nicht geäussert. Es liegt damit keine zuverlässige gutachterliche Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vor. 11.3 11.3.1 Hinzu kommen Widersprüche beim zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit. Während sämtliche Teilgutachten ab dem Unfallzeitpunkt (Januar 2012) eine (erhebliche) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinen (IV-act. 158.4 S. 7 f., S. 16, S. 38) – der orthopädische Gutachter mit der knappen und unklaren, Tat- und Rechtsfragen vermengenden Formulierung, es habe auch in der Vergangenheit «keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung» bestanden (IV-act. 158.4 S. 31) –, hält die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit Folgendes fest: «Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Januar 2012 kann die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Juli 2015 angenommen werden» (IV-act. 158.2 S. 8). Die Grundlage für die Feststellung in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung bleibt unklar. Sie steht in klarem Widerspruch zu den Teilgutachten. Möglicherweise orientiert sich die Gesamtbeurteilung – zu Unrecht – an der befristeten Rentenzusprache vom 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2015, die mit Urteil C-7541/2016 vom 31. Januar 2019 aufgehoben wurde (vgl. B.d vorstehend). 11.3.2 Weder der RAD noch die Vorinstanz haben sich um eine Klärung dieses Widerspruchs zwischen den Teilgutachten und der interdisziplinären Gesamtbeurteilung bemüht. Vielmehr wird in der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2021 in Übernahme der Formulierung aus dem orthopädischen Teilgutachten ausgeführt, es habe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in

der Qualitätskontrolle von Büromöbeln «nie eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden». Da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit nie länger dauernd eingeschränkt gewesen sei, liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor (IV-act. 172). 11.4

Zusammenfassend ist das Gutachten weder bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit noch bei der Beurteilung

C-3002/2021 Seite 29 des zeitlichen Verlaufs der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar. Vielmehr bestehen offensichtliche Aktenwidrigkeiten und Widersprüche innerhalb des Gutachtens, welche von der Vorinstanz nicht ausgeräumt worden sind. Auch in dieser Hinsicht ist der Sachverhalt ungenügend abgeklärt. 12. 12.1 Die Vorinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ATSG mangelhaft abgeklärt, da sie in der angefochtenen Verfügung von unvollständigen medizinischen Abklärungen und gar falschen Annahmen ausging. Das polydisziplinäre Administrativgutachten ist in mehreren Punkten – hinsichtlich Rückenbeschwerden (E. 8), Schulterbeschwerden (E. 9), Polyarthrose (E. 10) sowie Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (E. 11) – nicht beweiskräftig und als Ganzes nicht verwertbar. Entscheidwesentliche Aspekte sind bislang vollständig ungeklärt geblieben, weshalb die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2021 aufzuheben und die Sache zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (vgl. E. 13 nachfolgend). Damit wird dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin entsprochen, wonach weitere Abklärungen vorzunehmen seien und insbesondere ein weiteres polydisziplinäres Gutachten einzuholen sei (BVGer-act. 1). 12.2 Angesichts des Prozessausgangs erübrigt es sich, näher auf die von der Beschwerdeführerin monierte wirtschaftliche Abhängigkeit des ABI und der Gutachter gegenüber der IV einzugehen. Festgehalten sei, dass die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip – zusammen mit den weiteren Vorgaben nach BGE 137 V 210 – nach gefestigter Rechtsprechung generell, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fliessende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen neutralisiert (BGE 139 V 349 E. 5.2.1; Urteil des BGer 8C\_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 7). Indessen müssen sich die Beteiligten auch nach Einführung der Zuweisungsplattform SuisseMED@P mit Einwendungen auseinandersetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben. (BGE 139 V 349 E. 5.2.1). Solche legt die Beschwerdeführerin aber nicht dar. 12.3 Angesichts des Prozessausgangs ebenfalls nicht weiter zu prüfen ist, ob eine Rückweisung an die Vorinstanz schon aus formellen Gründen angezeigt wäre. Jedenfalls hat die Vorinstanz den Gutachtern Ergänzungsfragen gestellt (IV-act. 166), ohne die Beschwerdeführerin darüber vorab zu informieren. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine

C-3002/2021 Seite 30 einseitige Vorgehensweise des Versicherungsträgers ausgeschlossen (BGE 136 V 113 E. 5.4). Hält ein Versicherungsträger bei Vorliegen eines externen Gutachtens für notwendig, im Verwaltungsverfahren Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen, ist der versicherten Person ebenfalls Gelegenheit zu bieten, Ergänzungsfragen an den Experten zu richten (Urteil des BGer 9C\_162/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.2 mit Hinweisen). Die Vorinstanz hat damit die Gehörsansprüche der Beschwerdeführerin, namentlich das Recht, sich zum Beweisergebnis zu äussern und erhebliche Beweisanträge zu stellen, verletzt (Art. 29 Abs. 2 BV; Art. 42 und Art. 44 ATSG; BGE 136 V 113 E. 5.4). 12.4 Anzuführen bleibt, dass Anordnung weiterer medizinischer Abklärungen durch die Vorinstanz nicht nur dem Eventualantrag der

Beschwerdeführerin entspricht, sondern auch in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfolgt, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bis- her vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend zutrifft (vgl. E. 12.1 vorstehend). Hinzu kommt, dass die Vorinstanz die Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin verletzt hat (vgl. E. 12.3 vorstehend). Sodann ist der RAD seiner Pflicht nicht nachgekommen, das eingegangene MEDAS-Gutachten auf seine Qualität hin zu überprüfen (IV-act. 170; vgl. Urteil des BVGer C-2517/2020 vom 12. Januar 2020 E. 8.1). Andernfalls hätte ihm auffallen müssen, dass dieses weder vollständig noch nachvollziehbar und schlüssig ist. 13.

## **E. 10**

Schliesslich ist das Gutachten in Bezug auf die Polyarthrose unvollständig, welche durch Dr. med. U. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 28. Oktober 2015 diagnostiziert wurde (IV-act. 55). Am 7. Juli 2015 wurde ein 3-Phasen-Ganzkörperszintigramm erstellt, welches verschiedene Arthrosen zeigte (IV-act. 55 S. 4). Dr. med. X. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 20. Oktober 2017 eine Fingerpolyarthrose rechts (IV-act. 93 S. 10). Obwohl die Beschwerdeführerin bei der orthopädischen Befragung angab, dass sie an Polyarthrose leide, und der Bericht von Dr. med. U. \_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2015 sowie der Bericht von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2017 den Gutachtern vorlagen, äussert sich der orthopädische Gutachter nicht dazu (IV-act. 158.3 S. 3 und S. 19). Die Polyarthrose fand auch keine Berücksichtigung in der Liste der relevanten Diagnose mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der Gesamtbeurteilung (IV-act. 158.2 S. 5 f.). Es ist damit unklar, ob die Polyarthrose bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit überhaupt berücksichtigt wurde. Zusammen mit der Beschwerde vom 28. Juni 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht von Dr. med. U. \_\_\_\_\_ vom 10. Juni 2021 ein (BVGer-act. 1 Beilage 14). Dr. med. U. \_\_\_\_\_ äussert, dass weiterhin eine schwere Polyarthrose in praktisch allen Gelenken bestehe, auch in den Fingergelenken, welche im Bericht vom Oktober 2015 (IV-act. 55) noch nicht ersichtlich waren.

## **E. 11.1**

Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, der orthopädische Gutachter setze die Ausbildung der Beschwerdeführerin als Bürokauffrau ihrer zuletzt vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit in der Produktion und Qualitätskontrolle von Büromöbeln gleich, was offensichtlich falsch sei. Der Verweis von Dr. med. Hh. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei unbefriedigend. Im Resultat sei das Gutachten unvollständig und nicht schlüssig. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht auf das (Teil-)Gutachten von Dr. med. Hh. \_\_\_\_\_ und auch nicht auf die Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens abgestützt werden.

### **E. 11.2.1**

Dr. med. Hh. \_\_\_\_\_ führt unter Ziff. 8.1 im orthopädischen Teilgutachten (IV-act. 158.4 S. 30 f.) zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus, dass «für körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung einschliesslich jener im angestammten Bereich im Büro» eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Jedoch sollten das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Brustniveau und hinter der Körperebene, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem

Grund vermieden werden. Aufgrund der Veränderungen an Schultern, Wirbelsäule und rechtem Knie seien lediglich körperlich wiederholt mittelschwere und schwere, überwiegend stehende und gehende sowie mit häufigem Überkopfeinsatz der oberen Extremitäten verbundene Tätigkeiten ungeeignet und sollten der Beschwerdeführerin nicht mehr zugemutet werden (IV-act. 158.4 S. 30 f.). Zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verweist er auf diese Ausführungen (IV-act. 158.4 S. 31).

#### **E. 11.2.2**

Die Triage-Abklärung der Rehaklinik I. \_\_\_\_\_ vom 13. April 2012 ergab, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit vor dem Unfall oft Heben und Tragen bis 5 kg, selten bis 10 kg musste, ebenso Heben von 5 kg über Kopf. Arbeiten über Kopf sowie Knien und Kniebeugen wurden mit «manchmal» angegeben, Gehen bis 50 m als «sehr oft» (IV-act. 11 S. 11). Diese Abklärung lag den Gutachtern vor (IV-act. 158.1 S. 5, S. 28). Im Fragebogen für Arbeitgebende gab die letzte Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin an, dass diese bis ca. 3 Stunden gehen und bis 5 Stunden stehen musste. Heben oder Tragen bis zu 10 kg wurden mit 3 bis 5 Stunden am Tag angegeben (IV-act. 13.1 S. 7). Gemäss ärztlichem Entlassungsbericht der Rehaklinik J. \_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2017 sind körperlich leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus von Gehen, Stehen und Sitzen aus orthopädischer Sicht zumutbar. Arbeiten mit häufigem Bücken, Heben und Bewegen von Lasten über 5 kg, lang andauernde Zwangshaltungen, Arbeiten mit häufigem Ersteigen von Leitern, Treppen und Gerüsten sollten nicht ausgeübt werden (IV-act. 93 S. 17). Sowohl der Kreisarzt in seinem Bericht vom 24. März 2015 (IV-act. 38) als auch die RAD-Ärztin Dipl. med. E. \_\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 2. Dezember 2015 (IV-act. 51 S. 31) und vom 30. Juni 2016 (IV-act. 62 S. 3) kamen zu einem ähnlichen Schluss. Auch gemäss orthopädischem Gutachter sind eben solche Tätigkeiten zu vermeiden (siehe E. 8.2; IV-act. 158.4 S. 30 f.).

#### **E. 11.2.3**

Der orthopädische Gutachter hat das Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit aktenwidrig festgestellt, weshalb die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit weder schlüssig noch nachvollziehbar ist: Der orthopädische Gutachter attestiert für körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 11.2.1 vorstehend). Dieses Anforderungsprofil einer optimal leidensangepassten Tätigkeit entspricht aber nicht dem Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit (vgl. E. 11.2.2 vorstehend). Die Beschwerdeführerin war nicht «im Büro», sondern als Produktionsmitarbeiterin tätig. Auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung beruht auf dieser Fehlannahme und geht von der «angestammten Tätigkeit im Bürobereich» bzw. von «der angelernten und angestammten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich» aus (IV-act. 158.2 S. 7 f.).

#### **E. 11.2.4**

Weder der RAD noch die Vorinstanz äussern sich zu diesen offensichtlichen Fehlannahmen im Gutachten. Vielmehr wird in der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2021 aktenwidrig ausgeführt, die Gutachter hätten «in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Qualitätskontrolle von Büromöbeln eine 100%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit» attestiert. Zur effektiv ausgeübten bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin haben sich die Gutachter aber gerade nicht geäussert. Es liegt damit keine zuverlässige gutachterliche Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vor.

#### **E. 11.3.1**

Hinzu kommen Widersprüche beim zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit. Während sämtliche Teilgutachten ab dem Unfallzeitpunkt (Januar 2012) eine (erhebliche) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinen (IV-act. 158.4 S. 7 f., S. 16, S. 38) - der orthopädische Gutachter mit der knappen und unklaren, Tat- und Rechtsfragen vermengenden Formulierung, es habe auch in der Vergangenheit «keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung» bestanden (IV-act. 158.4 S. 31) -, hält die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit Folgendes fest: «Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Januar 2012 kann die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Juli 2015 angenommen werden» (IV-act. 158.2 S. 8). Die Grundlage für die Feststellung in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung bleibt unklar. Sie steht in klarem Widerspruch zu den Teilgutachten. Möglicherweise orientiert sich die Gesamtbeurteilung - zu Unrecht - an der befristeten Rentenzusprache vom 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2015, die mit Urteil C-7541/2016 vom 31. Januar 2019 aufgehoben wurde (vgl. B.d vorstehend).

### **E. 11.3.2**

Weder der RAD noch die Vorinstanz haben sich um eine Klärung dieses Widerspruchs zwischen den Teilgutachten und der interdisziplinären Gesamtbeurteilung bemüht. Vielmehr wird in der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2021 in Übernahme der Formulierung aus dem orthopädischen Teilgutachten ausgeführt, es habe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Qualitätskontrolle von Büromöbeln «nie eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden». Da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit nie länger dauernd eingeschränkt gewesen sei, liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor (IV-act. 172).

### **E. 11.4**

Zusammenfassend ist das Gutachten weder bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit noch bei der Beurteilung des zeitlichen Verlaufs der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar. Vielmehr bestehen offensichtliche Aktenwidrigkeiten und Widersprüche innerhalb des Gutachtens, welche von der Vorinstanz nicht ausgeräumt worden sind. Auch in dieser Hinsicht ist der Sachverhalt ungenügend abgeklärt.

### **E. 12.1**

Die Vorinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ATSG mangelhaft abgeklärt, da sie in der angefochtenen Verfügung von unvollständigen medizinischen Abklärungen und gar falschen Annahmen ausging. Das polydisziplinäre Administrativgutachten ist in mehreren Punkten - hinsichtlich Rückenbeschwerden (E. 8), Schulterbeschwerden (E. 9), Polyarthrose (E. 10) sowie Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (E. 11) - nicht beweiskräftig und als Ganzes nicht verwertbar. Entscheidwesentliche Aspekte sind bislang vollständig ungeklärt geblieben, weshalb die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2021 aufzuheben und die Sache zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (vgl. E. 13 nachfolgend). Damit wird dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin entsprochen, wonach weitere Abklärungen vorzunehmen seien und insbesondere ein weiteres polydisziplinäres Gutachten einzuholen sei (BVGer-act. 1).

### **E. 12.2**

Angesichts des Prozessausgangs erübrigt es sich, näher auf die von der Beschwerdeführerin monierte wirtschaftliche Abhängigkeit des ABI und der Gutachter gegenüber der IV einzugehen. Festgehalten sei, dass die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip - zusammen mit den weiteren Vorgaben nach BGE 137 V 210 - nach gefestigter Rechtsprechung generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen neutralisiert (BGE 139 V 349 E. 5.2.1; Urteil des BGer 8C\_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 7). Indessen müssen sich die Beteiligten auch nach Einführung der Zuweisungsplattform SuisseMED@P mit Einwendungen auseinandersetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben. (BGE 139 V 349 E. 5.2.1). Solche legt die Beschwerdeführerin aber nicht dar.

### **E. 12.3**

Angesichts des Prozessausgangs ebenfalls nicht weiter zu prüfen ist, ob eine Rückweisung an die Vorinstanz schon aus formellen Gründen angezeigt wäre. Jedenfalls hat die Vorinstanz den Gutachtern Ergänzungsfragen gestellt (IV-act. 166), ohne die Beschwerdeführerin darüber vorab zu informieren. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine einseitige Vorgehensweise des Versicherungsträgers ausgeschlossen (BGE 136 V 113 E. 5.4). Hält ein Versicherungsträger bei Vorliegen eines externen Gutachtens für notwendig, im Verwaltungsverfahren Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen, ist der versicherten Person ebenfalls Gelegenheit zu bieten, Ergänzungsfragen an den Experten zu richten (Urteil des BGer 9C\_162/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.2 mit Hinweisen). Die Vorinstanz hat damit die Gehörsansprüche der Beschwerdeführerin, namentlich das Recht, sich zum Beweisergebnis zu äussern und erhebliche Beweisanträge zu stellen, verletzt (Art. 29 Abs. 2 BV; Art. 42 und Art. 44 ATSG; BGE 136 V 113 E. 5.4).

### **E. 12.4**

Anzufügen bleibt, dass Anordnung weiterer medizinischer Abklärungen durch die Vorinstanz nicht nur dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin entspricht, sondern auch in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfolgt, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend zutrifft (vgl. E. 12.1 vorstehend). Hinzu kommt, dass die Vorinstanz die Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin verletzt hat (vgl. E. 12.3 vorstehend). Sodann ist der RAD seiner Pflicht nicht nachgekommen, das eingegangene MEDAS-Gutachten auf seine Qualität hin zu überprüfen (IV-act. 170; vgl. Urteil des BVGer C-2517/2020 vom 12. Januar 2020 E. 8.1). Andernfalls hätte ihm auffallen müssen, dass dieses weder vollständig noch nachvollziehbar und schlüssig ist.

### **E. 13**

Mai 2013 und danach für weitere sechs Wochen (IV-act. 27 S. 8, 32 S. 27). • Bericht Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (Deutschland), Facharzt für Orthopädie, vom 23. September 2013 (IV-act. 55 S. 9): Stationäre Behandlung vom

### **E. 13.1**

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (vgl. auch E. 7.3.2 vorstehend) eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die Anweisung im Urteil C-7541/2016 vom 31. Januar 2019 (IV-act. 82) und

die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen (weiterhin) Expertisen in den Fachbe- reichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erforder- lich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialistinnen und Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Sachverständigen zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, auf- grund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Art. 44 Abs. 5 ATSG; vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3).

C-3002/2021 Seite 31

### **E. 13.2**

Im vorliegenden Verfahren ist ein allfälliger Rentenanspruch spätes- tens ab 1. Januar 2013 zu prüfen (Anmeldedatum: 2. Juli 2012, vgl. oben Bst. B.a; IV-act. 2; Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Daher reicht es nicht, wenn die Sachverständigen lediglich den Ist-Zustand im Zeitpunkt des Gutach- tens feststellen. Vielmehr ist auch aufzuzeigen, wie der Gesundheitszu- stand im Zeitpunkt des möglichen Anspruchsbeginns war und ob respek- tive inwiefern sich der Gesundheitszustand verändert hat.

### **E. 13.3**

Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versiche- rungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erschei- nen liessen. Die Gutachterstelle ist – unter Ausschluss der Gutachterstelle ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH und der Sachverständigen des Gutachtens vom 11. Januar 2021 – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zu- weisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV). Der Beschwerdeführerin sind die ihr zu- stehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. Art. 44 ATSG). 14. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient- schädigung 14.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als voll- ständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das ent- sprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C\_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5). 14.2 Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb die ihr gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Tragen kommt. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG). 14.3 14.3.1 Die obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbin- dung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE,

C-3002/2021 Seite 32 SR 173.320.2]). Die gewährte unentgeltliche Rechtsverteidigung kommt damit ebenfalls nicht zum Tragen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerde- führerin macht mit der Kostennote vom 18. November 2021 einen Aufwand von Fr. 3'318.50 geltend (BVGer-act. 9), bestehend aus einem Honorar von Fr. 2'899.95 (13.67 Stunden, davon 0.83 Stunden à Fr. 199.98 für Mitarbei- ter/-in mit Kürzel «cr» und 13.67 Stunden à Fr. 200.- für Mitarbeiter/-in mit Kürzel «dr»), Auslagen und Spesen von Fr. 181.30 (Porti, 302 Kopien) und Mehrwertsteuer von Fr. 237.25 (7.7 % auf Fr. 3'081.25). Eine Kostennote muss hinsichtlich aller Kostenpunkte nachvollziehbar sein (Art. 14 Abs. 1 VGKE; ASTRID HIRZEL/HANNA MARTI, in: Praxiskommentar VwVG, 3. Aufl., 2013, N. 3 zu Art. 14

VGKE). Daran fehlt es vorliegend insofern, als der wesentliche Honoraraufwand (Fr. 2'733.30) einer Person mit dem Kürzel «dr» zugeordnet ist, wobei aus der Kostennote nicht hervorgeht, um welche Person es sich dabei handelt. Mangels hinreichend nachvollziehbarer Kostennote 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 einfachen Schriftenwechsels, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des BVGer C-216/2025 vom 26. Februar 2025 E. 2.1.1]) gerechtfertigt. 14.3.2 Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

C-3002/2021 Seite 33

## **E. 14**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung

### **E. 14.1**

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C\_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

### **E. 14.2**

Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb die ihr gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Tragen kommt. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 14.3.1**

Die obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die gewährte unentgeltliche Rechtsverteidigung kommt damit ebenfalls nicht zum Tragen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin macht mit der Kostennote vom 18. November 2021 einen Aufwand von Fr. 3'318.50 geltend (BVGer-act. 9), bestehend aus einem Honorar von Fr. 2'899.95 (13.67 Stunden, davon 0.83 Stunden à Fr. 199.98 für Mitarbeiter/-in mit Kürzel «cr» und 13.67 Stunden à Fr. 200.- für Mitarbeiter/-in mit Kürzel «dr»), Auslagen und Spesen von Fr. 181.30 (Porti, 302 Kopien) und Mehrwertsteuer von Fr. 237.25 (7.7 % auf Fr. 3'081.25). Eine Kostennote muss hinsichtlich aller Kostenpunkte nachvollziehbar sein (Art. 14 Abs. 1 VGKE; Astrid Hirzel/Hanna Marti, in: Praxiskommentar VwVG, 3. Aufl., 2013, N. 3 zu Art. 14 VGKE). Daran fehlt es vorliegend insofern, als der wesentliche Honoraraufwand (Fr. 2'733.30) einer Person mit dem Kürzel «dr» zugeordnet ist, wobei aus der Kostennote nicht hervorgeht, um welche Person es sich dabei handelt. Mangels hinreichend nachvollziehbarer Kostennote 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 einfachen Schriftenwechsels, der

Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des BVGer C-216/2025 vom 26. Februar 2025 E. 2.1.1]) gerechtfertigt.

### **E. 14.3.2**

Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

### **E. 16**

bis am 19. September 2013 aufgrund akutem dekompensiertem lumbal- und lumbal radikulärem Schmerzsyndrom bei schwerer Osteo- chondrose der LWS sowie adhäsiver Kapsulitis rechte Schulter. • Kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Arzt für Allge- meinmedizin, vom 24. März 2015 (IV-act. 38): Globaler Schulterdys- funktion rechts bei St. post Schulterarthroskopie mit Rotatorenman- schettenrekonstruktion (Subscapularis), Bicepstenotomie, subacromi- alen Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion rechts am 28. März 2013 bei Subscapularisruptur (obere Hälfte), symptomatische AC-Gelenksarthrose und symptomatischer SC-Gelenksarthrose Schul- ter rechts, Schmerzhafte Pseudarthrose distale Clavicula links bei St. n. alter distaler Claviculafraktur sowie St. post offener AC-

C-3002/2021 Seite 14 Gelenksstabilisation 1992 bei St. n. Tossy III-Luxation, rezidivierende Lumboischialgien, rezidivierende Cervicalgien. In der bisherigen Tätig- keit besteht eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit auf Bauchniveau ist unfall- bedingt eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Unfallunabhängig besteht eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die de- generativen Wirbelsäulenveränderungen. • Bericht Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Radiologische Praxis G.\_\_\_\_ (Deutschland), vom 25. März 2015 (IV-act. 55 S. 8) mit folgendem Be- fund: Physiologische Lordose, schwere Osteochondrose L5/S1 mit hochgradiger Verschmälerung der Bandscheibe. Spondylose mit Span- genbildung ventral im selben Segment. Kein Discusprolaps im Bereich der LWS. Im Segment L5/S1 zeigt sich links eine knöcherne Foramen- tenose, dadurch Kompression der Wurzel L5 links. Spondylarthrose L5/S1 links mit leichter Einengung des Spinalkanals von dorsal her, leichter Kompression der der Wurzel S1 intrathekal links. • Bericht Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Chefarzt Klinik für Wirbelsäulenchi- rurgie, Krankenhaus T.\_\_\_\_ (Deutschland), vom 29. Mai 2015 (IV- act. 55 S. 5 f.). Diagnose: Schwerste Osteochondrose L5/S1, Verdacht auf aktivierte ISG-Arthrose bds., multipelste Enthesiopathien, Verdacht auf Morton Neurom rechter Fuss, Ausschluss Spinalkanalstenose, Zust. n. Polytrauma mit Fraktur, bzw. Luxation des rechten Sternocla- viculargelenkes, Zust. n. Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion der rechten Schulter, Zust. n. Laser- Bandscheiben- OP L5/S1 2010. • Bericht Dr. med. U.\_\_\_\_ (Deutschland) vom 28. Oktober 2015 (IV- act. 55 S. 2 f.): Omarthrose beidseitig, AC-Gelenksarthrose, SC-Ge- lenksarthrosen beidseitig, Gonarthrosen beidseitig, Coxarthrose links, Ellenbogenarthrose beidseitig, schwere degenerative Wirbelsäulener- krankung, Claviculafraktur links nach Arbeitsunfall. • Berichte der RAD-Ärztin Dipl. med E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopä- die, vom 2. Dezember 2015 (IV-act. 51) und 30. Juni 2016 (IV-act. 62): Seit dem Unfall am 30. Januar 2012, spätestens seit der Operation an der rechten Schulter am 28. März 2013

besteht aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit beider Schultergelenke dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr in der angestammten Tätigkeit. In einer angepassten leichten Tätigkeit besteht seit der kreisärztlichen Untersuchung am 24. März 2025 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Die degenerativen

C-3002/2021 Seite 15 Wirbelsäulen-Veränderungen schränken die Arbeitsfähigkeit nicht weiter ein. • Bericht PD Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital W. \_\_\_\_\_, vom 22. Februar 2017 (IV-act. 91 S. 2 f.): Symptomatische SC-Gelenks-Arthrose und Restbeschwerden nach AC-Gelenks-Resektion und arthroskopischer Subscapularisrekonstruktion rechts am 28. März 2013, schmerzhafte Pseudarthrose distale Klavikula links mit/bei St. n. veralteter distaler Klavikulafraktur St. n. offener AC-Gelenks-Stabilisation 1992 bei Tossy-III-Luxation. • Entlassungsbericht Rehaklinik J. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 23. Februar 2017 (IV-act. 93 S. 15 ff.): diverse ganztägige ambulante Therapien vom 23. Januar bis am 10. Februar 2017. • Bericht Dr. med. X. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 20. Oktober 2017 (IV-act. 93 S. 10): Fingerpolyarthrose rechts. Polyarthrose in verschiedenen Gelenken, beide Mittelfüße, Sprunggelenk, Hüfte, Schultern und Hände. • Vorläufiger Entlassungsbericht des Krankenhaus Y. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 11. Oktober 2019 (IV-act. 113 S. 2 f.): Komplette Akutschmerztherapie vom 8. bis am 11. Oktober 2019 aufgrund Degeneration der LWS in Form von Osteochondrose L2/3, L3/4 und die Hauptdiagnose Protrusion von der Bandscheibe L5/S1 mit intraforaminaler Stenose und Radikulopathie L5 links. • Bericht Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ (Deutschland), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 18. Oktober 2019 (IV-act. 116 S. 2): Z.n. Wirbelsäulen-OP L5/S1, Laminektomie Februar 2010 in (...). Operationsindikation auf Höhe L5/S1 mit Cage-Implantation und Stabilisierung. • Stellungnahme Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ (Deutschland), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 7. Januar 2020 (IV-act. 122 S. 2 f.): Verdachtsdiagnose der Degeneration der LWS in Form von Osteochondrose L2/3, L3/4 und die Hauptdiagnose Protrusion von der Bandscheibe L5/S1 mit intraforaminaler Stenose und Radikulopathie L5 links. • Bericht Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital W. \_\_\_\_\_, vom

C-3002/2021 Seite 16

## **E. 17**

Januar 2020 (IV-act. 153.1): Bursitis subacromialis mit AC-Gelenksarthrose und funktionellem Impingement Schulter rechts mit/bei St. n. arthroskopischer Subscapularis-Rekonstruktion und AC-Gelenksresektion rechts am 28. März 2013, MR-tomographisch Ausschluss einer begleitenden Supraspinatusruptur, respektive Re-Ruptur im Bereich der Subscapularissehne, Pseudarthrose distale Clavicula links mit/bei St. n. veralteter distaler Claviculafraktur, St. n. offener AC-Gelenksstabilisation 1992 bei Tossy Grad III-Luxation links. • Prof. Dr. Z. \_\_\_\_\_ (Deutschland), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 6. Juli 2020 (IV-act. 147 S. 2): Operationsindikationen an Knie, LWS und Schultern. • Bericht Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital W. \_\_\_\_\_, vom 6. November 2020 (IV-act. 159 S. 4 f.): Operationsindikation aufgrund persistierender Probleme an beiden Schultern. • Bericht Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital W. \_\_\_\_\_, vom 2. Dezember 2020 (IV-act. 159 S. 2 f.): Partialruptur der Supraspinatussehne sowohl

rechts als auch links. Verdacht auf assoziierte Bizeps- tendinopathie links. • Bericht Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ (Deutschland), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 28. April 2021 (BVGer-act. 1 Beilage 13). Bild- gebung zum Knie: Lateral betonte Gonarthrose rechtes Kniegelenk mit deutlicher Gelenkspaltverschmälerung, Inkongruenz und feinen Oste- ophyten einschliesslich retropatellar, Wibergdelle. Bildgebung zum Be- cken: Hüften stehen in Form und Stellung annähernd regelrecht. Sie sind nicht ganz vollständig überdacht, beginnende Arthrose in Stadium II–III nach Köster, links stärker als rechts. Iliosakralgelenke bds. ver- mehrt sklerosiert, degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule. Linksseitige Coxarthrose im Stadium III, rechtsseitig im Stadium I. Bild- gebung zur LWS: Hyperlordose der Lendenwirbelsäule, horizontal ste- hendes Sacrum, in der a.p. Aufnahme annähernd gerade Wirbelsäule, thorakolumbal ganz leicht nach der rechten Seite geneigt, schwere Os- teochondrose L5/S1, beginnende Osteochondrose und dezente Retro- verschiebung L4 gegen L5 und auch L3 gegen L4 als Ausgleich der horizontalen Sacrumposition, beginnende Osteoporose, 5 freie Len- denwirbelkörper.

C-3002/2021 Seite 17 • Bericht von Dr. med. U. \_\_\_\_\_ (Deutschland) vom 10. Juni 2021 (BVGer-act. 1 Beilage 14): Fingergelenksarthrose Heberden- und Bouchardarthrosen, Omarthrosen bds., AC-Gelenkarthrose, SC-Ge- lenksarthrosen bds., Gonarthrose bds., schwere Retropatellararthrose rechts, Coxarthrose links, Ellebogenarthrose bds, schwere degenera- tive Wirbelsäulenerkrankung, Z. n. mehrerer Bandscheiben-OPs, Z. n. Claviculafraktur links nach Arbeitsunfall, Diabetes mellitus Typ 2, Asthma bronchiale, Adipositas, Nikotinabusus 40 py.

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