

# **BVGer C-3299/2021 vom 28. Juli 2025**

Bundesverwaltungsgericht, 2025-07-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3299\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3299_2021)

FR: TAF C-3299/2021 du 28 juillet 2025

IT: TAF C-3299/2021 del 28 luglio 2025

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b 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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem die Instruktionsrichterin mit Zwischenverfügung vom 27. September 2021 das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung guthiess (BVGer act. 7), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden

C-3299/2021 Seite 7 diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Juli 2021, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht – wie vom Bundesverwaltungsgericht im Entscheid C-7364/2018 vom 13. Februar 2020 angeordnet (vgl. E. 5.3 und 6) – nun eine voll beweiskräftige, polydisziplinäre Expertise als Entscheidungsbasis zur Verfügung gestanden hat und der Sachverhalt nunmehr rechtsgenügend abgeklärt ist.

### **E. 3.1**

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. 3.2**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

### **E. 4.1**

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botenschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210

C-3299/2021 Seite 8 E. 4.3.1) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen.

### **E. 4.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Juli 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

### **E. 4.3**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 81 E. 8.3). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur

Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbe- reich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach

C-3299/2021 Seite 9 zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil- weise 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 Erwerbsunfä- higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchti- gung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tä- tigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungs- massnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min- destens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

### **E. 5.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindes- tens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig ge- wesenen Fassung]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so wer- den die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

### **E. 5.4**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsan- spruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

### **E. 5.5.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 5.5.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder 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.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen.

C-3299/2021 Seite 11 Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

### **E. 5.5.3**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) eingeholten Gutachten von medizinischen

Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

### **E. 5.6**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 5.7**

Was retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit angeht, so sind diese rechtsprechungsgemäss schwierig und entsprechende Begutachtungen sollten deshalb erhöhten Ansprüchen genügen. Die Gutachterin

C-3299/2021 Seite 12 bzw. der Gutachter hat – soweit nötig – hierbei alle Informationsquellen zu berücksichtigen, die zur Verfügung stehen, wie die Krankengeschichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, ausführliche Patienten-, Fremd- und Sozialanamnesen und die vollständigen Akten der involvierten Sozialversicherer und Behörden (vgl. Urteil des BVer C-8902/2010 vom 14. März 2013 E. 5.2.1 mit Hinweisen).

### **E. 6.1**

Mit rechtskräftigem Urteil C-5824/2016 wurde festgestellt, dass der rentenablehnenden Verfügung vom 1. September 2016 in medizinischer Hinsicht namentlich folgende Unterlagen als Entscheidungsgrundlage dienten: Ärztliches Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, vom 15. März 2016 (IVSTA-act. 115 = 149), ärztliches Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_, Psychiater und Psychotherapeut, vom 22. März 2016 (IVSTA-act. 116 = 150), Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 3. Mai 2016 (IVSTA-act. 120), Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes, Dr. M. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2016 (IVSTA-act. 131). Im Beschwerdeverfahren wurden sodann von den Parteien folgende Unterlagen eingereicht: Entlassungsbericht der Klinik N. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2016 (IVSTA-act. 151), Kernspintomographie vom 15. April 2016 (IVSTA-act. 145),

Computertomographie vom 14. März 2016 (IVSTA-act. 144), Stellungnahmen des RAD vom 24. November 2016 (Dr. L. \_\_\_\_\_ [IV- STA-act. 154]), Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 18. Januar 2017 (Dr. M. \_\_\_\_\_ [IVSTA-act. 156]), Stellungnahme des RAD, Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. Januar 2017 (IVSTA-act. 157). Bei der Beurteilung der zitierten Berichte kam das Bundesverwaltungsgericht zum Schluss, dass sich die involvierten Ärzte weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einig seien. Insgesamt ergebe sich aus diesen unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (zusammen mit den ebenfalls dargelegten Mängeln in der Nachvollziehbarkeit der medizinischen Schlüsse) die Notwendigkeit einer vertieften, unabhängigen und interdisziplinären Untersuchung der Beschwerdeführerin und medizinischen Einschätzung ihrer funktionellen Einschränkungen und daraus folgenden Arbeitsfähigkeit. Die Vorinstanz müsse deshalb eine entsprechende Abklärung interdisziplinärer Art in die Wege leiten (vgl. Urteil C-5824/2016 vom 31. Mai 2017, E. 9.3, 10.4 und 11).

C-3299/2021 Seite 13

## **E. 6.2**

Im Rahmen der Beurteilung der rentenablehnenden Verfügung vom 13. Dezember 2018 hat das Bundesverwaltungsgericht im Urteil C-7364/2018 vom 13. Februar 2020 erwogen, dass dieser in medizinischer Hinsicht namentlich folgende Unterlagen als Entscheidungsgrundlage dienten: das polydisziplinäre (internistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische) Gutachten der D. \_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2018 (vgl. IVSTA-act. 166; 172; 176; 191), die erläuternde Stellungnahme der D. \_\_\_\_\_ - Gutachter vom 26. Juli 2018 (IVSTA-act. 224) sowie die Stellungnahme des medizinischen Dienstes, Dr. E. \_\_\_\_\_ Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH und zertifizierte Medizinerin SIM, und Dr. F. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 3. Oktober 2018 (IVSTA-act. 226). In seinem Urteil befand das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt als nicht vollständig abgeklärt. Das Gutachten der D. \_\_\_\_\_ erweise sich nicht als beweiskräftig, da es in gewissen Aspekten nicht nachvollziehbar und widersprüchlich sei. Insbesondere fehle es an einer Abklärung möglicher Wechselwirkungen zwischen den somatischen und psychiatrischen Diagnosen, an einer vertieften Exploration der Opioidbehandlung resp. des diagnostizierten Opioid-Fehlgebrauchs (E. 5.2.3), an einer weitergehenden, erklärenden Ausführung zu den im Gutachten erwähnten Anhaltspunkten für eine Aggravation (E. 5.2.4.2) sowie an einer Klärung der Fragen nach Umfang und Dauer der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit für den Zeitraum von Mai 2014 bis zur Erstellung des D. \_\_\_\_\_ -Gutachtens am 9. Mai 2018 (E. 5.2.5). Das Bundesverwaltungsgericht hiess die Beschwerde vom 21. Dezember 2018 insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2018 aufhob und die Akten im Sinne der Erwägungen, insbesondere zur notwendigen Klarstellung, Präzisierung und Ergänzung des D. \_\_\_\_\_ -Gutachtens (vgl. E. 5.3), an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückwies.

## **E. 6.3**

Nachdem das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7364/2018 vom 13. Februar 2020 unangetroffen in Rechtskraft erwachsen war, nahm die für die Prüfung des Gesuchs

zuständige IVSTA die Abklärungen wieder auf, aktualisierte ihre medizinischen Akten und holte insbesondere ein Gutachten der Neurologie Toggenburg AG in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie ein, welches am 1. Oktober 2020 erstattet wurde (IVSTA-act. 292). Mit Verfügung vom

## **E. 7**

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin findet sich in den medizinischen Akten seit dem Rückweisungsurteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7364/2018 im Wesentlichen das Folgende:

### **E. 7.1**

Dem Entlassungsbericht, unterzeichnet von Dres. P.\_\_\_\_\_, Chefarzt, Facharzt für Neurologie, Q.\_\_\_\_\_, Oberärztin, Fachärztin für Orthopädie, R.\_\_\_\_\_, Oberärztin, Fachärztin für Anästhesiologie, S.\_\_\_\_\_, Oberärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Januar 2020 betreffend die multimodale schmerztherapeutische stationäre Behandlung vom 10. Dezember 2019 bis zum 20. Dezember 2019 im Klinikum T.\_\_\_\_\_, (IVSTA-act. 259, S. 1-11; vgl. auch den Bericht von U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für diagnostische Radiologie, vom 18. Dezember 2019 [S. 12 f.] sowie den Kurzbrief vom 20. Dezember 2019 [S. 14 f.]) sind nachfolgende Diagnosen zu entnehmen: - ICD-10: R52.2 chronischer unbeeinflussbarer Schmerz, neuropathischer Schmerz im rechten Unterschenkel und im rechten Fuss sowie im Bereich des ventralen linken Oberschenkels - ICD-10: F33.2 rezidivierende depressive Episode gegenwärtig mittelgradig - ICD-10: F62.80 andauernde Persönlichkeitsstörung bei chronischen Schmerzen - ICD-10: F55.2 schädlicher Gebrauch von Ibuprofen - ICD-10: G57.3 Peroneus-Läsion rechts nach Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP) - ICD-10: Z96.64 Vorhandensein einer Hüft-TEP beidseits - ICD-10: H93.1 Tinnitus Aurium - ICD-10: M47.27 Spondylarthrose lumbosakral - ICD-10: M51.1 Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie - ICD-10: M55.2 Kompression der Nervenwurzel L4 links - ICD-10: M48.06 Spinalkanalstenose im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Claudicatio spinalis - Vitamin-D-Mangel Es wird eine Medikation mit Pregabalin 100 mg, 2 x täglich (Antiepileptikum indiziert zur Behandlung neuropathischer Schmerzen, generalisierten Angststörungen und als Adjuvans bei partiellen Epilepsien, vgl. <<https://compendium.ch/product/1468463-pregabalin-axapharm-kaps-100-mg/product>>, abgerufen am 23. Juni 2025), Fentanyl 75 mcg pro Stunde, alle drei Tage (Opioid-Analgetikum indiziert bei starken prolongierten Schmerzen ab 2 Jahren, wenn nicht-opioide Analgetika oder schwache Opioide nicht ausreichen, vgl. <<https://compendium.ch/product/1098006-fentanyl-mepha-matrixpfl-75-mcg-h>>, abgerufen am 23. Juni 2025), Amitriptylin 100 mg, 1 x täglich, Amitriptylin 25 mg, 1 ½ x täglich (trizyklisches Antidepressivum indiziert zur Behandlung von Episoden einer Major Depression, neuropathische Schmerzen, Prophylaxe von chronischen Spannungskopfschmerzen und Migräneprophylaxe, vgl. <<https://compendium.ch/product/1404220-saroten-filmtabl-25-mg>>, abgerufen am 23. Juni 2025), Ibuprofen 800 mg, 1 x täglich, Ibuprofen 400 mg, 2 x täglich (Nicht-steroidales Antiphlogistikum indiziert zur Behandlung von rheumatischen Erkrankungen, Schmerzen, Dysmenorrhö, Kopfschmerzen, Migräne und als Adjuvans bei Infektionen, vgl. <<https://compendium.ch/product/1448024-ibuprofen-mylan-filmtabl-400-mg>>, abgerufen am 23. Juni 2025), Metamizol 500 mg, 6 x täglich (Analgetikum indiziert zur Behandlung von refraktären stärkeren Schmerzen und refraktärem hohem Fieber, vgl.

<<https://compendium.ch/product/1402339-metamizol-mepha-tabl-500-mg>>, abgerufen am 23. Juni 2025), Dekristol 20.000 IE, jeden Donnerstag (Vitamin-D3 Präparat, vgl. <<https://www.dekristol.de/de/>>, abgerufen am 23. Juni 2025), beschrieben. Durch die schmerzmedikamentösen Massnahmen sowie durch die weiteren multimodalen schmerztherapeutischen Ansätze hätten sowohl eine Reduktion der Schmerzen als auch eine deutliche Stabilisierung der Stimmung erzielt werden können. Da die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie unter einer «Winterdepression» leide und dass es ihr im Sommer und unter Einfluss von Licht wie z.B. nach dem Besuch eines Sonnenstudios deutlich besser gehe, sei ergänzend eine probatorische Lichttherapie zu erwägen. Die Beschwerdeführerin sei mit Schmerzen im lumbalen Bereich in die Physiotherapie gekommen. Nach der HTP-Operation sei es zu einer Peroneusläsion rechts mit Fussheberparese und Hyperalgesie gekommen. Unter Wärme seien gezielt die Wirbelsäule mobilisiert und die Beine aktiviert worden. Ein Hilfsmittel, um den Rücken zu entlasten, habe nicht vermittelt werden können. Um die funktionellen Einschränkungen im Schultergelenk positiv zu beeinflussen, seien Übungen in entlastender Ausgangsstellung erarbeitet worden. In der Ergotherapie sei mit Hilfe des Spiegels an ihren Sensibilitätsstörungen am rechten Fuss gearbeitet worden. Dies sei der Beschwerdeführerin schwergefallen und sie habe sich kaum darauf einlassen können. Beim Wahrnehmungstraining auf den Waagen habe sie ihr Gewicht «nur wenig austangieren» können. Ein Desensibilisierungstraining sei angeleitet worden. Eine weitere ambulante Ergotherapie sei empfehlenswert. Im Rahmen der psychologischen Schmerztherapie habe der Fokus auf der Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells chronischer Schmerzen gelegen. Als zentrales Ziel werde die Förderung aktiver Bewältigungsstrategien angesehen, um langfristig eine Veränderung des Schmerzerlebens und somit eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit und der subjektiven Lebensqualität zu erreichen. Die Beschwerdeführerin sei sehr durch die soziale Situation belastet. Gegen Ende des Aufenthalts habe sie sich psychisch entlastet und schmerzgelindert gezeigt.

## **E. 7.2**

Das unter der Fallführung von Dr. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erstellte polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2020 (IVSTA-act. 292) umfasst die Teilgutachten in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie. Insgesamt stellten die Fachgutachter in ihrer Konsensbeurteilung fest, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie führen jedoch folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (vgl. S. 4): - Funktionsstörung des rechten Beines bei einliegender Hüftprothese rechts und Fussheberlähmung rechts - Funktionseinschränkung des linken Beines bei einliegender Hüftprothese links - Geringe Funktionsstörung des rechten Schultergelenkes bei nachgewiesener Rotatorenmanschettenruptur - Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule bei Aufbrauchveränderungen ohne wirbelsäulenbedingtes sensomotorisches Defizit - Adipositas Grad II, BMI 36.4 - Arterielle Hypertonie - Autoimmunthyreoiditis Hashimoto Erstdiagnose Juli 2020, derzeit unter Substitution mit L-Thyroxin bei normalem TSH, kein Anhalt für eine Hypo- oder Hyperthyreose - Anamnestisch Zustand nach Beinvenenthrombosen (rechts 1995 und 2012, links 2015), klinisch kein Hinweis für ein postthrombotisches Syndrom - Läsion des rechten Nervus peroneus nach einer Hüft-TEP Juni 2013; Differenzialdiagnose: inkomplette Ischiadicus-Läsion - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4)

### **E. 7.2.1**

Dem Teilgutachten im Fachbereich Allgemeine Innere Medizin (S. 11-30) von Dr. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, ist zu entnehmen, dass bei der aktuellen Untersuchung am 1. September 2020 ähnlich wie im Rahmen der vorherigen polydisziplinären Begutachtung 2018 (vgl. D. \_\_\_\_\_-Gutachten [IVSTA-act. 191]) eine ausgeprägte Adipositas Grad II und eine arterielle Hypertonie festgestellt worden sei, die auch derzeit nicht medikamentös behandelt werde. Eine hausärztliche Kontrolle und allfällige Einleitung einer antihypertensiven medikamentösen Behandlung sei zu empfehlen. Im Juli 2020 sei eine Immunthyreoiditis Hashimoto bei noch bestehender peripherer Euthyreose und TSH (Thyroidea stimulierendes Hormon, auch: Thyreotropin) im oberen Normbereich diagnostiziert worden. Seither werde die Beschwerdeführerin mit L-Thyroxin (Levothyroxin wird vorwiegend zur Behandlung einer Schilddrüsenunterfunktion [Hypothyreose] eingesetzt. Daneben existieren weitere Anwendungsgebiete [z.B. TSH-Suppression, Schilddrüsenmalignome, Schilddrüsen-suppressionstest, Strumaprophylaxe], vgl. <<https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Levo-thyroxin>>, abgerufen am 23. Juni 2025) behandelt. Aktuell sei ein gegenüber Juli niedrigerer TSH-Spiegel innerhalb des Referenzbereiches festgestellt worden, was für eine derzeit suffiziente L-Thyroxin-Substitution spreche. Auch wenn die genannten Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Finanzchefin eines Zahlungsdienstleisters bedingen, könne die Beschwerdeführerin von einer langfristig angelegten Reduktion des Körpergewichtes einen günstigen Einfluss sowohl auf die arterielle Hypertonie als auch die Beschwerden im Bereich des Achsenskeletts erwarten. In seiner Beurteilung betreffend die Konsistenz und Plausibilität führt Dr. W. \_\_\_\_\_ aus, der gemessene Blutspiegel von Ibuprofen spreche gegen eine verordnungsgemässe, regelmässige Einnahme dieses Medikamentes. Darüber hinaus würden sich im Rahmen der allgemeinmedizinisch-internistischen Begutachtung unter Berücksichtigung der im IV-Dossier vorliegenden Dokumentation und der aktuell durchgeführten Befragung und klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin keine offensichtlichen Widersprüche oder Hinweise auf Inkonsistenzen ergeben. Der Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin eine langjährige berufspraktische Erfahrung als kaufmännische Angestellte und selbständige Interimsmanagerin im Bereich der Finanzbuchhaltung und als SAP-Beraterin besitze. Als belastende Faktoren seien die mehrjährige Abwesenheit von Arbeitsmarkt mit Arbeitsentwöhnung und Dekonditionierung sowie die schwierige wirtschaftliche Situation anzusehen. Die Unterstützung durch ihre Tochter sei eine positive Ressource. Die Beschwerdeführerin könne in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit 8-9 Stunden anwesend sein, wobei keine Einschränkungen der Leistung bestehen würden. Unter Berücksichtigung der allgemeinmedizinisch-internistischen Diagnosen bestehe seit Mai 2014 und derzeit fortdauernd eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit.

### **E. 7.2.2**

Der fallführende Gutachter Dr. V. \_\_\_\_\_ kam in seinem neurologischen Teilgutachten (S. 31-52) zum Schluss, auf neurologischem Gebiet sei eine im Verlauf einer Hüftendoprothesenversorgung rechts im Juni 2013 aufgetretene Läsion des rechten Nervus peroneus aktenkundig und im Rahmen der aktuellen neurologischen Begutachtung zu bestätigen. Die Ursache bleibe unklar, möglicherweise handle es sich um einen

Lagerungsschaden. Begleitend bestünden Sensibilitätsstörungen im entsprechenden Nervenversorgungsgebiet mit herabgesetzter Berührungs- und Temperaturempfindung am rechten Fussrücken und lateral betont am Unterschenkel sowie erhöhter Schmerzempfindung auf Druck, Spitzreize und Berührung im Sinne einer Berührungallodynie. Nach heutigen Angaben bestehe kein vom rechten Fuss ausgehender dauernder Schmerz. Neurologisch mit einer Peroneusläsion nicht erklärbar und in den Akten inkonstant dokumentiert sei eine zusätzlich demonstrierte, aber nicht konstant nachweisbare Fuss- und Zehensenkenschwäche auf derselben Seite, wie auch schon im neurologischen Vorgutachten durch Prof. Gg. \_\_\_\_\_ der D. \_\_\_\_\_ im Jahr 2018 (vgl. IVSTA-act. 191) festgehalten. Ob perioperativ eine leichte Ischiadikusläsion mitentstanden sei, könne retrospektiv mangels detaillierter Dokumentation nicht mehr mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachvollzogen werden und sei in Bezug auf die angestammte, überwiegend sitzende, körperlich leichte Tätigkeit nicht relevant. Ein von der Lendenwirbelsäule ausgehendes (radikuläres) Nervenwurzelkompressionssyndrom sei - bezogen auf die in mehrfachen bildgebenden Untersuchungen beschriebene degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule - klinisch-neurologisch nicht nachweisbar. Die schon vorbeschriebenen Schwellungen und Verfärbungen rechts betont in beiden Unterschenkeln und Füßen seien überwiegend wahrscheinlich postthrombotischer Genese. Die Differenzialdiagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS [engl. Complex Regional Pain Syndrome]) - wie im D. \_\_\_\_\_-Gutachten 2018 diskutiert - sei aufgrund der beidseitigen Ausprägung und der Konstanz im Verlauf weniger wahrscheinlich. Eine authentische, allenfalls neuropathische Schmerzsymptomatik könne er von neurologischer Seite nicht nachvollziehen, da die hier bestimmten Serumspiegel für die von der Beschwerdeführerin regelmässig und täglich eingenommen angegeben Schmerzmittel (Ibuprofen) und Co-Analgetika (Pregabalin) jeweils deutlich unterhalb des therapeutischen Bereiches gelegen hätten, sodass sich begründete Zweifel an dem tatsächlichen Leidensdruck ergeben würden, worauf auch bereits im D. \_\_\_\_\_-Gutachten hingewiesen worden sei. Bei der zuletzt bis 2013 als Finanzleiterin beschäftigten Beschwerdeführerin ziehe sich auf neurologischem Gebiet als führende Diagnose eine perioperativ im Juni 2013 entstandene Läsion des rechten Nervus peroneus durch die Akten. Bei der letzten neurologischen Begutachtung 2018 sei diesbezüglich aufgrund der überwiegend sitzenden, körperlich leichten Bürotätigkeit und noch nicht ausgereizter medikamentöser Therapiemassnahmen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit gesehen worden. Aus rein neurologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit jeher ohne Einschränkungen der Leistung 8-9 Stunden anwesend sei. Die bei der Beschwerdeführerin eingesetzten Opiode stellten keine leitliniengerechte, erstrangige Therapieoption zur Behandlung neuropathischer Schmerzen dar (mit Verweis auf die Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Kommission «Leitlinien» der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [Hrsg.], 2019). Sie stellten eine drittrangige Behandlungsoption dar, nicht zuletzt aufgrund des beträchtlichen Suchtpotentials, des Gewöhnungseffektes und des ungünstigen Nebenwirkungsprofils.

### **E. 7.2.3**

In seinem orthopädischen Teilgutachten (S. 53-77) hielt Dr. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, fest, entsprechend dem Bericht der operierenden Klinik vom 16. Juni 2013 sei wegen einer Coxarthrose rechts am 4. Juni 2013 eine Hüftprothese

implantiert worden. Der postoperative Heilverlauf bezüglich des Hüftgelenkes sei zwar als unauffällig bezeichnet worden. Jedoch habe nach der Operation eine rechtsseitige Fussheberschwäche / Peroneusläsion bestanden, die bis heute nicht remittiert sei. Die Nervenschädigung sei am 15. November 2013 neurologisch bestätigt worden und werde mit einer Peroneusschiene orthetisch behandelt. Bei fortgeschrittener Coxarthrose links sei schliesslich am 3. Februar 2015 auch dort eine endoprothetische Versorgung erforderlich gewesen. Gemäss dem Bericht der Klinik Y. \_\_\_\_\_ sei der postoperative Heilverlauf ungestört gewesen. Die Behandler hätten noch einmal darauf hingewiesen, dass die umfangreiche Diagnostik des rechten Hüftgelenkes keine Hinweise für eine Fehlplatzierung oder Lockerung der einliegenden Prothese am rechten Hüftgelenk ergeben habe. Im Rahmen der anschliessenden Rehabilitation hätten die Behandler eine «Normalbelastung» der Beine notiert, wobei rechts zur Entlastung des kürzlich operierten linken Hüftgelenkes noch eine UA-Gehstütze benötigt werde. Bei Entlassung sei postoperativ an beiden Hüften eine Beugefähigkeit von 85 Grad bzw. darüber erreicht worden. Im Gegensatz zu der Funktionsbeschreibung der Behandler habe die Beschwerdeführerin jedoch ein unverändertes Schmerzniveau von VAS 9-10 (Visuelle Analogskala, vgl. <<https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/schmerzdiagnostik/messung-der-schmerzstaerke>>, abgerufen am 23. Juni 2025) angegeben. Entsprechende Befunde, die eine solche massivste Schmerzsymptomatik erklärten, fänden sich im ausführlichen Rehabericht nicht. Man habe die Beschwerdeführerin künftig für 6 und mehr Stunden täglich für leichte Arbeiten einsetzbar befunden. In einem zuvor für die Deutsche Rentenversicherung am 10. September 2014 gefertigten Gutachten habe der Gutachter die Beschwerdeführerin allerdings nur für 3 bis unter 6 Stunden täglich belastbar gehalten, gleichzeitig aber darauf hingewiesen, dass noch eine endoprothetische Versorgung des linken Hüftgelenkes bei dortiger Coxarthrose anstehe. Zusätzlich zu bezeichneter Hüftproblematik hätten auch Rückenbeschwerden bestanden, wie aus den Indikationen zu den in 2014 und 2015 gefertigten MRI Untersuchungen der LWS zu folgern sei. Es würden sich damals jeweils geringe Aufbrauchveränderungen der kleinen Wirbelgelenke finden, jedoch keine neurokompressive Diskushernie. Angesichts beklagter fortwährender Beschwerden an der LWS und den Hüften sei durch die deutsche Rentenversicherung eine erneute Begutachtung erfolgt. Der orthopädische Gutachter habe die Beschwerdeführerin für jedwede Tätigkeit nur beschränkt einsetzbar (3 bis unter 6 Stunden täglich) gehalten. Bei Durchsicht des Gutachtens vermisste man allerdings eine epikritische Auseinandersetzung mit den im Gutachten befundeten Funktionsstörungen der Beschwerdeführerin. So seien beide Hüftgelenke bis etwa 90 Grad flektierbar, die Beschwerdeführerin ohne Hilfsmittel (mit Steppergang) gehfähig und es sei ihr ein Vorbeugen bis zu einem Finger-Bodenabstand von 20 cm möglich gewesen. Attestiert worden sei eine Lumboischialgie, die aber keinen Niederschlag bei der Befundung finde (kein Hinweis auf positives Lasègue-Zeichen). Unklar bleibe nach Durchsicht dieses Gutachtens vom 15. März 2016, welche Anteile der angestammten leichten Tätigkeit der Beschwerdeführerin im Einzelnen denn nicht mehr zumutbar seien. Somit sei diese Einschätzung nicht hinreichend nachvollziehbar. Nachgewiesen seien verschleissbedingte Veränderungen an der LWS mit möglicher Neurokompression der Wurzel L4. Dies habe nach dem Urteil des neurologischen Gutachters allerdings keinen Niederschlag in einer klinischen Symptomatik gefunden. Bei der Untersuchung am 1. September 2020 seien die Beschwerden vonseiten der Hals- und Lendenwirbelsäule, beider Hüften sowie am rechten Unterschenkel im Vordergrund gestanden. Schmerzen am rechten Schultergelenk seien nicht mehr angegeben worden. Dort

liege nachweislich eine Läsion der Schulterdrehmanschette vor. Der Beschwerdeführerin sei das aktive Vor- und Seitheben im rechten Schultergelenk sehr gut möglich, im Seitenvergleich allerdings etwas abgeschwächt. Nacken- und Schürzengriff seien unproblematisch vorführbar. Wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen würden sich hieraus nicht ergeben. Am Achsenorgan würden kernspintomographisch gesichert Aufbrauchveränderungen insbesondere der kleinen Wirbelgelenke vorliegen mit relativer Spinalkanalstenose. Hinweise für eine Wurzelkompression habe er klinisch nicht feststellen können. Auch typische Nervenwurzelreizerscheinungen fehlten bei negativem Lasègue'schen und PseudoLasègue'schen Test. Das Vorbeugen sei problemlos immerhin bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 10 cm möglich. Beim Wiederaufrichten habe die Beschwerdeführerin reproduzierbare untere Rückenschmerzen angegeben. Die Beweglichkeit von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sei nicht massgeblich eingeschränkt. Nach rechts sei die Seitneigung des Rumpfes im lumbosakralen Übergangsbereich mit Beschwerdeangaben verbunden. Schmerzreaktive Verspannungen habe er in diesem Bereich nicht feststellen können. Beide Hüftgelenke seien mit Endoprothesen versorgt. Der Gutachter habe daher auf das Einbeinhüpfen verzichtet, zumal bei bekannter Fussheberschwäche rechts. Das Gangbild sei mit angelegter Peroneausschiene recht flüssig. Beim Barfussgang ohne Schiene sei ein typischer Steppergang aufgefallen. Der Fersenstand sei rechts nicht durchführbar. Der Zehenspitzenstand sei rechts etwas erschwert, aber möglich. Im Liegen habe keine Fussenkenschwäche, wohl aber die bekannte Fussheberschwäche rechts objektiviert werden können. Am linken Hüftgelenk liege eine geringfügige Abschwächung der hüftgelenkübergreifenden Muskulatur vor (Trendelenburg-Zeichen positiv). Die Hüftgelenke selbst seien nachweislich ohne Lockerung, ohne Aufbrauchveränderungen und deutlich über 90 Grad zu beugen, was eine überwiegend sitzende Tätigkeit vollumfänglich zulasse. Vom übrigen Bewegungsapparat her habe er keine bedeutsamen Funktionseinschränkungen gesehen. Aus den aktuell erhobenen Befunden würden sich Einschränkungen für die Belastbarkeit der unteren Extremitäten ergeben. So seien lediglich überwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar. Nicht zumutbar seien Arbeiten mit häufigem Treppen- oder Leiternsteigen, Tätigkeiten mit häufigen Überkopfarbeiten und Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Hinweise für Inkonsistenzen hätten sich im Rahmen von Exploration und Untersuchung nur dahingehend ergeben, dass die Fussenkenschwäche nicht durchgehend nachweisbar gewesen sei. Bei der Beschwerdeführerin würden hinreichend Ressourcen für die angestammte zu beurteilende Tätigkeit vorliegen. Auch im Alltag sei sie bezüglich ihrer Ressourcen vollumfänglich selbstständig. Zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen würden keine medizinisch begründbaren Wechselwirkungen bestehen. Aus fachorthopädischer Sicht bestehe keine Indikation zur Opioidbehandlung. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne sie 8.5 Stunden pro Tag anwesend sein. Aus orthopädischer Sicht bestehe dabei seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ohne Einschränkung der Leistung. Dies mit Ausnahme der therapiebedingten Arbeitsunfähigkeit nach Implantation der Hüftprothese am 11. Februar 2015 (postoperativ 4-6 Monate).

#### **E. 7.2.4**

Dem Teilgutachten (S. 78-110) von Psychiater Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, ist ein psychiatrischer Befund nach AMDP zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin sei wach und bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert, könne Lebensdaten

sicher rekonstruieren und im Zeitgitter einordnen. Das Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt. Die Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht eingeschränkt, wobei subjektiv eine eingeschränkte Konzentration berichtet werde. Der formale Gedankenablauf sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt, bei angemessener Denkgeschwindigkeit. Ein temporäres Grübeln sei vorhanden. Ängste oder Befürchtungen lägen nicht vor. Phobisches Verhalten oder Panikattacken würden verneint. Ein Vermeidungsverhalten sei nicht zu eruieren. Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen bestünden nicht. Hinweise für inhaltliche Denkstörungen oder das Vorliegen von akustischen, optischen, gustatorischen, olfaktorischen, taktilen oder zönästhetischen Halluzinationen lägen nicht vor. Ich-Störungen seien nicht zu eruieren. Die Beschwerdeführerin sei weitstreckig adäquat, zeige einen ironischen Humor, sei schwingungsfähig und auslenkbar. Themenabhängig sei sie aber auch subdepressiv, einmalig auch affektinkontinent (breche in Tränen aus). Schuldgefühle bestünden nicht. Insuffizienzerleben klinge an. Der gerichtete motorische Handlungsantrieb sei adäquat. Psychomotorische Auffälligkeiten zeigten sich nicht. Es gebe keinen Anhalt für Suizidgedanken oder -pläne. Die Laboruntersuchung sei nicht seitens des psychiatrischen Gutachters veranlasst worden. Im Laborbefund vom 2. September 2020 sei der Spiegel des Amitriptylin mit 71 mmol/l im therapeutischen Bereich (30-150 mmol/l). Der Metabolit Nortriptylin liege mit 55 g/l unterhalb des therapeutischen Bereiches (70-170 g/l). Insgesamt sei bei dieser Konstellation noch von einer regelmässigen Einnahme des Antidepressivums Amitriptylin auszugehen. Die Spiegel von Ibuprofen und Pregabalin seien unterhalb des therapeutischen Bereiches, sodass mindestens von einer unregelmässigen Einnahme der Substanzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden müsse. Zur Untersuchung sei die Beschwerdeführerin mit Walkingstöcken erschienen, sei sehr freundlich gewesen, während der Untersuchung auf ihrem Stuhl gesessen, auslenkbar gewesen, habe weitstreckig einen ironisch geprägten Humor gezeigt, habe sämtliche Fragen folgerichtig und kooperativ beantwortet und Augenkontakt gehalten. Bis auf eine themenabhängige subdepressive Gestimmtheit und eine einmalige Affektinkontinenz sei der psychiatrische Befund nach AMDP bezogen auf die objektiven Kriterien regelrecht. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit beklagt, welche sich allerdings nicht hätten objektivieren lassen. Sie habe Insuffizienzgefühle und temporäres Grübeln benannt. Die Beschwerdeführerin habe überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2006 eine reaktive mittelgradige depressive Symptomatik aufgewiesen, welche zu einem aktenkundig erwähnten und anamnestisch ebenfalls berichteten Suizidversuch geführt habe und zur anschliessenden psychotherapeutischen Behandlung mit einer überwiegend wahrscheinlichen Remission der Symptome. Aktenkundig seien dann im Juni 2015 eine mittelschwere depressive Episode und eine Schmerzstörung erwähnt. Dokumentiert sei weiterhin eine psychiatrische Hospitalisation vom 20. Januar 2016 bis 24. Februar 2016 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode und Schmerzverarbeitungsstörung. Eine antidepressive Medikation sei allerdings nicht dokumentiert. Aus gutachterlicher Sicht habe möglicherweise eine reaktive depressive Symptomatik mit allenfalls leichtem, temporär maximal mittelgradigem Beeinträchtigungsausmass von maximal Juni 2015 bis April 2016 vorgelegen. Eine dauerhaft mittelgradige Beeinträchtigung sei aus den Berichten nicht objektivierbar. Im Juli 2017 werde wiederum eine depressive Dekompensation erwähnt, nicht nachvollziehbar als schwer eingestuft, eine Klinikeinweisung sei empfohlen worden. Aktenkundig ergebe sich aber auch, dass eine solche schlussendlich nicht erfolgte. Es sei lediglich im August 2017 eine Behandlungsempfehlung mit bis zu 10 Tropfen Escitalopram

(Antidepressivum indiziert zur Behandlung von Depressionen, sozialer Phobie, generalisierten Angststörungen, Panikerkrankungen und Zwangsstörungen, vgl. <<https://compendium.ch/product/1360134-escitalopram-axapharm-filmtabl-10-mg>>, abgerufen am 23. Juni 2025) ausgesprochen worden, was gegen eine namhafte Beeinträchtigung spreche. Möglicherweise habe eine leichte depressive Symptomatik bzw. eine Anpassungsstörung vorgelegen. Im Rahmen der Begutachtung im Februar 2018 (D. \_\_\_\_\_-Gutachten [IVSTA-act. 191]) werde dann eine mittelgradige depressive Symptomatik postuliert mit einer guten Prognose, das heisse einer postulierten Arbeitsfähigkeit innert zwei Monaten nach intensivierter Behandlung. Allerdings erfolge eine Behandlungsintensivierung erst im April 2019 im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im Klinikum Aa. \_\_\_\_\_. Aus dem Bericht lasse sich eine mittelgradige depressive Beeinträchtigung plausibilisieren von ca. April 2019 bis maximal Mitte Mai 2019. Aus den späteren Behandlungsberichten lasse sich eine maximal leichtgradige depressive Beeinträchtigung objektivieren. Somit habe zusammenfassend überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2006 eine möglicherweise mittelgradige depressive Beeinträchtigung mit guter Remission, von Juni 2015 bis April 2016 eine reaktive leicht- bis maximal mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik und im Juli 2017 eine temporär mittelgradige depressive Symptomatik bestanden. Der weitere Verlauf sei unklar. Weiterhin habe überwiegend wahrscheinlich vom Anfang des Jahres 2018 bis maximal zum April 2018 wiederum eine mittelgradige depressive Symptomatik bestanden. Die Nichtanspruchnahme von weiteren Behandlungsmassnahmen lasse auf eine Remission oder weitgehende Remission schliessen. Weiterhin sei vom April 2019 bis Mai 2019 eine mittelgradige depressive Symptomatik mit Teilremission dokumentiert. Aktuell sei nur eine subsyndromale psychische Beeinträchtigung objektivierbar. Die Achsensymptome einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Interessenverlust, Antriebsverlust) seien nicht evident. Zusammenfassend ergebe sich somit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert. Anhaltspunkte für eine Schmerzverarbeitungsstörung, wie aktenkundig mehrfach postuliert, würden sich vor dem Hintergrund der nicht vorhandenen Evidenz für einen fehlverarbeiteten/unverarbeiteten innerseelischen Konflikt nicht ergeben. Die mitunter postulierte Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung durch chronische Schmerzen könne gutachterlicherseits nicht nachvollzogen werden. Zusammenfassend spreche gegen eine aktuelle namhafte psychische Beeinträchtigung das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin, die Nicht-Inanspruchnahme psychiatrischer/psycho-therapeutischer Behandlungsmassnahmen, der nahezu blande Untersuchungsbefund und die in der Gegenübertragung nicht aufspürbare namhafte psychische Beeinträchtigung. Derzeit ergebe sich kein ausreichender Hinweis für das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Somit sei die Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch aus psychiatrischer Sicht zu einer Präsenz von 8.5 Stunden ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit befähigt. Zu den Wechselwirkungen zwischen den somatischen und psychiatrischen Diagnosen hält der Gutachter fest, dass die depressive Reaktion der Beschwerdeführerin im Jahre 2006 überwiegend wahrscheinlich auf die Eheproblematik zurückzuführen sei. Im Weiteren seien reaktive leicht- bis mittelgradige depressive Reaktionen dokumentiert, welche grösstenteils aus jeweiligen psychosozialen Belastungsfaktoren resultierten und zu einem geringeren Teil auch aus den schmerzbedingten Einschränkungen. Zur Opioidbehandlung führte er ergänzend aus, entsprechend den Medikamentenspiegeln erfolge mindestens eine unregelmässige Einnahme der Analgetika, sodass bezüglich der Analgetika im

Wesentlichen von einer Non-Compliance ausgegangen werden müsse. Somit dürfte ein Opioid-Fehlgebrauch eher unwahrscheinlich sein, da auch diesbezüglich von keiner regelmässigen Anwendung ausgegangen werden könne.

#### **E. 7.2.5**

In ihrer Konsensbeurteilung kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, auf allgemeinmedizinisch-internistischem Fachgebiet liessen sich keine Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als leitende Mitarbeiterin eines Finanzdienstleisters ausweisen. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung sei nur eine subsyndromale psychische Beeinträchtigung objektivierbar gewesen. Insbesondere seien die Achsensymptome einer depressiven Störung nicht vorhanden. Auch die mehrfach aktenkundig vermutete Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung könne gutachterlicherseits nicht bestätigt werden. Neurologischerseits sei eine im Verlauf der Hüftendoprothesen-versorgung rechts im Juni 2013 aufgetretene Läsion des Nervus peroneus aktenkundig und im Rahmen der aktuellen neurologischen Begutachtung zu bestätigen. Die Ursache bleibe unklar, möglicherweise handle es sich um einen Lagerungsschaden. Differenzialdiagnostisch werde eine inkomplette Ischiadicus-Läsion erwogen. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe nicht. Orthopädischerseits werde ebenfalls keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Funktionelle Auswirkungen der gestellten Diagnosen auf die bisherige Tätigkeit bestünden nicht. Generell bestehe von orthopädischer Seite eine Einschränkung der Belastbarkeit der unteren Extremitäten. Der Beschwerdeführerin seien somit generell lediglich überwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar. Nicht zumutbar seien Arbeiten mit häufigem Treppen- und Leitersteigen, Tätigkeiten mit häufigen Überkopfarbeiten und Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Zu den eventuell relevanten Persönlichkeitsaspekten wird dargelegt, die Beschwerdeführerin sei in (...) in Deutschland geboren worden. Sie beschreibe eine enge Bindung zu ihrem Vater, welcher nach einer Herzoperation, als die Beschwerdeführerin acht Jahre alt gewesen sei, verstorben sei. Zur Mutter und zum späteren Stiefvater habe nicht eine so nahe emotionale Beziehung bestanden. Während der Schulzeit erinnere die Beschwerdeführerin keine interaktionellen Probleme. Die Beschwerdeführerin beschreibe verschiedene Erwerbstätigkeiten, auch eine Selbstständigkeit über mehrere Jahre, verschiedene berufliche Qualifikationen, Erwerbstätigkeiten als Freelancerin. Zum Schluss sei sie als Finanzchefin für B. \_\_\_\_\_ tätig gewesen. Im Rahmen dieser Tätigkeit berichte sie organisatorische Unzulänglichkeiten und interaktionelle Probleme. Seit den 90er Jahren habe die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich beider Hüftgelenke mit einer Exazerbation im Jahre 2013. Konsekutiv sei eine Endoprothesenimplantation erfolgt. Dadurch habe sich die Beschwerdeführerin belastet gefühlt und sei durch die Unzulänglichkeiten am letzten Arbeitsplatz psychisch beeinträchtigt gewesen. Behandlungen für jene Zeit seien nicht dokumentiert. Überwiegend wahrscheinlich habe eine Anpassungsstörung bestanden. Eine erste psychische Zustandsverschlechterung beschreibe die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer zweiten Ehe, welche zu einem Suizidversuch und zu einer psychotherapeutischen Behandlung geführt habe. Danach werde eine Remission angegeben. Aus den aktenkundigen Berichten ergebe sich eine leicht- bis temporär mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik überwiegend wahrscheinlich von Juni 2015 bis April 2016 und ab Juli 2017 mit einer kurzen psychiatrischen Krisenintervention und Behandlungsabbruch durch die Beschwerdeführerin und allenfalls kurzzeitiger ambulanter Behandlung bis in den August 2017. Weiterhin habe eine

mittelgradige depressive Episode überwiegend wahrscheinlich ab Anfang 2018 bis maximal April 2018 und von April 2019 bis maximal Mai 2019 mit dann weitgehender Remission bestanden. Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsveränderung, -störung oder -akzentuierung würden sich aus der soziobiografischen/psychiatrischen Anamnese und Untersuchung nicht ergeben. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seien bei der Beschwerdeführerin ausreichende Ressourcen vorhanden. Sie sei gut in der Lage, sich selbst zu versorgen, ihren Tag zu strukturieren und soziale Kontakte zu unterhalten. Ressourcen der Beschwerdeführerin seien ihre freundliche, teils humorvolle Interaktionsgestaltung sowie die verschiedenen beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen. Erschwerend sei die lange Arbeitsabstinenz. In ihrer Konsistenzbeurteilung führen die Fachgutachter aus, eine authentische, allenfalls neuropathische Schmerzsymptomatik könne man von neurologischer Seite nicht nachvollziehen, da die hier bestimmten Serumspiegel für die von der Beschwerdeführerin regelmässig und täglich eingenommen angegebenen Schmerzmittel (Ibuprofen) und Co-Analgetika (Pregabalin) jeweils deutlich unterhalb des therapeutischen Bereiches lägen, sodass sich begründete Zweifel am tatsächlichen Leidensdruck ergeben würden, worauf auch bereits im D. \_\_\_\_\_-Gutachten (IVSTA-act. 191) hingewiesen worden sei. Eine zusätzlich zur Peroneusläsion demonstrierte Fuss-/Zehensenkenschwäche sei in der klinischen Untersuchung nicht konstant nachweisbar gewesen. Die bei der neurologischen Untersuchung angegebenen Sensibilitätsstörungen seien bei der orthopädischen Begutachtung nicht evident gewesen. Insoweit sei von wechselnden Angaben der Beschwerdeführerin auszugehen. Hinweise für Inkonsistenzen hätten sich im Rahmen von Exploration und Untersuchung nur dahingehend ergeben, dass die Fussenkenschwäche nicht durchgehend nachweisbar gewesen sei. Psychiatrischerseits seien die von der Beschwerdeführerin aufgeführten mnestischen und kognitiven Einschränkungen nicht objektivierbar. Eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit wird vonseiten der beteiligten Gutachter nicht festgestellt. Retrospektiv würden sich von psychiatrischer Seite folgende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit ergeben: Möglicherweise hätten vom Juni 2015 bis April 2016 temporäre 100 %-ige Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer temporär vorhandenen mittelgradigen, überwiegend wahrscheinlich aber über diesen Zeitraum leichtgradigen reaktiven depressiven Symptomatik bestanden. Zu einer weiteren zeitlichen Einordnung würden entsprechende konzise Berichte fehlen. Weiterhin sei von einer überwiegend wahrscheinlichen 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode vom Juli 2017 bis möglicherweise Ende August 2017 auszugehen. Darüber hinaus dürfte mindestens ab Februar 2018 bis maximal zum April 2018 aufgrund einer erneuten mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden haben. Genauere Angaben hierzu seien ebenfalls mangels konziser Berichte nicht möglich. Diese Angaben fussten auf dem D. \_\_\_\_\_-Gutachten (IVSTA-act. 191). Darüber hinaus sei die Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich vom April 2019 bis Mai 2019 100 % arbeitsunfähig gewesen. Im weiteren Verlauf seien keine Arbeitsunfähigkeiten aktenkundig nachzuvollziehen. Von orthopädischer Seite habe nach Implantation der Hüftprothese am 11. Februar 2015 postoperativ eine vier- bis sechsmonatige 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ansonsten bestehe seit jeher eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit. Die Notwendigkeit einer angepassten Tätigkeit bestehe nicht, da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ausreichend angepasst zu werten sei. Zu den Wechselwirkungen zwischen den somatischen und psychiatrischen Diagnosen sei auszuführen, dass die depressive Reaktion der Beschwerdeführerin im Jahre 2006 überwiegend wahrscheinlich auf die Eheproblematik

zurückzuführen sei. Im Weiteren seien reaktive leicht- bis mittelgradige depressive Reaktionen dokumentiert, welche grösstenteils aus jeweiligen psychosozialen Belastungsfaktoren resultierten und zu einem geringeren Teil auch aus den schmerzbedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin. Im Zusammenhang mit der Abklärung der Opioidbehandlung und eines eventuellen Opioid Fehlgebrauchs führten die MEDAS-Gutachter aus, Opiode würden keine leitliniengerechte, erstrangige Therapieoption zur Behandlung neuropathischer Schmerzen darstellen. Sie stellten eine drittrangige Behandlungsoption dar, nicht zuletzt aufgrund des beträchtlichen Suchtpotentials, des Gewöhnungseffektes und des ungünstigen Nebenwirkungsprofils. Entsprechend den Medikamentenspiegeln erfolgte mindestens eine unregelmässige Einnahme der Analgetika, sodass bezüglich der Analgetika im Wesentlichen von einer Non-Compliance ausgegangen werden müsse. Somit dürfte ein Opioid-Fehlgebrauch eher unwahrscheinlich sein, da auch diesbezüglich von keiner regelmässigen Anwendung ausgegangen werden könne.

### **E. 7.3**

Gestützt auf eine entsprechende Rückfrage der IVSTA (vgl. IVSTA-act. 297 und 298) hielten die Gutachter Dr. V. \_\_\_\_\_, Z. \_\_\_\_\_ und Dr. X. \_\_\_\_\_ mit ergänzender Stellungnahme vom 7. Dezember 2020 fest (IVSTA-act. 299), in der Beurteilung des psychiatrischen Gutachtens werde ausgeführt, dass möglicherweise, das heisse nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, von Juni 2015 bis April 2016 eine temporäre, das heisse vorübergehende, 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vorhanden gewesen sein könnte, basierend auf zeitweisen mittelgradigen depressiven Dekompensationen, wobei retrospektiv vom Gutachter davon ausgegangen werde, dass überwiegend nur leichtgradige reaktive depressive Symptome während diesem Zeitraum vorhanden gewesen sein dürften mit zeitweisen mittelgradigen Dekompensationen. Somit sei zu betonen, dass das mögliche Vorhandensein von einer temporären 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit in diesem Zeitraum gutachterlicherseits gemeint sei. Weiterhin werde dargelegt, dass entsprechende konzise Berichte zur genaueren zeitlichen Einordnung nicht vorhanden seien. Die letzten Berichte würden den Zeitraum März 2016 betreffen. Richtig sei, dass kein Bericht aus dem April 2016 existiere. In der Einschätzung der möglicherweise vorhandenen Arbeitsunfähigkeiten habe der Gutachter vier weitere Wochen bis zu einer damals möglichen ausreichenden Remission und Stabilisierung in die Beurteilung mit einberechnet, vor dem Hintergrund, dass für die Zeit bis zum Jahre 2017 zunächst keine Berichte, welche eine genauere Einschätzung hätten zulassen können, existierten. Zusammenfassend sei darauf hinzuweisen, dass die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für den besagten Zeitraum nur die Möglichkeit von zeitweisen/temporären, das heisse phasenweisen, Arbeitsunfähigkeiten beinhalte, nicht aber von überwiegend wahrscheinlichen Arbeitsunfähigkeiten, da die retrospektive Beurteilung auf Basis des vorhandenen Aktenmaterials nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich sei. Soweit um Angabe der Gründe für die im Gutachten postulierte Arbeitsunfähigkeit von Juli bis August 2017 und das genaue Datum, an dem sie geendet habe, gebeten werde, sei darauf verwiesen, dass die Beschwerdeführerin vom 7. Juli bis 11. Juli 2017 im Krankenhaus behandelt worden sei. Diese Einschätzung beruhe darauf, dass für Juli 2017 basierend auf dem vorhandenen Aktenmaterial von einer überwiegend wahrscheinlichen, maximal mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik ausgegangen werde, welche auch zu einer kurzen psychiatrischen Krisenintervention im gleichen Monat geführt habe. Weiterhin habe sich die Beschwerdeführerin bis Ende August 2017 in ambulanter psychiatrischer

Behandlung befunden. Im Gutachten werde von einer überwiegend wahrscheinlichen Arbeitsunfähigkeit für den Juli 2017 ausgegangen. Des Weiteren werde ausgeführt, dass möglicherweise bis Ende August 2017 eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben könnte. Diese Einschätzung beruhe darauf, dass die Beschwerdeführerin sich zu jener Zeit noch in Therapie befunden habe, diese dann offensichtlich beendete, was für eine Remission sprechen könnte. Insgesamt sei darauf zu verweisen, dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit über mehrere Jahre, wie oft IV-seitig gefordert, erheblichen Schwierigkeiten unterliege und genaue zeitliche Angaben oftmals nicht möglich seien. Ebenso seien häufig keine Angaben vom Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich. Deshalb tauche auch im Gutachten die Differenzierung zwischen überwiegend wahrscheinlich und möglicherweise auf. Möglicherweise bedeute, dass die Situation nicht vollkommen klar sei, sich aber Hinweise ergeben würden, dass Arbeitsunfähigkeiten vorhanden gewesen sein könnten, was im Interesse der Gesamtbewertung mindestens der Erwähnung bedürfe. Soweit nachgefragt werde, ob eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wegen der Implantation der rechten Hüftprothese, welche am 16. Juni 2013 stattgefunden habe, zu attestieren sei, werde darauf hingewiesen, dass dies nicht Inhalt des Gutachtauftrages gewesen sei. Dieser habe lediglich die retrospektive Abklärung der Arbeitsfähigkeit ab Mai 2014 beinhaltet.

#### **E. 7.4**

In der Stellungnahme anlässlich der interdisziplinären Fallbesprechung zwischen dem RAD sowie dem Rechtsdienst der Vorinstanz von Dr. E.\_\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_\_, der Juristin G.\_\_\_\_\_ sowie Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 2. März 2021 (IVSTA-act. 306) wird ausgeführt, es sei im Gutachten keine Diagnose festgestellt worden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Die MEDAS-Gutachter bewerteten die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin zudem als leichte und damit zumutbare Tätigkeit. Retrospektiv berücksichtigten die Experten folgende, vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten: In somatischer Hinsicht sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von sechs Monaten anzunehmen, welche auf die beiden Implantationen von Prothesen zurückzuführen sei. In psychiatrischer Hinsicht sei der Gutachter von folgenden Arbeitsunfähigkeiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgegangen: vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Juli 2017 bis spätestens 31. Juli 2017. Diese Arbeitsunfähigkeit werde durch eine mittelschwere depressive Episode begründet, die einen fünftägigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung erfordert habe. Sodann werde von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2018 aufgrund einer depressiven Episode mit einer Stabilisierung zwei Monate später, d.h. bis zum 31. März 2018, ausgegangen. Die Gutachter bestätigten daher die im D.\_\_\_\_\_ -Gutachten von 2018 angenommene Arbeitsunfähigkeit, da die damaligen Experten diese Beeinträchtigung am Tag ihrer Untersuchung objektiviert hätten. Schliesslich liege ebenfalls eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. April 2019 bis zum 29. Mai 2019 aufgrund eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Einrichtung vor.

#### **E. 7.5**

Anlässlich des Vorbescheidverfahrens reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein:

##### **E. 7.5.1**

Zwei ärztliche Fachberichte von Bb. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Nuklearmedizin, zuhanden des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. Cc. \_\_\_\_\_: Die Fachärztin berichtete am 16. Juli 2020 (IVSTA-act. 313) über eine am 15. Juli 2020 durchgeführte SD-Sonographie und Halsweichteile, eine Schilddrüsenszintigraphie mit Technetium-Uptake nach Applikation von 52,0 MBq Tc 99 m Perchnetat sowie eine Schilddrüsenserologie zum Ausschluss einer Schilddrüsenerkrankung bei einem Zustand nach rezidivierender Otitis externa (nach Angabe der Beschwerdeführerin, Entzündung des Hörgangs). In ihrer Beurteilung hält sie eine rechts betonte, im Gesamtvolumen noch normal grosse Schilddrüse, ein echoarmes, knotiges Parenchym, vereinbar mit einer Autoimmunthyreoiditis (AIT) Hashimoto, einen verminderter Technetium Uptake, ebenfalls hinweisend auf AIT Hashimoto, eine knotige Veränderung ohne eindeutiges szintigraphisches Korrelat, eine Euthyreose mit einem TSH im oberen Normbereich sowie einen hochpositiven Antikörper (AK) gegen Schilddrüsen-Peroxidase, floride AIT Hashimoto fest. Sie empfehle die Einleitung einer Substitutionsmedikation mit reinem Levothyroxin (Schilddrüsenhormon indiziert zur Behandlung von Hypothyreose, als Suppressions- und Substitutionstherapie bei Schilddrüsenmalignom, als Zusatztherapie bei thyreostatischer Therapie einer Hyperthyreose nach Erreichen der Euthyreose, als Schilddrüsen-suppressionstest, als Rezidivprophylaxe nach Strumektomie bei euthyreoter Struma sowie zur Therapie bei einer benignen, euthyreoter Struma, vgl.

<<https://compendium.ch/product/1374403-euthyrox-75-tabl-75-mcg/product>>, abgerufen am 23. Juni 2025), initial 75 g, beginnend mit der halben Dosis für zwei Wochen und dann die ganze Dosis sowie nach ca. sechs Wochen eine TSH-Kontrolle zur Dosisüberprüfung. Unter Medikation sollte das TSH im unteren Normbereich von 1 +/- 0,5 U/ml liegen. Eine sonographische Verlaufskontrolle empfehle sie in sechs Monaten, bei Befundkonstanz dann in jährlichen Abständen. Aufgrund der am 3. Februar 2020 durchgeführten SD-Sonographie und Halsweichteile sowie Schilddrüsenserologie hielt die Fachärztin in ihrer Beurteilung vom 4. Februar 2021 (IVSTA-act. 312) fest, es bestehe inzwischen eine grenzwertig grosse Schilddrüse, ein echoarmes, inhomogenes Parenchym im Rahmen der AIT-Hashimoto. Diesbezüglich bestehe keine Änderung zur Voruntersuchung. Unter laufender Medikation sei das TSH leicht erniedrigt. Es liege weiterhin ein hochpositiver AK gegen Schilddrüsen-Peroxidase, hochfluoride Autoimmunthyreopathie Hashimoto vor. Auf Grund der Laborkonstellation solle man die Substitutionsdosis etwas reduzieren. Die Fachärztin befürchte allerdings, dass die Beschwerden wie Ermüdbarkeit und Gewichtszunahme dann doch ausgeprägter seien. Sie halte die angegebenen Symptome nicht für thyreogen bedingt und empfehle daher zunächst das Fortführen der Medikation in gleicher Dosierung. Eine TSH-Kontrolle solle in einem Vierteljahr erfolgen. Bei Persistenz des erniedrigten TSH basal empfehle sie eine Dosisreduktion auf Euthyrox 50. Eine sonographische Grössenkontrolle der Knoten wird in jährlichen Abständen empfohlen.

### **E. 7.5.2**

Im Befundbericht vom 23. Dezember 2020, ausgestellt durch Dd. \_\_\_\_\_, Facharztstitel wird im Befundbericht nicht genannt, wird die Sauberkeit des Darmes (nach vereinfachter Ottawa Skala) mit 2 (Flüssigkeit, absaugbar, Schleimhaut gut einsehbar) angegeben. Es habe sich ein kompletter Normalbefund gezeigt und es seien keine Polypen nachweisbar. Es würden sich multiple reizlose Divertikel im Sigma finden. Aufgrund der Beschwerden wird eine Proctoskopie empfohlen (IVSTA-act. 319).

### **E. 7.5.3**

Dem Befundbericht vom 7. Januar 2021, ausgestellt durch Dd. \_\_\_\_\_ betreffend die durchgeführte Proktoskopie ist zu entnehmen, dass kein Kneifdruck vorhanden sei (Sphinkterinsuffizienz). Es bestünden Hämorrhoiden ersten Grades. Es sei eine rektale Sphinktermanometrie bei Prof. Ee. \_\_\_\_\_, Klinikum T. \_\_\_\_\_, indiziert. Dann sei über das weitere Procedere zu befinden (IVSTA-act. 318).

#### **E. 7.5.4**

Gemäss Fachbericht vom 29. Januar 2021 betreffend die anorektale Manometrie Untersuchung, ohne Unterschrift (Anmerkung des Gerichts: mutmasslich Prof. Ee. \_\_\_\_\_, Klinikum T. \_\_\_\_\_ [vgl. IVSTA-act. 318]) bestehe nach dem CCS Inkontinenz Score mit 11 von 20 Punkten eine Teilinkontinenz Grad 2 bei anhaltenden obstipativen Beschwerden seit ca. einem Jahr (Obstipationsscore 7 von 30) Die Beschwerden würden alle fünf bis sieben Tage wechseln mit Obstipation, Jucken und dann Stuhlschmierer bei den Winden. Schmerzen oder Blut im Stuhl bestünden nicht, proktoskopisch zeigten sich Hämorrhoiden ersten Grades sowie Verdacht auf eine fehlende Funktion des Schliessmuskels. Es wird die Diagnose eines deutlich reduzierten Ruhedrucks im Analsphinkter bei erhaltener Sensorik und erhaltenem Kneifdruck gestellt. In der Folge wird Beckenbodentraining sowie gegebenenfalls eine Biofeedbacktherapie empfohlen (IVSTA-act. 317 [S. 1-5, S. 6 fehlt]).

#### **E. 7.6**

Der RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_ führt in seiner Stellungnahme vom 30. Juni 2021 (IVSTA-act. 330) zuhanden der Vorinstanz aus, es gehe aus den Unterlagen hervor, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2020 an einer Hashimoto-Erkrankung leide, welche eine Substitution (Euthyrox 75) und Kontrolle des TSH alle vier Monate sowie eine jährliche Ultraschalluntersuchung erfordere. Laut Dr. Bb. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Nuklearmedizin, seien die Symptome wie Müdigkeit, Gewichtszunahme und Haarausfall nicht auf die Schädigung der Schilddrüse zurückzuführen. Aus dem Dokument vom 4. März 2021 (IVSTA-act. 316) gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin erfolgreich mit einem Hörgerät versorgt sei. Laut dem ärztlichen Bericht vom 29. Januar 2021 (IVSTA-act. 317; vgl. E. 7.5.4 hiervor) sei sie aufgrund einer Stuhlinkontinenz in Verbindung mit einer Schwäche des analen Schliessmuskels behandelt worden. Es lägen also Pathologien vor, welche nicht langfristig beeinträchtigend seien und höchstens Funktionseinschränkungen rechtfertigten, wie z.B. eine angepasste Tätigkeit, welche die Möglichkeit biete, regelmässig die Toilette aufzusuchen und eine solche in der Nähe des Arbeitsplatzes zur Verfügung zu haben.

#### **E. 8.1**

Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss geltend, dass die Feststellung der Vorinstanz, wonach sie nie länger als ein Jahr krank gewesen sei, nicht nachvollziehbar und auf eine unvollständige Berücksichtigung der eingereichten medizinischen Unterlagen zurückzuführen sei. Sodann könne die Depression nicht geheilt werden, da die Erkrankung immer wieder auftrete. Ob diese schwer oder mittelgrad sei, hänge von der jeweiligen Lebenslage ab. Im Weiteren sei auch ihre Stuhlinkontinenz nicht als Funktionseinschränkung zu berücksichtigen, sondern diese führe zu einer Arbeitsunfähigkeit, da sie nicht kontrollierbar sei. Schliesslich verweist die Beschwerdeführerin auf ihren Rentenbescheid in Deutschland, der aufgrund des Sozialabkommens in der Schweiz anzuerkennen sei (BVGer-act. 1).

#### **E. 8.2**

Dem hält die Vorinstanz vernehmlassungsweise entgegen, die MEDAS-Gutachter hätten aktuell weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten, leichten und überwiegend sitzenden Tätigkeit als Finanzleiterin feststellen können. Retrospektiv seien einige somatisch oder psychiatrisch bedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeitszeiten festzustellen, welche jedoch immer von kürzerer Dauer (nicht mindestens ein Jahr) gewesen seien, und folglich nicht geeignet seien, einen Rentenanspruch zu begründen. Der ärztliche Dienst habe dieses Gutachten als überzeugend und dementsprechend voll beweiskräftig beurteilt, und sich der darin getroffenen Feststellung, dass retrospektiv einige kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten bestanden hätten, welche jedoch nie mindestens ein Jahr dauerten, und anschliessend wieder von Zeiten voller Arbeitsfähigkeit gefolgt gewesen seien, ebenso angeschlossen, wie der Feststellung, dass aktuell keine eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründenden Diagnosen bestünden. Zu keiner anderen Beurteilung sei der ärztliche Dienst anschliessend auch in Würdigung der mit dem Einwand vom 23. März 2021 auf den Vorbescheid hin vorgelegten neuen medizinischen Unterlagen (vgl. IVSTA-act. 310-319) gelangt, und habe dementsprechend seine vorhergehende Beurteilung bestätigt. Da folglich die Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 28 Abs.1 Bst. b und c IVG nie erfüllt gewesen seien, sei das Leistungsgesuch mittels der angefochtenen Verfügung abzuweisen gewesen (BVGer-act. 9).

### **E. 8.3**

Replicando bringt die Beschwerdeführerin ergänzend vor, das Gutachten vom 1. Oktober 2021 mache den Anschein der Befangenheit und Voreingenommenheit. Es werde die attestierte 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bereits ab 23. Mai 2013 nicht erwähnt, sondern es heisse, dass diese nicht in den Dokumenten ersichtlich gewesen sei und ausserdem nur ab 2014 begutachtet werden solle. Damit seien diese Unterlagen den Gutachtern nicht zur Verfügung gestanden oder diese hätten sie ignoriert. Auch die darauffolgenden 100 %-igen Arbeitsunfähigkeitsatteste würden sich bei der IVSTA in den Akten befinden und diese seien auch durch ihre Arbeitgeberin in der Schweiz sowie die kantonalen Behörden (Ff. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_) anerkannt worden, weshalb dies auch für die IVSTA gelten würde. Die schweren Episoden ihrer Depression seien nicht immer aufgrund ihrer Schmerzen, sondern auch nach einer Ablehnung der schweizerischen IV oder Todesfällen im unmittelbaren Umfeld aufgetreten, wobei nicht jedes Mal eine Einweisung erfolgt sei. Man könne einen Gesundheitszustand nicht rückwirkend für 8 Jahre innerhalb von 1-2 Stunden beurteilen. Ihr Arzt könne dies hingegen sehr wohl beurteilen, da er sie fast 15 Jahre lang kenne. Weiter seien einige geschilderte Angaben im Gutachten falsch oder in verdrehter Weise dokumentiert. So sei ihre Anreise z.B. nicht alleine erfolgt, sondern ihre Tochter sei dabei gewesen. Es sei sodann lapidar ihre letzte Tätigkeit als leichte Tätigkeit eingestuft worden, was die Gutachter nicht beurteilen könnten. Sie sei diesbezüglich kaum befragt worden. Es sei richtig, dass sie gekündigt habe, jedoch habe sie bereits neue Angebote gehabt, welche sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes habe ablehnen müssen. Bezüglich ihrer Medikamente stünden diese nicht nur in allen Klinikberichten, sondern sie habe auch immer aktuelle Medikamentenpläne der IV übergeben. Sie wisse nicht, wie aus dem Blutbild etwas anderes hervorgehen könne, aber es sei ja auch Tatsache, dass man schreibe, sie höre gut, aber sie brauche nach einer richtigen Untersuchung zwei Hörgeräte, weil sie an einer Innenohr-Schwerhörigkeit leide. Auch habe sie Knoten in der Schilddrüse sowie eine Unterfunktion, obwohl die Werte der div. Blutbilder dies nicht zeigen würden. Auch bekomme sie die Opiatpflaster nur mit der Rückgabe der benutzten. Man habe ihr

gesagt, dass ihre neu hinzugekommenen Krankheiten (Stuhlinkontinenz, Schilddrüse und Alopie [recte wohl: Alopezie = Haarausfall]) durchaus durch Depressionen oder Nebenwirkungen der starken Medikamente verursacht sein könnten. Auch führten die Stuhlinkontinenz und Alopie seit Monaten zu massiven seelischen Problemen. Ihre Beschwerden seien keine Mutmassungen oder Übertreibungen, weshalb die Beschreibung als (teilweise) Aggravation für sie nicht nachvollziehbar sei. Sie gehe davon aus, dass, wenn das Problem der Stuhlinkontinenz einigermaßen geklärt und behandelt sei, sie ca. 10 Stunden pro Woche in einer frei einzuteilenden Tätigkeit arbeiten könnte. Die Tätigkeit hätte frei einteilbar zu sein, da sie nie wisse, wie es ihr gehe und sie immer wieder Ruhepausen benötige, um sich zu konzentrieren oder durch ihre Haltung verursachte Schmerzen zu lindern. Im Gutachten werde ab Juni 2018 eine Eingliederung prognostiziert. Eine Verbesserung ihrer desolaten Gesundheit um 50 % innerhalb von vier Wochen sei jedoch unrealistisch. Sie gehe davon aus, dass ab Januar 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 25 % in einer einfachen Tätigkeit von maximal 15 Stunden pro Woche realistisch sei (BVGer-act. 12).

## **E. 9**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht eine anspruchsbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verneint bzw. ob sie den rechtserheblichen Sachverhalt nunmehr genügend abgeklärt hat.

C-3299/2021 Seite 37

### **E. 9.1**

Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aus dem Bescheid der deutschen Rentenversicherung vom 4. Dezember 2018, mit welchem ihr weiterhin bis zum 31. März 2022 eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen worden war (IVSTA-act. 235 = Beilage zu BVGer-act. 12) nichts zu ihren Gunsten ableiten kann, da sich ihr allfälliger Schweizer Rentenanspruch alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsgrundlagen bestimmt. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-4343/2019 vom 31. März 2022 E. 3 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 9.2**

Zunächst ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin einzugehen, die Gutachter des der Beurteilung der Vorinstanz zugrunde liegenden Gutachtens der MEDAS vom 1. Oktober 2020 seien offensichtlich von vornherein befangen gewesen (vgl. BVGer-act. 12).

#### **E. 9.2.1**

Die formelle Natur der Verletzung des Anspruchs auf unabhängige Expertinnen und Experten führt dazu, dass ein Gutachten, das die erforderlichen Attribute nicht aufweist, als Beweismittel auszuschliessen ist, unabhängig davon, wie es sich mit den materiellen Einwendungen tatsächlich verhält (Urteil des BGer 9C\_775/2019 vom 26. Mai 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Vor einer materiellen Prüfung des Gutachtens der MEDAS ist daher vorab die von der Beschwerdeführerin in Frage gestellte Unabhängigkeit der Gutachter zu

prüfen.

### **E. 9.2.2**

Nach der Rechtsprechung gelten für medizinische Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei

C-3299/2021 Seite 38 abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. So kann das Expertenverhalten während der Exploration objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden oder der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen, an abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen an die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird. Dagegen ergeben sich aus gutachterlichen Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben, wie auch aus Hinweisen, welche zur Annahme von Aggravation führen können, keine Anhaltspunkte, welche den Anschein der Befangenheit oder von Voreingenommenheit der Gutachter zu begründen vermöchten, da es zur Aufgabe des Gutachters gehört, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen (vgl. Urteil des BGer 8C\_665/2015 vom 21. Januar 2016 E. 4.1 und 4.3 mit Hinweisen).

### **E. 9.2.3**

Soweit die Beschwerdeführerin die Befangenheit der Gutachter der MEDAS geltend macht, ist festzuhalten, dass sich aus dem Gutachten selbst keinerlei Hinweise auf eine Voreingenommenheit der Gutachter ergeben. Aus dem Umstand, dass sich die MEDAS-Gutachter den Schlussfolgerungen des Hausarztes der Beschwerdeführerin sowie gewisser handelnder Ärztinnen und Ärzten nicht angeschlossen und sich kritisch dazu geäußert haben, kann nicht auf deren Befangenheit geschlossen werden (vgl. Urteil des BGer 8C\_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.3). Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die Gutachter hätten diverse medizinische Unterlagen resp. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unberücksichtigt gelassen, ist hieraus ebenfalls keine Befangenheit zu erkennen. Die Begründetheit dieser Rüge der Beschwerdeführerin bildet sodann Gegenstand der materiellen Prüfung des Gutachtens (vgl. E. 9.3 ff. nachfolgend). Auch die Aussagen zum äusseren Erscheinungsbild der Beschwerdeführerin sind entgegen ihren replikweisen Vorbringungen (vgl. BVGer-act. 12, S. 3) nicht als despektierlich oder als unnötig abwertend zu betrachten.

### **E. 9.2.4**

Insgesamt lassen sich dem MEDAS-Gutachten keine objektiven Anzeichen für eine Voreingenommenheit entnehmen. Von einem formellen Ausschluss des Gutachtens der

MEDAS inklusive der ergänzenden Stellungnahmen als Beweismittel ist daher abzusehen.  
C-3299/2021 Seite 39

### **E. 9.3**

Nachfolgend ist in materieller Hinsicht zu prüfen, ob das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 1. Oktober 2020 (IVSTA-act. 292), inklusive ergänzender Stellungnahme vom 7. Dezember 2020 (IVSTA-act. 299), den rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen genügt.

#### **E. 9.3.1**

Das polydisziplinäre Gutachten vom 1. Oktober 2020 wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erstellt (vgl. dazu Medizinalberuferegister [MedReg], abrufbar unter <[www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search](http://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search)>). Es beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der wesentlichen Vorakten und andererseits aus den Anamneseerhebungen der Gutachter ergibt. Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Schliesslich haben die Gutachter gemeinsam eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) abgegeben, welche mit den Teilgutachten in Übereinstimmung steht. Zudem erfolgte eine aktuelle wie auch retrospektive Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erforderlichen Standardindikatoren (BGE 141 V 28; vgl. E. 5.6 hiervor). Schliesslich wurden die durch das Rückweisungsurteil C-7364/2018 aufgeworfenen Fragen im Gutachten berücksichtigt und beantwortet. Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten damit die formellen Kriterien für eine beweismässige medizinische Expertise. Zu diesem Ergebnis gelangten auch Dres. E. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, die das Gutachten geprüft und sich der Einschätzung der Gutachter in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit angeschlossen haben (Stellungnahme vom 2. März 2021 [IV-STA-act. 306]).

### **E. 9.4**

Im Gutachten der MEDAS wird nachvollziehbar aufgezeigt, dass aus somatischer Sicht keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht:

#### **E. 9.4.1.1**

Der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. W. \_\_\_\_\_, führt nachvollziehbar aus, dass die diagnostizierte Immuntthyreoditis Hashimoto mit L-Thyroxin behandelt wird und aufgrund des TSH-Spiegels innerhalb

C-3299/2021 Seite 40 des Referenzbereichs von einer suffizienten L-Thyroxin-Substitution auszugehen ist (vgl. auch IVSTA-act. 312 und 313). Auch die Diagnose der Adipositas Grad II vermöge keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Zudem wird eine nicht behandelte arterielle Hypertonie konstatiert, weshalb der Facharzt eine hausärztliche Kontrolle und eine medikamentöse Behandlung empfiehlt. Schliesslich besteht anamnestisch ein Zustand nach Beinvenenthrombosen (rechts 1995 und 2012, links 2015), wobei gemäss dem

Gutachten im Gegensatz zum D. \_\_\_\_\_-Gutachten (vgl. IVSTA-act. 191, S. 19) sowie den in den Akten liegenden Fachberichten (vgl. IVSTA-act. 120; 82 = 107 = 146; 115 = 149; 151; 157) im Zeitpunkt der Begutachtung am 1. September 2020 kein Hinweis mehr für ein postthrombotisches Syndrom besteht (vgl. IVSTA-act. 292, S. 26 f.). Wie dem MEDAS-Gutachten sowie den Akten zu entnehmen ist, hatte die Diagnose des postthrombotischen Syndroms zu keinem Zeitpunkt einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IVSTA-act. 191, S. 19 und 42; 292, S. 28; vgl. auch IVSTA-act. 120). Bezüglich der Adipositas ist im Besonderen folgendes aufzuführen: Nach neuester Rechtsprechung kann eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken, auch wenn sie grundsätzlich behandelbar ist und keine körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und auch nicht die Folge von solchen Schäden ist (BGE 151 V 66 E. 9 und E. 11). Die Änderung der Rechtsprechung erging erst nach der angefochtenen Verfügung. Eine als richtig erkannte neue Praxis ist aber im Grundsatz sofort auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen, nicht rechtskräftig verfügten oder beurteilten Fälle anzuwenden (BGE 120 V 128 E. 3a mit Hinweisen).

Im Zeitpunkt der internistischen Untersuchung wog die Beschwerdeführerin 98 kg bei einer Körpergrösse von 164 cm, was einen BMI von 36.4 kg/m<sup>2</sup> ergab. Dementsprechend diagnostizierte Dr. W. \_\_\_\_\_ eine Adipositas Grad II. Der internistische Gutachter attestierte aus der diagnostizierten Adipositas Grad II keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Finanzleiterin. Dies erweist sich als nachvollziehbar, da es sich hierbei um eine überwiegend sitzende, leichte Bürotätigkeit handelt, wovon auch die Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung ausgehen (IVSTA-act. 292, S. 5). Dr. W. \_\_\_\_\_ hält sodann fest, dass die Beschwerdeführerin von einer langfristig angelegten Reduktion des Körpergewichts einen günstigen Einfluss auf die arterielle Hypertonie – welche ihrerseits wie oben ausgeführt keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat – sowie die Beschwerden im Bereich des Achsenskeletts

C-3299/2021 Seite 41 erwarten kann. Folglich kann die Beschwerdeführerin aus der geänderten Rechtsprechung nichts zu ihren Gunsten ableiten. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. W. \_\_\_\_\_ ohnehin keine Gründe nennt, weshalb ihr eine Gewichtsreduktion nicht zumutbar wäre und auch den weiteren medizinischen Akten keine gegenteiligen Hinweise zu entnehmen sind.

#### **E. 9.4.2**

Der neurologische Gutachter Dr. V. \_\_\_\_\_ setzt sich vertieft mit den Vorakten auseinander und hält nachvollziehbar fest, dass die zu bestätigende Läsion des rechten Nervus peroneus bei unbekannter Ursache bei der überwiegend sitzenden, leichten Bürotätigkeit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Finanzleiterin hat. Damit übereinstimmend wird durch den orthopädischen Gutachter ausgeführt, dass die Peroneusläsion mit einer Peroneusschiene orthetisch ordentlich behandelt wird (vgl. IVSTA-act. 292, S. 68 und 71). Zudem bestätigt Dr. V. \_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit dem D. \_\_\_\_\_-Gutachten (vgl. IVSTA-act. 191, S. 23) eine nicht konstant nachweisbare Fuss- und Zehensenkenschwäche. Das in diversen fachärztlichen Berichten (vgl. IVSTA-act. 97; 101; 115 = 149; 120; 131; 145; 157) erwähnte mögliche assoziierte komplexe Schmerzsyndrom wird aufgrund des deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs liegenden Serumspiegels der angegebenen Schmerzmittel (Ibuprofen) und Co-Analgetika (Pregabalin) nachvollziehbar ausgeschlossen (IVSTA-act. 48 ff.; vgl. so auch bereits das D. \_\_\_\_\_-Gutachten: IVSTA-act. 191, S. 24).

### E. 9.4.3

Aus dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. X. \_\_\_\_\_ geht hervor, dass aufgrund einer Coxarthrose rechts am 4. Juni 2013 eine Hüftprothese implantiert wurde. Sodann war bei fortgeschrittener Coxarthrose links am 3. Februar 2015 auch dort eine endoprothetische Versorgung erforderlich. Der Gutachter geht in Auseinandersetzung mit den Vorakten zutreffend von einem unauffälligen postoperativen Heilverlauf aus. Für diese Zeiten hält der Gutachter eine therapiebedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % während vier bis sechs Monaten postoperativ fest. Dieser Zeitraum erscheint aufgrund der fachärztlichen Berichte nachvollziehbar (vgl. insbesondere die Rehaberichte vom 26. Juli 2013 [IVSTA-act. 11, S. 4 f. und S. 10 f. = 72, S. 32 f.] und vom 20. März 2015 [IVSTA-act. 88]; vgl. auch IVSTA-act. 87). Soweit das fachorthopädische Gutachten zuhanden der deutschen Rentenversicherung am 10. September 2014 (vgl. IVSTA-act. 82 = 107 = 146) von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von drei bis sechs Stunden ausging, weist Dr. X. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass im Gutachten auf die anstehende endoprothetische Versorgung des linken Hüftgelenks bei dortiger Coxarthrose verwiesen wird (IVSTA-act. 292, S. 68). Zur gegenteiligen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten

C-3299/2021 Seite 42 der deutschen Rentenversicherung vom 15. März 2016 (IVSTA-act. 115 = 149) hat der MEDAS-Gutachter zutreffend festgehalten, dieses vermissen eine epikritische Auseinandersetzung mit den befundeten Funktionsstörungen der Beschwerdeführerin. So seien beide Hüftgelenke bis etwa 90° flektierbar, die Beschwerdeführerin ohne Hilfsmittel (mit Steppergang) gehfähig und es sei ihr ein Vorbeugen bis zu einem Finger-Bodenabstand von 20 cm möglich gewesen. Attestiert sei eine Lumboischialgie, die aber keinen Niederschlag bei der Befundung finde (kein Hinweis auf positives Lasègue Zeichen). Es bleibe nach Durchsicht des Gutachtens der deutschen Rentenversicherung unklar, welche Anteile der angestammten leichten Tätigkeit der Beschwerdeführerin im Einzelnen nicht mehr zumutbar seien (vgl. IVSTA-act. 292, S. 68 f.). Im MEDAS-Gutachten wird weiter eine geringfügige Abschwächung der hüftgelenkübergreifenden Muskulatur des linken Hüftgelenks diagnostiziert. Die Hüftgelenke selbst sind gemäss Befund ohne Lockerung, ohne Aufbrauchveränderungen und deutlich über 90 Grad zu beugen, weshalb der Gutachter schlüssig davon ausgeht, dass eine überwiegend sitzende Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist. Auch aus der nachgewiesenen Läsion der Schulterdrehmanschette ergeben sich gemäss Gutachter keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen. Im Vergleich zum D. \_\_\_\_\_-Gutachten, wo noch eine Limitierung in Bezug auf Tätigkeiten ohne häufige Armhaltepositionen oberhalb der Horizontalen festgehalten wurde (vgl. IVSTA-act. 191, S. 31 f.), weist der Experte darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nunmehr keine Schmerzen am rechten Schultergelenk angab und das aktive Vor- und Seitheben sehr gut möglich war, im Seitenvergleich jedoch etwas abgeschwächt. Nacken- und Schürzengriff waren ebenfalls sehr gut möglich, weshalb sich keine Funktionsbeeinträchtigungen mehr ergeben würden. Kernspintomographisch gesichert sind im Weiteren Aufbrauchveränderungen insbesondere der kleinen Wirbelgelenke mit relativer Spinalkanalstenose. Aus diesen Befunden schliesst der Gutachter auf eine Einschränkung für die Belastbarkeit der unteren Extremitäten. So sind der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht lediglich überwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar. Nicht zumutbar seien Arbeiten mit häufigem Treppen- oder Leiternsteigen, Tätigkeiten mit häufigen Überkopfarbeiten und Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Der Gutachter hält für das

Gericht nachvollziehbar fest, dass diese Einschränkungen mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Finanzchefin, welche als leichte Tätigkeit eingestuft wird, ohne Weiteres vereinbar sind (vgl. IVSTA-act. 292, S. 68 ff.).

## **E. 9.5**

C-3299/2021 Seite 43

### **E. 9.5.1**

Auch in psychiatrischer Hinsicht ist dem Gutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Allerdings geht aus dem psychiatrischen Teilgutachten als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig re-mittiert (ICD-10: F33.4), hervor (vgl. IVSTA-act. 292, S. 106), weshalb grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen hat (vgl. BGE 143 V 409). Zu prüfen ist, ob im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren gestützt auf die diesbezüglichen gutachterlichen Feststellungen die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

### **E. 9.5.2**

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Bei psychiatrischen Diagnosen ist zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag ein Gutachten nach Art. 44 ATSG grundsätzlich nicht in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Exploration unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des BGer 9C\_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1; 8C\_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2; 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E.4). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der *lege artis*

C-3299/2021 Seite 44 erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil 9C\_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

### **E. 9.5.2.1**

Vorliegend attestiert der Gutachter eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4). Bei der Diagnose stützt sich der Experte auf die Anamnese und das Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung vom 1. September 2020 sowie auf den dabei erhobenen ausführlichen psychopathologischen Befund nach dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) und ordnet diese mit Hilfe des ICD-10-Kriterienkatalogs einer ICD-10-Diagnose zu. Er erläutert einleuchtend, dass bei den aktenkundigen Diagnosen (mittelgradige depressive Episode [ICD-10: F32.1], schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome [ICD-10: F32.2], chronische Schmerzstörung [ICD-10: F45.41], anhaltende Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom [ICD-10: F62.80]) der jeweilige psychopathologische Befund überhaupt nicht, nicht detailliert oder nicht in objektivierbarer Weise dargelegt wurde. Daher sind die aktenkundigen Diagnosen gemäss Gutachter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (IVSTA-act. 292, S. 102 f.).

### **E. 9.5.2.2**

Bezüglich der von der behandelnden Ärzteschaft diagnostizierten depressiven Episoden resp. rezidivierenden depressiven Störung unterschiedlicher Schweregrade (ICD-10: F33.1; F33.2) verweist der Gutachter auf die erhobenen Befunde zum Zeitpunkt der Untersuchung, wonach die Achsensymptome einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Interessensverlust, Antriebsverlust) nicht evident seien, weshalb von einem aktuell remittierten Zustand der rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Anhaltspunkte für eine Schmerzverarbeitungsstörung, wie aktenkundig mehrfach postuliert, werden vom Gutachter vor dem Hintergrund der nicht vorhandenen Evidenz für einen fehlverarbeiteten/unverarbeiteten innerseelischen Konflikt negiert. Auch werden für den Psychiater Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsveränderung, -störung oder -akzentuierung weder aus der soziobiografischen/psychiatrischen Anamnese noch der Untersuchung erkennbar (IVSTA-act. 292, S. 5, 105 und 107).

### **E. 9.5.2.3**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die gutachterliche Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert

C-3299/2021 Seite 45 (ICD-10: F33.4), anhand der erhobenen Befunde und der klassifikatorischen Merkmale des ICD-10 nachvollziehen lässt.

### **E. 9.5.3**

Dem Gutachten sind keine Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung zu entnehmen. Solche werden auch nicht geltend gemacht.

### **E. 9.5.4.1**

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 mit Hinweisen).

### **E. 9.5.4.2**

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Hieraus ergibt sich, dass die von Psychiater Z.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) zu keiner Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führt. Gutachterlich wird denn auch festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin nach AMDP erhobene psychopathologische Befunde bis auf eine themenabhängige subdepressive Gemütsstimmung und eine einmalige Affektinkontinenz regelrecht. Die Beschwerdeführerin ist wach und bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert, kann Lebensdaten sicher rekonstruieren und im Zeitgitter einordnen. Das Lang- und Kurzzeitgedächtnis ist intakt. Die Konzentration und Aufmerksamkeit sind nicht eingeschränkt, wobei subjektiv eine eingeschränkte Konzentration berichtet wird. Der formale Gedankenablauf ist geordnet, auf das Wesentliche beschränkt bei angemessener Denkgeschwindigkeit. Ein temporäres Grübeln ist vorhanden. Ängste oder Befürchtungen liegen nicht vor. Phobisches Verhalten oder Panikattacken werden verneint. Ein Vermeidungsverhalten ist nicht zu eruieren. Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen bestehen nicht. Hinweise für inhaltliche Denkstörungen oder das Vorliegen von akustischen, optischen, gustatorischen, olfaktorischen, taktilen oder zönnästhetischen Halluzinationen liegen nicht vor. Ich-Störungen sind nicht zu eruieren. Die Beschwerdeführerin ist weitstreckig adäquat, zeigt einen ironischen Humor, ist schwingungsfähig und auslenkbar. Themenabhängig ist sie aber auch subdepressiv, einmalig auch affektinkontinent (bricht in Tränen aus). Schuldgefühle bestehen nicht. Insuffizienzerleben klingt an. Der gerichtete motorische Handlungsantrieb ist adäquat. Psychomotorische Auffälligkeiten zeigen sich nicht. Es gibt keine Anhaltspunkte für C-3299/2021 Seite 46 Suizidgedanken oder -pläne. In der Folge hält der Psychiater nachvollziehbar und schlüssig fest, dass nur eine subsyndromale psychische Beeinträchtigung objektivierbar ist (vgl. IVSTA-act. 292 S. 92 f., 101 und 105).

### **E. 9.5.5**

Sodann stellen «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, wichtige Schweregradindikatoren dar (Urteil des BGer 9C\_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Die Beschwerdeführerin hat sich gemäss eigenen Angaben im Jahre 2006 in erfolgreicher ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befunden. Im Jahre 2016 fand eine rehabilitative psychosomatische Behandlung statt (vgl. IVSTA-act. 53 = 91; 111 und 151; 116 = 150), im Jahre 2017 eine psychiatrische Krisenintervention, welche von der Beschwerdeführerin nach wenigen Tagen beendet wurde (vgl. IVSTA-act. 207 und 208). Danach ist eine ambulante Behandlung bis ca. Ende August 2017 dokumentiert (vgl. IVSTA-act. 206). Im Rahmen der D.\_\_\_\_\_ -Begutachtung im Jahre 2018 wurde eine mittelgradige depressive Symptomatik mit prognostizierter Remissionsmöglichkeit bei Behandlung intensiviert festgestellt (IVSTA-act. 191, S. 37 ff. und 45). Hierzu hält der Gutachter fest, dass eine solche nach anamnestischen Angaben und aktenskundiger Berichte aber nicht erfolgt sei. Er geht folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Zustandsbesserung aus. Von April 2019 bis Mai 2019 war die Beschwerdeführerin erfolgreich psychiatrisch hospitalisiert (IVSTA-act. 255). Der Gutachter hält sodann in Übereinstimmung mit den in den Akten liegenden Arztberichten fest, dass eine ambulante Weiterbehandlung nicht dokumentiert ist. Eine solche wird auch anamnestisch nicht erwähnt (IVSTA-act. 292, S. 7 und 107).

### **E. 9.5.6**

Mit Bezug auf die psychische Komorbidität (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist zunächst festzustellen, dass dieser keine Vorrangstellung mehr zukommt, sondern insbesondere unter dem Aspekt zu würdigen ist, ob, und wenn ja, inwieweit sie der versicherten Person Ressourcen raubt. Aus Gutachtersicht ist die depressive Reaktion im Jahre 2006 bei der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich auf die Eheproblematik zurückzuführen. Im Weiteren sind reaktive leicht- bis mittelgradige depressive Reaktionen dokumentiert, welche grösstenteils aus jeweiligen psychosozialen Belastungsfaktoren resultierten und zu einem geringeren Teil auch aus den schmerzbedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin (IV-STA-act. 292, S. 8 und 110). Dies scheint im Übrigen auch mit der eigenen Einschätzung der Beschwerdeführerin übereinzustimmen, welche angibt, die schweren Episoden ihrer Depression seien nach ablehnenden Entscheidungen der schweizerischen Invalidenversicherung oder nach Todesfällen

C-3299/2021 Seite 47 im nahen Umfeld aufgetreten (vgl. BVGer-act. 12). Darüber hinaus ergeben sich keine fachärztlichen Hinweise auf eine Interferenz zwischen den somatischen Erkrankungen mit der depressiven Störung. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund des Fehlens von somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin schlüssig.

### **E. 9.5.7**

Mit Blick auf die ebenfalls der Kategorie des funktionellen Schweregrades angehörenden Komplexe «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und «Sozialer Kontext» geht aus dem Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin bei entsprechender Motivation aus rein psychiatrischer Sicht ausreichend zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und zur Wissensanwendung in der Lage, ausreichend durchhaltefähig, urteils- und kritikfähig, in Teams gut integrierbar ist und sich an Routinen und Regeln anpassen kann. Die Beschwerdeführerin ist zu dyadischen Beziehungen in der Lage und nicht durch eine psychische Erkrankung in ihrer Mobilität und Verkehrsfähigkeit eingeschränkt. Sie kann sich selbst versorgen und ihren Tagesablauf strukturieren. Als Ressourcen sieht der Experte die freundliche, teils humorvolle Interaktionsgestaltung und die verschiedenen beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen der Beschwerdeführerin. Als erschwerend wird die lange Arbeitsabstinenz genannt (IVSTA-act. 292, S. 6 und 107 f.).

#### **E. 9.5.8.1**

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4). Die von Beschwerdeführerin aufgeführten mnestischen und kognitiven Einschränkungen sind gemäss Gutachter nicht objektivierbar. So habe sie Fragen folgerichtig beantwortet, sei gedanklich gut umstellungsfähig und ausreichend gut konzentriert. In der Gegenübertragung war keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar (IVSTA-act. 292, S. 6 und 107).

#### **E. 9.5.8.2**

Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass das Aktivitätsniveau keine Rückschlüsse auf eine namhafte psychische Beeinträchtigung erlaubt. Die Beschwerdeführerin schildert anamnestisch einen

ausreichend strukturierten Tagesablauf mit Aussenaktivitäten und sozialen Kontakten. So steht sie gemäss eigenen Angaben

C-3299/2021 Seite 48 ca. um 7:00 Uhr auf, trinkt Kaffee und macht sich parat. Je nach Befinden oder Wetter fährt sie mit Auto zum See, geht dort schwimmen, unterhält sich manchmal auch mit anwesenden Personen. An Tagen mit schlechtem Wetter oder mit mässigem Antrieb bleibt sie zu Hause. Mittags bereitet sie sich einen Salat oder etwas Kaltes zu. Im weiteren Verlauf sieht sie fern. Sie steht in Kontakt zu einer in Ägypten lebenden Freundin und hat darüber hinaus noch eine weitere Freundin sowie weitere oberflächliche soziale Kontakte. Um ca. 22:00 Uhr geht sie schlafen. Sie versorgt sich im Wesentlichen, nach eigenen Angaben zu ca. 95 %, selbst und erhält im Haushalt teilweise bei schwereren Arbeiten auch Hilfe von ihrer Tochter (IVSTA-act. 292, S. 96, 101 und 107).

### **E. 9.5.8.3**

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass nach der psychiatrischen Hospitalisierung von April 2019 bis Mai 2019 keine ambulante Weiterbehandlung dokumentiert ist und eine solche auch bei der Begutachtung am 1. September 2020 durch die Beschwerdeführerin nicht erwähnt wird (IVSTA-act. 292, S. 101 und 107). Gemäss Laborbefund vom 2. September 2020 liegt der Spiegel des Amitriptylin mit 71 mmol/l im therapeutischen Bereich (30-150 mmol/l). Der Metabolit Nortriptylin liegt mit 55 µg/l unterhalb des therapeutischen Bereiches (70-170 µg/l). Insgesamt geht der Gutachter noch von einer regelmässigen Einnahme des Antidepressivums Amitriptylin aus (IVSTA-act. 292, S. 99).

### **E. 9.5.9**

Nach dem Dargelegten ist mit dem Gutachter einig zu gehen, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell keine namhafte psychische Beeinträchtigung vorliegt. Der Untersuchungsbefund nach AMDP erweist sich als bland. Die Beschwerdeführerin kann auf eine Vielzahl mobilisierbarer Ressourcen zurückgreifen. So ist sie insbesondere in der Lage, ihren Tagesablauf zu strukturieren, Aktivitäten nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen, ist weder in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt noch in ihrer Selbstpflege und Mobilität; weiter kann sie auf ihre Strukturfähigkeit und ihre Fachkompetenz zurückgreifen und ist zur Verhaltenssteuerung fähig. Ressourcenhemmende Komorbiditäten liegen keine vor. Zwar weist die regelmässige Einnahme des verschriebenen Antidepressivums auf einen gewissen Leidensdruck hin. Dem entgegen steht jedoch die Nicht-Inanspruchnahme von psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungsmassnahmen. Schliesslich überzeugen auch die gutachterlichen Ausführungen zur Konsistenz.

C-3299/2021 Seite 49

## **E. 9.6**

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

### **E. 9.6.1**

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass in Bezug auf leichte- bis mittel- schwere depressive Störungen gemäss aktueller bundesgerichtlicher Rechtsprechung erhöhte Anforderungen für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung gelten. Demnach lässt sich eine leicht-

bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49 E. 6.2.2).

### **E. 9.6.2**

Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2006 eine reaktive mittelgradige depressive Symptomatik aufgewiesen hat, welche zu einem Suizidversuch geführt habe. Nach Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung geht der Gutachter von einer überwiegend wahrscheinlichen Remission der Symptome aus. Aufgrund der Akten geht er sodann von Juni 2015 bis April 2016 von einer reaktiven leicht- bis maximal mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik aus (vgl. IVSTA-act. 53 = 91). Dokumentiert ist weiter eine psychiatrische Hospitalisation vom 20. Januar 2016 bis 24. Februar 2016 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode und Schmerzverarbeitungsstörung (vgl. IVSTA-act. 111 und 151; 116 = 150). Es wird hingegen keine antidepressive Medikation dokumentiert. Aus gutachterlicher Sicht ist von einer möglicherweise reaktiven depressiven Symptomatik mit allenfalls leichtem, temporär maximal mittelgradigem Beeinträchtigungsausmass von maximal Juni 2015 bis April 2016 auszugehen. Hierbei hat der Gutachter nach der Hospitalisierung vier weitere Wochen zu einer ausreichenden Remission und Stabilisierung einberechnet, was aufgrund der in den Akten liegenden Berichten nicht zu beanstanden ist (vgl. IVSTA-act. 299, S. 2; vgl. auch IVSTA-act. 131 und 156). Sodann erfolgte vom 7. bis zum 11. Juli 2017 erneut eine stationäre Behandlung aufgrund einer depressiven Dekompensation (vgl. IVSTA-act. 207 und

C-3299/2021 Seite 50 2018). Die Beschwerdeführerin hat sich anschliessend bis August 2017 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden. Nachvollziehbar ist die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach eine einzige Behandlungsempfehlung mit bis zu 10 Tropfen Escitalopram im August 2017 (vgl. IVSTA-act. 206) gegen eine namhafte Beeinträchtigung spricht. Ebenfalls nachvollziehbar ist, dass der Gutachter aufgrund der Beendigung der ambulanten Therapie von einer überwiegend wahrscheinlichen Remission ausgeht und eine Arbeitsunfähigkeit für die Monate Juli und August 2017 attestiert (vgl. auch IVSTA-act. 299, S. 2). Der Gutachter verweist sodann auf die im Rahmen der D. \_\_\_\_\_-Begutachtung im Februar 2018 postulierte mittelgradige depressive Symptomatik mit einer guten Prognose, also einer postulierten Arbeitsfähigkeit innert zwei Monaten nach intensivierter Behandlung (IVSTA-act. 191, S. 37 ff. und 45; 224). Die Behandlungsintensivierung ist jedoch erst im April 2019 im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vom 9. April 2019 bis zum 29. Mai 2019 im Klinikum Aa. \_\_\_\_\_ erfolgt (IVSTA-act. 255). Aus dem Bericht lässt sich gemäss Gutachter eine mittelgradige depressive Beeinträchtigung plausibilisieren von ca. April 2019 bis maximal Mitte Mai 2019. Aus den späteren Behandlungsberichten objektivierte der Experte sodann eine leichtgradige depressive Beeinträchtigung (vgl. IVSTA-act. 259). Im

Begutachtungszeitpunkt am 1. September 2020 geht der Psychiater sodann von einem aktuell remittierten Zustand der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.4) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus.

### **E. 9.6.3**

Aus den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte vermag die Beschwerdeführerin nichts für sich abzuleiten. Die entsprechenden Berichte genügen den beweisrechtlichen Anforderungen nicht, namentlich sind sie hinsichtlich der durchzuführenden Indikatorenprüfung unvollständig.

### **E. 9.6.4**

Aufgrund des Ausgeführten ist schlüssig nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit auf 100 % festgelegt hat, wobei er ihr für die Zeiten der Hospitalisation (unter Berücksichtigung eines angemessenen Zeitraums für Remission und Stabilisierung) jeweils eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit zugestanden hat (vgl. IVSTA-act. 292, S. 108).

### **E. 9.7**

Als Zwischenfazit sind damit nachfolgende Arbeitsunfähigkeiten der Beschwerdeführerin ausgewiesen:

C-3299/2021 Seite 51 - 100 % vom 4. Juni 2013 bis 16. Dezember 2013 (Implantation der rechten Hüftprothese inkl. postoperativer Rekonvaleszenz) - 100 % vom 3. Februar 2015 bis 11. August 2015 (Implantation der linken Hüftprothese inkl. postoperativer Rekonvaleszenz) - 100 % vom 7. Juli 2017 bis 31. Juli 2017 (stationäre psychiatrische Behandlung) - 100 % ab 1. Februar 2018 bis 31. März 2018 (stationäre psychiatrische Behandlung) - 100 % vom 9. April 2019 bis 29. Mai 2019 (stationäre psychiatrische Behandlung) Folglich lag über den vorliegend massgeblichen Zeitraum hin nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit i.S. von Art. 28 Abs. 1 IVG vor (vgl. E. 5.2 hiervor).

### **E. 9.8**

Schliesslich ist auf die weitere Kritik der Beschwerdeführerin am Gutachten der MEDAS einzugehen:

#### **E. 9.8.1**

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die Gutachter hätten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem 25. Mai 2013 unberücksichtigt gelassen, ist darauf hinzuweisen, dass die MEDAS-Gutachter gemäss Gutachtensauftrag lediglich den Zeitraum ab Mai 2014 zu untersuchen hatten. Dies ist denn auch nicht zu beanstanden, da die IV-Anmeldung erst am 16. Oktober 2013 erfolgte (vgl. IVSTA-act. 5) und ein allfälliger Rentenanspruch gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG frühestens nach Ablauf des Wartejahrs entstehen könnte (vgl. die entsprechende Feststellung im Rückweisungsurteil C-7364/2018 E. 5.3).

#### **E. 9.8.2**

Hinsichtlich der Rüge, die Begutachtung habe jeweils nur 1-2 Stunden gedauert, ist anzumerken, dass nach konstanter Rechtsprechung der Dauer einer Exploration nicht allein entscheidende Bedeutung zukommt; massgebend sind vielmehr Inhalt und Schlüssigkeit des Gutachtens (vgl. Urteil des BGer 8C\_264/2020 vom 17. August 2020 E. 3.2.3.2).

### **E. 9.8.3**

Betreffend die durch die Beschwerdeführerin angeführten diversen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ihres Hausarztes Dr. Cc. \_\_\_\_\_ (vgl. Beilagen zu BVGer-act. 12) ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des

C-3299/2021 Seite 52 BGer 8C\_910/2015 vom 19. Mai 2016 E. 3.2.2.4). Dies gilt sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt, die beide in einem besonderen Vertrauensverhältnis zu den Patienten stehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_301/2021 vom 23. Juni 2021 E. 5.2.2). Weiter ist festzuhalten, dass es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil 9C\_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1), und dass von einer Diagnose denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann (BGE 145 V 215 E. 6.1; 143 V 409 E. 4.2.1 und 418 E. 6). Dies gilt denn auch für diversen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. Cc. \_\_\_\_\_, welchen jeweils lediglich ein ICD-Code zu entnehmen ist und in welchen die genannte Arbeitsunfähigkeit in keiner Weise weitergehend begründet wird.

### **E. 9.8.4**

Schliesslich ist mit Bezug auf die nach Erstellung des Gutachtens vom 1. Oktober 2020 datierenden Berichte festzuhalten, dass auch diese keine Zweifel an der MEDAS-Begutachtung zu erwecken vermögen. Zwar wird neu die Diagnose einer Stuhlinkontinenz mit deutlich reduziertem Ruhedruck im Analsphinkter bei erhaltener Sensorik und Kneifdruck gestellt (vgl. IVSTA-act. 317 [S. 1-5, S. 6 fehlt]), jedoch werden durch die Fachärzte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemacht. Hierzu hat der RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_ sodann nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass dies höchstens eine Funktionseinschränkung, namentlich die Möglichkeit, regelmässig eine Toilette in Nähe des Arbeitsplatzes aufsuchen zu können, rechtfertigt (IVSTA-act. 330). Bezüglich den im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichten von Bb. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Nuklearmedizin, ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachter den Bericht vom 16. Juli 2020 (IVSTA-act. 313) mitberücksichtigten (IVSTA-act. 292, S. 4, 20, 27 und 111). Dem Bericht vom 3. Februar 2021 ist sodann zu entnehmen, dass keine Änderung zur Voruntersuchung bestehe und unter laufender Medikation das TSH leicht erniedrigt sei (vgl. IVSTA-act. 312). Auch hier werden keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin getätigt und es ist aufgrund des Befunds der Fachärztin davon auszugehen, dass dieser im Einklang mit den Ausführungen des MEDAS-Gutachters steht.

### **E. 9.9**

Aufgrund des Dargelegten ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2020 überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht dauerhaft eingeschränkt ist; dies gilt auch retrospektiv. Sie war somit nicht im Sinne

C-3299/2021 Seite 53 von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig, weshalb das

Wartejahr nicht erfüllt ist und somit kein Rentenanspruch entstehen konnte. Damit ist auch die Durchführung eines Einkommensvergleichs entbehrlich. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt. Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3).

#### **E. 10**

Zusammengefasst ergibt sich, dass dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2020 volle Beweiskraft zukommt. Gestützt darauf liegt bei der Beschwerdeführerin keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG vor. Daraus folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 9. Juli 2021 zu bestätigen ist.

#### **E. 11**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 11.1**

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Zuzüglich der unentgeltlichen Rechtspflege sind der unterliegenden Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

##### **E. 11.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (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]). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

C-3299/2021 Seite 54