

BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3910_2021

FR: TAF C-3910/2021 du 6 février 2023

IT: TAF C-3910/2021 del 6 febbraio 2023

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b

C-3910/2021 Seite 5 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 auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. Juli 2021, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin erneut abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung.

E. 3.1

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Die dem angefochtenen Urteil zugrundeliegende Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar und werden in der Folge auch in dieser Fassung zitiert. Deshalb finden vorliegend die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 20. Juli 2021 in Kraft standen.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. Juli 2021)

eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorge-

C-3910/2021 Seite 6 bracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweis- mittel (ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAY- SER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Aufl. 2022, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines wei- teren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 121 V 362 E. 1b m.H.). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirkli- chen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beein- flussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Österreich besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft ge- tretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eid- genossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (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), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verord- nungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Än- derungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitglied- staaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordi- nierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar.2013 E. 4).

E. 4.1

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

C-3910/2021 Seite 7 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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähig- keit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bis- herigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei

lan- ger Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungs-massnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch- schnittlich mindestens 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. 4.3

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). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbe- zahlt, 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. 4.4

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invalidi- tätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neu- anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver- gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Verän- derung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat dem- nach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie C-3910/2021 Seite 8 das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 4.5

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zu- kunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisi- onsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszu- standes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unter- schiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sach- verhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Inva- liditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich auch im Neuanmeldungsverfahren zunächst durch den Vergleich des Sachverhal- tes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung

und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27.06.2019 E. 2).

E. 4.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.7

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

C-3910/2021 Seite 9 medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 4.8

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision beziehungsweise Neu-anmeldung erstellten Gutachtens hängt daher wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema «erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts» bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.).

E. 4.9

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht «konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Nicht näher begründete, anders lautende Einschätzungen der behandelnden Ärzte sind in der

Regel nicht geeignet, den Beweiswert eines Gutachtens in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte be- nennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt ge- blieben sind (Urteil des 9C_86/2018 vom 20. August 2018 E. 5.4.1 mit Hin- weis). Auf versicherungsinterne Berichte kann rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverläs- sigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; Urteil des BGer 9C_743/2015 vom 19. November 2016 E. 4.1).

C-3910/2021 Seite 10

E. 4.10

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomati- sches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfak- toren 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.).

E. 5.1

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Vorinstanz mit Entscheid vom 29. August 2019 angewiesen, auf die Neuanschuldung vom 24. Mai 2018 (Eingang: 28.05.2018) einzutreten und das Leistungsgesuch materiell zu prüfen (vgl. act. 217). In Nachachtung dieses Urteils hat die Vorinstanz die gebotenen weiteren Abklärungen veranlasst und insbesondere eine mate- rielle Prüfung des Sachverhaltes vorgenommen.

E. 5.1.1

Auf der Grundlage des D. _____-Gutachtens vom 23. September 2020 ist die Vorinstanz zum Schluss gelangt, dass die mit Verfügung vom 12. Oktober 2016 festgestellte leichtgradige depressive Störung zum Zeit- punkt der erneuten Begutachtung remittiert sei. Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten materiellen Prüfung nicht in einer für den Anspruch erheblichen Weise ge- ändert. Somit bestehe aufgrund der remittierten psychiatrischen Sympto- matik ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vom 21. Juli 2020 noch eine Er- werbseinbusse von 30 %. Aufgrund des medizinischen Eingriffs am Knie rechts bestehe postoperativ und für die Dauer einer angemessenen Re- konvaleszenz vom 3. September bis am 3. Dezember 2018 eine Arbeits- unfähigkeit von 100 %. Allerdings habe die Verschlechterung des Gesund- heitszustandes nicht länger als drei Monate angedauert, weshalb die vo- rübergehende Verschlechterung keine Auswirkung auf den Renten- anspruch habe. Für die Beschwerdeführerin bleibe eine gewinnbringende Er- werbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in rentenausschliessen- der Weise weiterhin zumutbar, da sie körperlich leichte bis mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeiten weiter ausführen könne. Gelegentliches Stehen und Gehen bleibe ebenfalls möglich. Der rechte Arm sei einge- schränkt belastbar, und Arbeiten auf Schulterhöhe und Überkopparbeiten seien zu vermeiden und es bestehe eine erhöhte Sturzgefahr. Entspre- chend wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren ab (act. 306).

E. 5.1.2

Im Beschwerdeverfahren verweist sie auf das eingeholte polydisziplinäre D._____ -Gutachten der Fachrichtungen Orthopädie/Traumatologie, Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin vom 23. September 2020 (act. 273) sowie auf die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD) vom 30. Oktober 2020, 30. Juni 2021 und 16. Juli 2021 (act. 281, 302, 305). Sie hält an ihren Ausführungen fest und macht geltend, sie habe die bis zum 20. Juli 2021 aktenkundigen medizinischen Unterlagen korrekt gewürdigt.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Vorinstanz habe ihre Verfügung auf ein Gutachten gestützt, welches den rechtsprechungsgemäßen Anforderungen nicht entspreche. Das Gutachten erfasse insbesondere den Sachverhalt hinsichtlich der relevanten Kniebeschwerden und Operationsfolgen nicht vollständig und berücksichtige die geklagten Beschwerden nicht beziehungsweise ignoriere diese entgegen aktenkundigen und objektivierten Belegen. Indem die Vorinstanz die im Vorbescheidverfahren eingereichten neuen medizinischen Unterlagen inhaltlich nicht respektive unzureichend gewürdigt und auch keiner unabhängigen gutachterlichen medizinischen Prüfung unterzogen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz und den Gehörsanspruch verletzt. Darüber hinaus sei ausgewiesen, dass sich ihre gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen auch nach dem 3. Dezember 2018 zu 100 % leistungslimitierend auswirkten. Unzutreffend sei die Annahme, dass sich der Gesundheitszustand angeblich seit der 100 %igen Arbeitsunfähigkeit im August 2018 innert dreier Monate derart verbessert habe, dass sie so rasch wieder zu 100 % arbeitsfähig geworden sei. Aus dem zwischenzeitlich vorliegenden Bericht von Professor Dr. med. E._____ gehe hervor, dass sie aufgrund von multiplen genetischen Varianten so veranlagt sei, dass sie auf die gängigen und auch auf die ihr bisher verabreichten Schmerzmittel und Narkotika gerade nicht anspreche. Der operative Eingriff im August 2018, der aktenkundige Re-Operationsbedarf bezüglich einer falsch positionierten und falsch dimensionierten Prothese sowie das labortechnisch nachgewiesene «paradoxe Verhalten» auf Schmerzmittel beweise eine anhaltende, vollständig leistungslimitierende Erwerbsfähigkeitseinbusse (BVGer-act. 1 und 10).

E. 6.1

Die letzte rentenablehnende Verfügung vom 12. Oktober 2016 beruhte auf der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin der F._____ AG von 65 % und

C-3910/2021 Seite 12 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den RAD-Stellungnahmen vom 20. April und 12. Oktober 2016, welche gestützt auf das damals eingeholte polydisziplinäre D._____ -Gutachten vom 13. April 2016 abgegeben worden waren. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden darin eine leichte Teilschädigung des Plexus brachialis rechts mit Scapula alata, neuropathische Schmerzsyndrome, bei Zustand nach Operation einer Halsrippe rechts (07/2014), eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) festgehalten. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Periarthropathia humerscapularis

rechts mit Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, eine diskrete S-förmige Skoliose, eine Femorallhernie rechts und ein Asthma bronchiale bei mittelschwerer bronchialer Hypersekretion (Erstdiagnose im Juni 2005, zum Zeitpunkt des Gutachtens beschwerdefrei) angeführt. Als weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden zudem mehrere arthroskopische Meniskusrevisionen beidseits, ein HWS-Distorsionsstrauma im 2003, eine latente Hypothyreose, ein Hyperventilationssyndrom und Oberbauchschmerzen mit/bei einer Refluxerkrankung festgehalten (act. 118 und 130). In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit unter Tagesschichtbedingungen und ohne erhöhten Zeitdruck (Akkordbedingungen) ab Oktober 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert werden könne, wobei stundenlanges Bedienen des Computers und Tätigkeiten mit höherem Anspruch an die Feinmotorik ebenso zu vermeiden seien wie Überkopparbeiten und das Heben von Lasten über 15 kg (act. 117, S. 9 - 12; 118; 130).

E. 6.2

Hinsichtlich des Zeitraums zwischen dem Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 12. Oktober 2016 und der angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2021 liegen im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen bei den Akten: – Aus den Berichten der verantwortlichen Ärzte des Kantonsspitals G._____ vom 3. und 6. November 2016 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines neuropathisch-nozizeptiv gemischten Schmerzsyndroms der rechten Hals- und Schulter-/Arm-Region (bei Status nach Halsrippenresektion rechts) in der Schmerzsprechstunde behandelt wurde. Aufgrund eines festgestellten subkutanen Ödems am

C-3910/2021 Seite 13 rechten Unterschenkel unklarer Ätiologie erfolgte vom 1. bis 2. November 2016 eine stationäre Abklärung in der Inneren Medizin (act. 142, S. 2 - 12). – Dr. H._____, Chiropraktiker SCG/ECU, diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 24. November 2016 ein chronisch rezidivierendes, panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Distorsionsstrauma 2003 mit immer noch rezidivierenden Cervico-encephalgien sowie ein chronisch rezidivierendes cervico-thorakales Schmerzsyndrom mit assoziierten Brachialgien rechts, ein lumbospondylogenes Reizsyndrom bei Verdacht auf segmentale Instabilität L5/S1, eine Verletzung des Nervus thoracicus longus durch eine Rippenextraktion und eine medikamentös bedingte Darmdysregulation mit assoziierten Krämpfen. Aufgrund der Summe der einzelnen Verletzungen und Beschwerden stuft er die Beschwerdeführerin als nur beschränkt arbeitsfähig ein (act. 142, S. 17 f.). – Mit Bericht vom 22. Dezember 2016 diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin und Facharzt Manuelle Medizin, einen Status nach Halsrippenresektion rechts über supraclaviculären Zugang vom 3. Juli 2014, bei Status nach perioperativer Läsion des Nervus thoracicus longus mit Entwicklung einer Scapula alata, postoperativer Entwicklung eines chronifizierten nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms der Hals- und Schulterarmregion, eine extreme Hyperalgesie im OP-Narben-Bereich bis hin zum Oberarm sowie eine postoperative residuelle Dysphagie. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass eine konzentrierte mentale sowie eine körperliche Tätigkeit nur noch eingeschränkt möglich sei. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 60 %. Die attestierten Ruheschmerzen würden zudem die Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit limitieren (act. 142, S. 1). – Mit MRI-Bericht vom 13.

September 2017 hielt Dr. med. J. _____, Facharzt für Radiologie, als Diagnosen einen Zustand nach Teilmenis- kektomie (medial am Knie rechts), eine femorotibiale Chondropathie Grad IV, einen Verdacht auf Diskontinuität am Übergang Pars intermedia/Hinterhorn sowie einen horizontalen Riss am Hinterhorn fest (act. 208).

C-3910/2021 Seite 14 – Dr. H. _____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 31. Mai 2018 ein Halsrippensyndrom rechts (Thoracic-outlet-Syndrom [TOS]), eine iso- liert axonale Kontinuitäts-Erhaltläsion des Nervus thoracicus longus rechts, einen postoperativen Status nach Distorsionstrauma mit immer noch bestehenden cervico-encephalen Schmerzen, ein chronisch re- zidivierendes cervico-thoracales Schmerzsyndrom mit assoziierten Brachialgien mit Ausprägung eines TOS durch die cervicale Rippe C7, ein lumbospondylogenes Reizsyndrom bei Verdacht auf eine segmen- tale Instabilität L5/S1, eine Arthralgie des Knies rechts mit starken de- generativen Veränderungen, insbesondere einer Meniskusläsion sowie eine inguinale Hernie rechts. Gestützt auf diese Diagnosen und die «In- teraktion im Alltag» kam er zum Schluss, dass er nicht sehe, wie die Beschwerdeführerin einer regelmässigen Tätigkeit im Alltag nachge- hen könne (act. 162). – In einem weiteren Bericht vom 6. Juli 2018 bestätigte Dr. med. I. _____ die bisherigen Diagnosen und führte neu therapieresistente neuropathische Handgelenks- und Fingergelenksschmerzen rechts auf. Weiter diagnostizierte er ein Reizknie mit rezidivierendem Ge- lenkserguss, bei einem Unfallknie rechts mit aktivierter postoperativer Gonarthrose, welche sich zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Sodann würden auch die Opioidabhängigkeit und rezidivierende Bauchkoliken unklarer Ätiologie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerde- führerin beeinflussen, gleich wie der Status nach craniocervikalem Be- schleunigungstrauma (Oktober 2003) mit residuellen Cervicocephal- gien und erneutem zweimaligen Auffahrunfall mit HWS-Distorsion am 14. August 2015 und eine Leistungsminderung in der Grundaktivierung (Alertness durch Schmerzen). Schliesslich diagnostizierte er einen Sta- tus nach Kniearthroskopie links mit Teilmeniskektomie des medialen Hinterhorns und Needling Ganglion medially (05/2011), einen Status nach Urolithiasis und Nierenkoliken sowie ein subkutanen Ödem am rechten Unterschenkel unklarer Ätiologie (11/2016). In seiner Beurtei- lung kam er zum Schluss, dass die Invalidenversicherung die Ver- schlechterung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der Handgelenk- schmerzen, der Arthrose am rechten Knie sowie die allgemeine Leis- tungsminderung durch die chronischen Schmerzen und die Opioidab- hängigkeit noch nicht berücksichtigt habe. Aufgrund des gesamten Be- schwerdebildes sei bei der Beschwerdeführerin auch in einer leidens- angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 bis 70 % gegeben (act. 161).

C-3910/2021 Seite 15 – Mit Austrittsbericht vom 11. September 2018 informierten Dres. med. K. _____ und L. _____ den behandelnden Hausarzt über den sta- tionären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 3. bis 10. September 2018. Als Diagnosen führten sie eine posttraumatische sekundäre Va- rusgonarthrose rechts sowie ein komplexes neuropathisches Schmerzsyndrom bei Status nach viermaliger Kniearthroskopie rechts (1998 bis 2004) und einer Halsrippenresektion mit Schädigung des Nervus thoracicus longus im Jahr 2014 an. Überdies hielten sie fest, dass Dr. med. K. _____ am 3. September 2018 eine unikondyläre mediale Knieprothese eingesetzt habe (act. 159 f.; vgl. dazu auch OP- Bericht vom 3. September 2018; act. 166.17). – Dr. med. K. _____ hielt in seinen Berichten vom 8. Januar 2019 eine sekundäre Narkosemobilisation des rechten Knies vom 29. Oktober 2018 fest, welche anlässlich des erneuten stationären Aufenthalts

vom 29. bis 30. Oktober 2018 durchgeführt worden sei. Weiterhin bestätigte er das komplexe neuropathische Schmerzsyndrom und die posttraumatische Vargusgonarthrose rechts. Ferner kam er zum Schluss, dass durch die Narkoseimmobilisation eine deutliche Verbesserung der vor- mals eingeschränkten Flexion erreicht worden sei. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine Gesamtschau der Symptome unter Einbezug des komplexen Schmerzsyndroms mit der entsprechend gut eingestellten Opiat-Medikation entscheidend (act. 166 S. 2 - 9). – Dr. med. M. _____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation beim RAD N. _____, führte mit Stellungnahme vom 11. Februar 2019 aus, es sei am 3. September 2018 eine mediale Knieprothese implantiert worden. Dies führe allenfalls zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit, aber nicht zu einer Reduzierung der Arbeitsfähigkeit. Operationen würden bekanntlich durchgeführt, um den Zustand des Patienten zu verbessern. Was das Thoracic Outlet Syndrom betreffe, seien die vorliegenden Berichte nicht geeignet, um eine IV-relevante Veränderung glaubhaft zu machen. Die beschriebene Aggravation der Gonarthrose sei nun durch die Operation behoben worden. Aus den neu vorgelegten Dokumenten könne insgesamt nicht auf eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes geschlossen werden (act. 184). – Dr. med. O. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seinem Bericht vom 13. September 2019 chronische Schmerzen und eine Entzündungssymptomatik am rechten

C-3910/2021 Seite 16 Knie fest, bei Status nach posttraumatischer Vargusgonarthrose, medialer unikondylärer Knieprothese, Narkoseimmobilisation, Steroidinfiltration vom 4. April 2019 und Radiosynoviorthese vom 23. August 2019. Weiter diagnostizierte er ein komplexes neuropathisches Schmerzsyndrom, bei Status nach Schleudertrauma, Halsrippenresektion und Schädigung des Nervus thoracicus longus (act. 229). – In seinem Bericht vom 17. September 2019 bescheinigte Dr. med. P. _____, Chefarzt Nuklearmedizin am Kantonsspital G. _____, dass die Beschwerdeführerin an einer sterilen (= nicht durch Bakterien hervorgerufenen) Synovialitis des rechten Kniegelenkes nach Implantation einer Teilprothese leide (act. 230). – Der behandelnde Chiropraktiker Dr. H. _____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Oktober 2019 ein Halsrippensymptom rechts (TOS), eine isoliert axonale Kontinuitäts-Erhaltungsläsion des Nervus thoracicus longus rechts, einen postoperativen Status nach Distorsionsstrauma mit immer noch bestehenden cervico-encephalen Schmerzen, ein chronisch rezidivierendes cervico-thoracales Schmerzsyndrom mit assoziierten Brachialgien mit Ausprägung eines TOS durch cervikale Rippe C7 sowie ein lumbospondylogenes Reizsyndrom bei Verdacht auf eine segmentale Instabilität L5/S1 sowie das Knie links (recte: rechts) mit starken degenerativen Veränderungen (insbesondere Meniskusläsion). Ferner hielt er fest, dass die notwendige Operation des linken (recte: rechten) Knies mit starken, degenerativen Veränderungen (insb. Meniskusläsion) nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe (act. 232). – In einem weiteren Bericht vom 9. November 2019 hielt Dr. med. I. _____ fest, dass die Beschwerdeführerin sowohl wegen ihrer Knieproblematik als auch durch das chronische neuropathische Schmerzsyndrom cervicobrachial in ihrer Mobilität und physischen Belastbarkeit sehr stark eingeschränkt sei. Nur dank sehr viel Eigeninitiative und komplementären Therapiemassnahmen sei sie noch teilweise arbeitsfähig (act. 234). – Im polydisziplinären D. _____-Gutachten vom 23. September 2020 (act. 273 S. 9 ff.) kamen die Fachärzte zum Schluss, dass als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine Affektion des Nervus thoracicus longus rechts, eine partielle sensible Affek-

C-3910/2021 Seite 17 tion unterer Anteile des Plexus brachialis rechts und eine partielle Läsion des Nervus supraclaviculares rechts, bei Status nach einer Halsrippenoperation rechts am 3. Juli 2014, zu diagnostizieren seien. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielten sie eine geringe Reizung und eine leichte Patella baja des rechten Kniegelenks sowie eine geringe Atrophie der rechten Beinmuskulatur nach Implantation eines medialen Hemischlittens am 3. September 2018, bei Status nach viermaliger Arthroskopie am Knie rechts und Teilmeniskektomie des Innenmeniskus sowie bei Status nach einer Narkosenmobilisation des rechten Kniegelenks vom 29. Oktober 2018 fest. Als weitere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielten sie überdies ein Zervikobrachialsyndrom, eine geringe Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, bei Status nach Resektion der rechten Halsrippe, eine depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, respektive eine somatische Belastungsstörung, aktuell subsyndromal (ICD-10: F45.1), einen Verdacht auf rezidivierende Spannungskopfschmerzen, eine Pollinosis, einen Zustand nach Nierensteinleiden links (2014) und eine femorale Hernie rechts (Erstdiagnose: Januar 2015) fest. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit weiterhin zu 30 % eingeschränkt sei und die Implantation einer unikondylären medialen Knieprothese rechts lediglich zu einer dreimonatigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vom 3. September 2018 bis Anfang Dezember 2018) geführt habe. In einer dem Leiden angepassten leichten bis mittelschweren, vorwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit, ohne Arbeiten über Schulterhöhe, sei die Beschwerdeführerin – mit Ausnahme der vorübergehenden dreimonatigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit unmittelbar nach der Knieoperation vom 3. September 2018 – zu 100 % arbeitsfähig. Ab Anfang Dezember 2018 sei die Arbeitsfähigkeit wieder auf 100 % einzuschätzen. Mit Blick auf die gesundheitliche Entwicklung seit dem 12. Oktober 2016 kamen die Gutachter zum Schluss, dass eine Revision der depressiven Erkrankung bei jetzt subsyndromaler chronischer Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren festzustellen sei. Die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei von interdisziplinärer Seite her gut, in Bezug auf die Heilungschancen («quad sanationem») sei diese allerdings schlecht.

C-3910/2021 Seite 18 – Die RAD-Ärzte, Dr. med. Q. _____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. R. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielten in ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2020 (act. 281) fest, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 23. September 2020 ausreichend Angaben enthalte, um die in BGE 141 V 281 festgelegten Standardindikatoren beurteilen zu können. Die begutachtende Ärzteschaft, die über die erforderlichen Fachqualifikationen verfüge, stütze sich auf die Vorakten und gebe den medizinischen Hintergrund und die medizinische Situation klar wieder; ihre Schlussfolgerungen würden auf vollständigen Untersuchungen basieren, die persönliche und die medizinische Anamnese sowie die Beschwerden der Beschwerdeführerin berücksichtigen und seien angemessen begründet. Gestützt auf die Prüfung des Gutachtens kamen sie zum Schluss, dass aus somatischer Sicht keine signifikanten Veränderungen des Gesundheitszustandes vorlägen und die depressive Symptomatik und das Schmerzsyndrom remittiert seien, weshalb im Vergleich zur attestierten gutachterlichen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zum Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung (12.10.2016) diese ab 21. Juli 2020 neu auf 30 statt 35 % festzusetzen sei. Mit Blick auf die funktionelle

Leistungsfähigkeit führten sie aus, dass aufgrund der geringen Reizung und unikondylären medialen Knieprothese rechts sowie des Zervikobrachialsyndroms und der geringen Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks bei Affektion des Nervus thoracicus longus rechts, partieller sensibler Affektion unterer Anteile des Plexus brachialis rechts und partieller Läsion der Nervi supraclaviculares rechts Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit vorwiegendem Stehen und Gehen, erhöhter Sturzgefahr (Gefahr der periprothetischen Fraktur) und für Tätigkeiten über Schulterhöhe bestünden. Die retrospektive Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei daher wie folgt zu beurteilen: In der angestammten Tätigkeit:

35 % vom 03.07.2014 bis 02.09.2018 100 % vom 03.09.2018 bis 02.12.2018 30 % vom 03.12.2018 bis auf Weiteres

In einer leidensangepassten Tätigkeit:

C-3910/2021 Seite 19

0 % vom 03.07.2014 bis 02.09.2018 100 % vom 03.09.2018 bis 02.12.2018 0 % vom 03.12.2018 bis auf Weiteres. – Dr. med. I. _____ führte mit Bericht vom 28. Dezember 2020 aus, dass der polydisziplinäre Gutachterbericht vom 23. September 2020 nicht der Situation der Beschwerdeführerin entspreche. Er führte nebst den operativen Eingriffen der posttraumatischen Varusgonarthrose am rechten Knie ein chronisches Reizknie (rechts) mit rezidivierendem Erguss, Belastungsschmerzen und Entzündungssymptomatik an und hielt eine langfristige, erhebliche Einschränkung der Mobilität und Belastbarkeit fest (act. 290). – Dr. med. K. _____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. Januar 2021 nebst der bekannten neuropathischen Schmerzproblematik bei Status nach Schleudertrauma, Halsrippenresektion und Schädigung des Nervus thoracicus longus eine symptomatische Patella baja mit chronischer Reizsynovialitis am rechten Knie bei verkürztem Ligamentum patellae nach erfolgten diversen Knieeingriffen seit September 2018. In seiner Beurteilung führte er aus, dass sich während der Ausheilungsphase eine schmerzhaft Patella baja mit Verkürzung des Ligamentum patellae und chronischer Entzündung entwickelt habe (act. 292). – Mit Bericht vom 4. Februar 2021 hielt Dr. H. _____ als Diagnosen insbesondere ein chronisch rezidivierendes lumbo-spondylogenes Reizsyndrom und ein chronisches Reizknie rechts mit rezidivierendem Erguss fest. Die multifunktionellen Dysfunktionen der Wirbelsäule sowie des Kniegelenks führten immer wieder zu Schmerzattacken. Ferner führte er aus, die Beschwerdeführerin sei nach seiner chiropraktischen Einschätzung und im momentanen Zustand zu höchstens 50 % arbeitsfähig. Die multifunktionellen Dysfunktionen der Wirbelsäule und des Kniegelenks führten immer wieder zu hartnäckigen Schmerzattacken (act. 293). – Prof. Dr. med. S. _____, MD, PhD, hielt in seinem Bericht vom 1. März 2021 ein periprothetisches tibiales Schmerzsyndrom nach Implantation einer Schlittenprothese am rechten Knie fest. In seiner zusammenfassenden Würdigung kam er zum Schluss, dass es durchaus möglich sei, dass der Hoffa-Fettkörper entzündlich verändert sei und

C-3910/2021 Seite 20 die Kniescheibe etwas tiefer stehe. Dies sei aber aufgrund der Anamnese nicht zwingend der ursprüngliche Auslöser. In der Annahme, dass es sich hierbei um einen schwer therapierbaren Knochenschmerz handle, der nur kurzzeitig nach der Operation habe beseitigt werden können, sei eine Lockerung (durch manuelle Mobilisation in Narkose) nicht auszuschliessen. Hier sei dringend eine Anschlussdiagnostik notwendig, weshalb er in einem nächsten Schritt eine Computertomografie anfertigen lasse (act. 296).

– Gestützt auf eine computertomographische Knieuntersuchung rechts befundete Prof. Dr. med. T._____, Facharzt für Radiologie, mit Bericht vom 1. März 2021 bei einem Zustand nach einer Endoprothese des Kniegelenks rechts eine tiefe Dehiszenz des tibialen Prothesenmaterials, das darüber hinaus den medialen Rand der Tibia um bis zu 5 mm überrage. Dementsprechend überrage auch der femorale Anteil der Prothese den Gelenkspalt nach kaudal und weise eine breite Kontaktfläche zur Eminentia intercondylare auf. Gestützt auf diese Befunde kam er zum Schluss, dass eher von einer primären Fehllage/Fehlplatzierung als von einem sekundären Einsinken des Materials auszugehen sei (act. 297). – Dr. med. U._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt Chirurgie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 26. Mai 2021 eine schmerzhafte mediale Teilprothese am rechten Knie bei MR-tomographischem sowie szintigraphischem Verdacht auf Lockerung der Komponente mit Konflikt der Eminentia intercondylaris und linealem Überstand des Tibiaplateaus. Er kam zum Schluss, dass ein Prothesenwechsel (Teilprothese mit personalisiertem Inlay oder alternativ eine Totalprothese) indiziert sei (act. 300). – Gestützt auf eine Prüfung der im Anschluss an das D._____-Gutachten eingereichten Arztberichte kam RAD-Ärztin Dr. med. Q._____ in ihren Stellungnahmen vom 30. Juni und 16. Juli 2021 zum Schluss, dass die eingereichten Berichte allesamt eine schmerzhafte Beeinträchtigung am rechten Knie, bei Status nach eingesetzter Hemiprothese, festhielten. In funktioneller Hinsicht gingen die Ärzte von einer guten Mobilität des rechten Knies sowie von Schmerzen bei Druck auf das Knie aus. In Übereinstimmung mit den D._____-Gutachtern seien auch die behandelnden Ärzte zum Schluss gelangt, dass bei der Beschwerdeführerin eine schmerzhafte Beeinträchtigung des rechten

C-3910/2021 Seite 21 Knies bestehe. Übereinstimmend werde eine Fortbewegung ohne Gehstock und eine gute Beweglichkeit festgehalten. Die Beeinträchtigung am rechten Knie sei behandelbar und rechtfertige bezogen auf eine angepasste Verweistätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit von langer Dauer. Die Untersuchungsbefunde würden auf eine geringe Funktionseinschränkung hinweisen, und es bestehe lediglich in Bezug auf deren Ursache und Therapiemöglichkeit Uneinigkeit. Die in Betracht gezogene orthopädische Intervention begründe lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Ungeachtet der Frage, welcher orthopädische Eingriff in Betracht gezogen werde, könne ein solcher nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bewirken. An den Schlussfolgerungen der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 27. Oktober 2020 sei vollumfänglich festzuhalten (act. 302 und 305).

E. 6.3

Im Beschwerdeverfahren wurden im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen eingereicht: – Prof. Dr. med. E._____ führte mit Bericht vom 22. Mai 2021 aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Genotyps die in der beigefügten Liste bezeichneten Medikamente mit einer Alternative ersetzen respektive mit grosser Vorsicht und unter Betreuung eines pharmakologischen Spezialisten einsetzen sollte. Überdies gab er unter Hinweis auf einen beigefügten Laborbericht Empfehlungen zur Therapie oder Dosisanpassung ab (BVGer-act. 1, Beilagen 5 und 6). – Dr. med. V._____, Oberarzt Chirurgie, Spital W._____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. August 2021 einen Leistenschmerz rechts bei Femoralhernie und hielt unter dem Titel «weitere Diagnosen» nebst der aktenkundigen Knieproblematik rechts und dem anhaltenden komplexen neuropathischen Schmerzsyndrom eine multiple Schmerz-

mittelunverträglichkeit und anamnestisch eine Thrombophilie (erworbene oder angeborene Neigung zur Thrombose aufgrund von Veränderungen in den Blutbestandteilen, Gefässen und Hämodynamik; < www.pschyrembel.de/Thrombophilie/KOMHH >, abgerufen am 08.09.2022) fest (BVGer-act. 1, Beilage 8). – Der behandelnde Hausarzt Dr. med. I. _____ wies in seinem Bericht vom 23. August 2021 auf die zwischenzeitlich durchgeführte genetische Abklärung in der Klinik X. _____ (Risikocheck Medikamente) hin

C-3910/2021 Seite 22 und führte dazu aus, dass die in der Abklärung nachgewiesenen multiplen genetischen Varianten die Wirkung von Medikamenten, insbesondere Analgetika und Psychopharmaka, massiv beeinflussten. Laut Untersuchungsbericht sei das Ausmass dieser genetischen Varianten aussergewöhnlich. Die peri- und postoperativen Komplikationen, welche die Beschwerdeführerin habe erleiden müssen, seien nachträglich anders zu beurteilen. Wundheilstörungen, Thrombosegefahr, paradoxes Schmerzempfinden sowie weitere unerklärliche Körperreaktionen seien die Folge dieser festgestellten seltenen Genetik und müssten in Zukunft bei der Medikation beachtet werden (BVGer-act. 1, Beilage 7). – Mit Bericht vom 14. September 2021 hielt Dr. med. Y. _____, Leiter Z. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin SGS, Manuelle Medizin SAMM, Ultraschall SGUM, fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der schmerzhaften medialen Kniegelenktotalprothese rechts, der radiologisch festgestellten zu tiefen Joint Linie und dem dorsomedialen Überstand am Tibiaplateau sowie dem Verdacht auf eine femorale Komponente in der Szintigrafie mit keiner weiteren Therapie die funktionelle Situation verbessern könne. Die nachträglich falsch implantierte Prothese müsse operativ angegangen werden (BVGer-act. 10, Beilage 10). – Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt vom 17. bis 21. Januar 2022 hielten die zuständigen Ärzte des Spitals Aa. _____ fest, dass am 17. Januar 2022 eine komplette Knie-Totalprothese eingesetzt worden sei. Die Beschwerdeführerin habe am 21. Januar 2022 in einem guten Allgemeinzustand, schmerz kompensiert und selbständig mobil nach Hause entlassen werden können (BVGer-act. 10, Beilage 9). – Mit Bericht vom 26. Februar 2022 führte der behandelnde Hausarzt aus, es habe sich im Nachhinein ergeben, dass die Knieprothese der Beschwerdeführerin in der Grösse falsch angepasst worden sei, so dass die immer wiederkehrenden Entzündungen und Bewegungsschmerzen erklärbar seien. Zu den seit der Teilprothesenimplantation anhaltenden erheblichen Schmerzen sei durch die genetisch bedingte Schmerzmittelunverträglichkeit zusätzlich eine Therapieresistenz hinzugekommen. Dies habe eine Arbeit im Büro verunmöglicht. Zusammengefasst könne festgehalten werden, dass die Arbeitsfähigkeit die ganze Zeit erheblich eingeschränkt geblieben sei (BVGer-act. 14, Beilage 12).

C-3910/2021 Seite 23 – Dr. med. U. _____ hielt mit Bericht vom 25. März 2022 einen Zustand nach einem kompletten Kniegelenkprothesen-Wechsel am rechten Knie, bei schmerzhafter medialer Kniegelenkprothese bei Übergrösse femoral- sowie tibialseits und Lockerung der Prothese sowie medialem Überstand der Prothese, fest. Als Nebendiagnose führte er eine multiple Genvariante und veränderte Schmerzperzeption (ED 03.07.2021) an. Ob nach dem Eingriff eine Leistungsminderung oder Restbeschwerden bleiben würden, sei aktuell noch nicht definitiv zu klären (BVGer-act. 14, Beilage 11).

E. 6.4

Die im Beschwerdeverfahren eingereichten ergänzenden medizinischen Beweismittel sind in der nachfolgenden Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Dies gilt vorliegend nicht nur

für die bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2020 erstellten Arztberichte (BVGer-act. 1 Beilage 5 und 6), sondern vielmehr auch für die erst nach dem genannten Zeitpunkt ausgearbeiteten Berichte, da diese mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. dazu BVGer-act. 1, Beilagen 7 und 8, BVGer-act. 10, Beilagen

E. 7.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz gestützt auf das polydisziplinäre D._____-Gutachten vom 23. September 2020 zu Recht davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist und somit im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Verfügung vom 12. Oktober 2016 zugrunde lag, bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2021 in den tatsächlichen Verhältnissen keine anspruchsrelevante Änderung eingetreten ist.

E. 7.2

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG durch die Vorinstanz beim D._____- eingeholte Gutachten vom 23. September 2020 basiert auf den relevanten Vorakten (vgl. act. 273, Anhang 1, S. 17 - 33) sowie auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen von Dr. med. Bb._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie des Bewegungsapparates und Traumatologie sowie für Orthopädische Rheumatologie, vom 6. Juli 2020 (vgl. act. 273, S. 35 - 43 und S. 54 - 56), Dr. med. Cc._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Juli 2020 (act. 273 S. 58 - 64), Dr. med. Dd._____, Facharzt für Neurologie, vom 5. August 2020 (act. 273, S. 72 - 78) und Dr. med. Ee._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom 31. Juli 2020 (vgl. act. 273, S. 86 - 90). Die begutachtenden Fachärzte haben sich mit den beklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und die erhobene Anamnese detailliert festgehalten (vgl. act. 273, S. 5, 36 - 44, 58 - 62, 73 - 76 und 87 - 89). Sie haben überdies die Untersuchungsbefunde aufgeführt, die zusammengefasst und aufgelisteten Vorakten gewürdigt und die fachärztlich gestellten Diagnosen begründet (vgl. act. 273, S. 40 - 52, 62 - 70, 78 - 83 und 89 - 95). Des Weiteren haben sie eine interdisziplinäre Beurteilung vorgenommen und die ihnen unterbreiteten Fragen vollständig beantwortet (vgl. act. 273, S. 5 - 15). Das D._____-Gutachten erfüllt in formeller Hinsicht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein polydisziplinäres Gutachten (vgl. dazu Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Gutachten in der Versicherungsmedizin, Stand 04.12.2020, S. 5 f.; vgl. auch Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 37 - 44).

E. 7.3

Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob das D._____-Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag.

E. 7.3.1

Hinsichtlich der neurologischen Befunde hielt Dr. med. Dd._____ in seinem Teilgutachten vom 5. August 2020 fest, dass sich der neurologische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 nicht massgebend verändert habe; vielmehr stimmten die aktuellen Befunde und Beurteilungen mit jenen aus dem Jahr 2016 überein (vgl. act. 273, S. 79). Die Beschwerdeführerin machte gegenüber dem neurologischen Gutachter geltend, dass die Beschwerden seit vielen Jahren konstant seien. Seit der

Halsrippenresektion bestünden weiterhin ein Würgegefühl und Schluckbeschwerden. Sie verspüre zudem ein «unangenehmes» Kribbeln an der rechten Halsseite im Narbenbereich. Der rechte Arm schlafe wiederholt ein und der Unterarm verkrampfe gelegentlich. Weiter habe sie Verspannungen in der rechten Schulter und permanente Nackenschmerzen. Zudem leide sie an Stirnschmerzen mit Augenbrennen und einem Gefühl, dass die Ohren «zuingen» (vgl. act. 273, S. 73). Insgesamt schilderte die Beschwerdeführerin damit nahezu die gleiche Beschwerdesymptomatik wie im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung vom 11. März 2016 (vgl. act. 117, S. 48 f.). Gestützt auf seine ausführliche Exploration und unter Berücksichtigung seiner klinischen Untersuchungen stellte der neurologische Gutachter des D. _____ denn auch keine neuen Befunde fest. Er diagnostizierte eine Affektion des Nervus thoracicus longus rechts, eine partielle sensible Affektion unterer Anteile des Plexus brachialis rechts und eine partielle Läsion der Nervi supraclaviculares rechts bei Status nach einer Halsrippenoperation rechts am 3. Juli 2014. Laut Schlussfolgerung des Gutachters wirken sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit hat demgegenüber der ebenfalls diagnostizierte Verdacht auf rezidivierende Spannungskopfschmerzen. Zusammengefasst kam der neurologische Gutachter zum Schluss, dass eine objektiv-neurologische Befundänderung nicht vorliege. Es bestehe noch ein Rendement von 70 % wegen der Affektion des Nervus thoracicus longus rechts sowie der partiellen Läsion der Nervi supraclaviculares rechts aufgrund der hieraus resultierenden Schmerz-Symptomatik und Bewegungseinschränkung der scapula alata (vgl. act. 273, S. 11 f. und 77 f.). Die gutachterlich angemessen begründeten neurologischen Schlussfolgerungen sind einleuchtend und nachvollziehbar, so dass darauf abgestützt werden kann. Folglich ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht seit 12. Oktober 2016 nicht wesentlich verändert hat. Aus neurologischer Sicht ist daher mit der Vorinstanz von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit und von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. act. 117, S. 53 ff. im Vergleich zu act. 273, S. 80 - 83). Die Beschwerdeführerin bringt im Übrigen nichts vor, was Zweifel an den Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters zu wecken vermöchte. Das neurologische Teilgutachten erweist sich folglich als beweiskräftig.

E. 7.3.2

In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. med. Cc. _____ eine gegenwärtig remittierte depressive Störung (ICD-10: F33.4) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. somatischer Belastungsstörung, aktuell subsyndromal (ICD-10: F45.1), fest (act. 273, S. 9 und S. 62). Die anlässlich der letzten polydisziplinären Exploration im Juni 2016 festgestellte subdepressiv angespannte Grundstimmung mit einer leicht eingeschränkten emotionalen Auslenkbarkeit und einer spürbar beginnenden Selbstwertproblematik, welche bei der Beschwerdeführerin im Zuge ihres chronischen Schmerzsyndroms (ICD-10: F45.41) und der Minderbelastbarkeit ihres rechten Armes durch eine gewisse emotionale Überbelastung ausgelöst worden sei und als leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostiziert worden war (vgl. act. 117, S. 25 ff.), wurde im aktuellen D. _____-Gutachten nicht mehr bestätigt. Laut überzeugend begründeten Schlussfolgerungen der psychiatrischen Gutachterin wirke die Beschwerdeführerin ausgeglichen, insgesamt gut zugänglich, spontan und authentisch. Dabei sei die emotionale Auslenkbarkeit erhalten. Sie sei in der Lage, differenziert ihre Probleme und Schwierigkeiten darzustellen. Es würden sich keine Einbrüche des

Selbstwertgefühls, keine Gefühle von Wertlosigkeit oder eine pessimistische Zukunftsperspektive als durchgängige Symptome finden (act. 273, S. 8 und S. 62). Die Beschwerdeführerin führte im Zuge der psychiatrischen Untersuchung selber aus, sie kenne keine durchgehende Traurigkeit und sehe optimistisch in die Zukunft. Sie könne Freude empfinden, geniesse weiterhin Dinge, die ihr früher Freude bereitet hätten. Sie lache oft, könne aber auch weinen, sie sei einfach sensibler geworden. Seitdem sie wieder arbeite (an 2 - 3 Tagen, 2 - 3 Stunden ausser Haus), sei ihr Selbstwertgefühl wieder da. Sie habe dadurch viele soziale Kontakte, die ihr wichtig seien. Ihr Freundeskreis sei gross, wobei sie viele Freunde seit dem Kindergarten kenne. Das Verhältnis zu ihren Eltern sei innig, dasjenige zu ihrem Bruder gut und offen. In der Freizeit habe sie viel Besuch. Sie gehe mit Freunden aus oder folge deren Einladungen. Sie verfolge auch Fernsehprogramme und gehe mit dem Ehemann ins Kino. Viele der früheren Hobbies könne sie nicht mehr ausführen; sie habe jedoch mit Malen begonnen. Sie habe weder Versagungs-, Schuld-, Bestrafungsgefühle noch lehne sie sich selbst ab. Sie sei entschlossfreudig, ihre Energie und Tatkraft sei nicht weniger geworden, sie sprudle vor neuen Ideen. Ihre Beziehung habe sich nicht verändert (vgl. act. 273, S. 59 ff.). Die früher gutachterlich dargelegte, teilweise erhebliche Beeinträchtigung der alltäglichen Lebensgestaltung durch zeitweise relativ hohe emotionale Belastung als Folge des chronischen Schmerzsyndroms (vgl. act. 117, S. 27) wurde in der gutachterlichen Exploration vom 21. Juli 2020 nicht mehr umschrieben. Bei der Beschwerdeführerin liessen sich aktuell keine charakteristischen Tagesschwankungen und keine Affektlabilität mehr feststellen. Die Vitalität sei erhalten. Es lägen keine Anhedonie, kein Interessenverlust und kein sozialer Rückzug vor. Für eine anhaltende syndromale chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren seien gegenwärtig keine psychischen Faktoren hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Schmerzen zu identifizieren. Wohl sei eine vermehrte Beschäftigung mit Schmerzen in den Gedanken spürbar, gleichwohl könne die Beschwerdeführerin stets aus dem Schmerzerleben gelöst werden. Bei der zeitweise sichtbaren emotionalen Einengung auf die Schmerzen zeige sich keine subjektive Ausweglosigkeit oder Perspektivlosigkeit. Keine Symptome deuteten auf eine schuldwahnhafte Symptomatik hin. Psychotische Denkinhalte wie Wahn, Halluzinationen oder illusionäre Verkennen liessen sich nicht feststellen. Laut Gutachterin liege keine Störung des Ich-Bewusstseins vor. Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene sowie Ich-Störungen seien nicht festzustellen. Zudem seien keine maladaptiven Kognitionen in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Krankheitsfolgen und permanentes Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte sowie Passivität, Schon- und Fehlhaltung oder Verzweiflung und Demoralisierung vorhanden (vgl. act. 273, S. 63 ff.). Schliesslich ergebe die Auswertung des BDI-II und Hamilton-Scale keine depressive Erkrankung. Im Kontext des Gesamtbefundes und unter Berücksichtigung von fehlenden emotionalen, motivationalen und kognitiven Defiziten zeige sich auf dem psychiatrischen Gebiet keine Erkrankung von Krankheitswert (vgl. act. 273, S. 66). Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich nach dem Gesagten als überzeugend und beweiskräftig, zumal die Psychiaterin auch die Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Beurteilung im Jahr 2016 nachvollziehbar dargelegt hat. Die fachärztlich gestellten Diagnosen der depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) und die aktuelle subsyndromale somatische Belastungsstörung (ICD-10: F45.1) werden von der Gutachterin nachvollziehbar hergeleitet. Mit überzeugender Begründung kommt sie zum Schluss, dass sich das psychische Beschwerdebild der Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 so verändert habe, dass -

trotz Vorliegens eines in den Vordergrund gerückten Schmerzleidens und einer anamnestisch durchlebten depressiven Störung - die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aktuell aus psychischen Gründen nicht beeinträchtigt sei (vgl. act. 273, S. 65). Das im psychiatrischen Gutachten festgehaltene Ressourcenprofil der Beschwerdeführerin (intaktes soziales und familiäres Netz, gute Motivation, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen, intakte empathische und kommunikative Fähigkeiten, Fähigkeit, selbständig zu planen, zu strukturieren und zu organisieren, fehlende Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung; vgl. act. 273, S. 67) bestätigt die gutachtlichen Schlussfolgerungen. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 offenbar in keiner psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung gestanden und auch nie eine psychosomatische oder teilstationäre Behandlung in Anspruch genommen oder sich einer entsprechend medikamentösen Behandlung unterzogen hat (vgl. act. 273, S. 58 und 63). Es bestehen folglich vorliegend keine weiteren psychiatrischen Einschätzungen, welche die gutachterlichen Schlussfolgerungen infrage zu stellen vermöchten. Die Nichtinanspruchnahme psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Therapien kann zusätzlich als Hinweis auf einen fehlenden respektive geringen Leidensdruck berücksichtigt werden. Insgesamt hat Dr. med. Cc. _____ überzeugend darlegt, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Anhaltspunkte für eine abweichende Beurteilung sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Unter diesen Umständen kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit rechtsprechungsgemäss von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 mit Hinweisen; Urteil des BGER 9C_292/2018 vom 15. Januar 2019 E. 6.2.1). Folglich ist die aus psychiatrischer Sicht gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % nicht zu beanstanden. Damit steht fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 12. Oktober 2016 verbessert hat.

E. 7.3.3

Auch aus Sicht der Allgemeinen Inneren Medizin ist auf die gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. Ee. _____ vom 23. September 2020 abzustützen. Die im Rahmen der Begutachtung vom 2. Februar 2016 diagnostizierten internistischen Befunde (inkl. der Femoralhernie rechts) haben sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt. Im Vergleich zur Begutachtung im Februar 2016 ist aus internistischer Sicht lediglich noch eine saisonabhängige Rhinokonjunktivitis (allergische Entzündung der Nasenschleimhaut) neu diagnostiziert worden (act. 273, S. 91 f.) Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen hat sich mit der neu gestellten Diagnose der Pollinosis nichts entscheidend verändert, so dass laut den überzeugenden Ausführungen des internistischen Gutachters aus internistischer Sicht keine Einschränkung besteht (act. 273, S. 92). Dies zumal auch die RAD-Fachärztin Dr. med. Q. _____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Oktober 2021 nochmals nachvollziehbar dargelegt hat, dass eine operativ noch nicht sanierte Femoralhernie keine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken könne, insbesondere nicht, wenn - wie hier - die Beschwerdeführerin keiner schweren Tätigkeit nachgehen müsse (BVGer-act. 6, Beilage S. 2).

E. 7.3.4.1

Bezüglich der Beeinträchtigung am rechten Knie ist die orthopädische Gutachterin Dr. med. Bb. _____ zum Schluss gelangt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 dahingehend verändert habe, dass bei

posttraumatischer sekundärer Varusgonarthrose rechts am 3. September 2018 eine unikondyläre mediale Knieprothese rechts habe implantiert werden müssen. Dieser Eingriff habe nur zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit geführt. Bezogen auf die angestammte Tätigkeit habe nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit für drei Monate (vom 3. September bis Anfang Dezember 2018) bestanden. Ab Anfang Dezember habe die Beschwerdeführerin wieder eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erlangt. Bezogen auf eine angepasste Tätigkeit sei eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Dauer von drei Monaten postoperativ nachvollziehbar. Ab Anfang Dezember 2018 habe sie wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erlangt (vgl. act. 273, S. 12 f.). Die orthopädische Gutachterin führte in ihrem Teilgutachten vom 6. Juli 2020 aus, dass in der Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks vom 2. August 2019 eine reizlos einliegende unikondyläre mediale Knieprothese ohne Hinweise auf eine Prothesenlockerung mit regelrechter Zentrierung der Patella mit lediglich geringreduziertem lateralen Gelenkspalt habe dargestellt werden können. Die vorhandene gering- bis mässiggradige Atrophie der rechten Ober- und Unterschenkelmuskulatur stehe in Übereinstimmung mit dem vorhandenen geringen Reizzustand des rechten Kniegelenks. Insgesamt bestehe keine orthopädische-/traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (act. 273, S. 44).

E. 7.3.4.2

Zu prüfen ist im Folgenden, ob in den vorliegenden Berichten wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. dazu BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteile 9C_793/2015 vom 19. August 2016 E. 4.1, in: SVR 2017 IV Nr. 7 S. 19; 8C_630/2020 vom 28. Januar 2021 E. 4.2.1; 8C_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2). Wie nachfolgend darzulegen ist, steht die Schlussfolgerung der orthopädischen Gutachterin, wonach die Beschwerdeführerin ab Dezember 2018 ihre Erwerbstätigkeit vollkommen wiedererlangt habe, im Widerspruch zu den Feststellungen der behandelnden Ärzte: - Vorab hielt Dr. med. I. _____ in seinem Bericht vom 28. Dezember 2020 explizit fest, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem rechten Knie weiterhin stark eingeschränkt sei. Es komme immer wieder zu Ergussbildungen und entzündlichen Reaktionen, welche sie in der Beweglichkeit und Belastbarkeit erheblich einschränkten (act. 290). - Dr. med. K. _____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Klinik Ff. _____, [...]), führte mit Bericht vom 6. Januar 2021 aus, dass sich während der Ausheilungsphase eine schmerzhaft Patella Baja durch Verkürzung des Ligamentum patellae mit chronischer Entzündung eingestellt habe. Zur Korrektur der Patella baja und damit zur Entlastung des erhöhten retropatellären Anpressdrucks empfehle er eine Tuberositas-Osteotomie mit Cranialisierung der Ansatzstelle um ca. 8 mm (act. 292). - Dr. H. _____ hielt in seinem Bericht vom 4. Februar 2021 fest, dass die multifunktionellen Dysfunktionen der Wirbelsäule sowie insbesondere des Kniegelenks immer wieder zu hartnäckigen Schmerzattacken geführt hätten. Objektiv zeigten sich immer wieder sehr starke Muskelverspannungen, eine lokale Schwellung über dem Knie, eine Beckendispersion sowie palpable Schmerzpunkte in der ischiocruralen Muskulatur. Wie orthopädisch bestätigt, sei das Kniegelenk nach wie vor noch nicht in Ordnung und eine weitere Operation sei absehbar. Laut seiner Einschätzung sei die Beschwerdeführerin in ihrem momentanen Zustand höchstens zu 50 % arbeitsfähig (act. 293). - Im Zuge der am 1. März 2021 vorgenommenen Computertomografie des rechten Kniegelenks wurde eine tiefe Dehiszenz des tibialen Prothesenmaterials befundet, welche darüber hinaus

posteromedial den medialen Rand der Tibia um bis zu 5 mm überrage. Es sei insgesamt eher von einer primären Fehllage/Fehlplatzierung als von einem sekundären Einsinken des Materials auszugehen (act. 297). - Dr. med. Y. _____ bestätigte mit Bericht vom 14. September 2021, dass die mediale Teilprothese mechanisch falsch positioniert worden sei und ein medialer Überhang des Tibiaplateaus bestehe. Von weiteren Physiotherapien zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sei einstweilen abzusehen. Vielmehr müsse das Grundproblem, nämlich die falsch implantierte Teilprothese, angegangen werden, zumal die Beschwerdeführerin ebenfalls die Operation wünsche (Beilage 10 zu BVGer-act. 10). - Mit Austrittsbericht vom 21. Januar 2022 hielten die verantwortlichen Ärzte des Spitals Aa. _____ fest, dass sie am 17. Januar 2021 einen kompletten Wechsel der Knie-Totalprothese vorgenommen hätten. Überdies führten sie aus, dass bei der Beschwerdeführerin multiple Genvarianten und eine veränderte Schmerzperzeption (mit Erstdiagnose vom 3. Juli 2021) bestehe (Beilage 9 zu BVGer act. 10). Gutachterlich nicht geklärt ist vorliegend, inwieweit sich diese Diagnose insbesondere in der Zeit von September 2018 bis zum Erlass der Verfügung und auch für die Zeit danach auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt.

E. 7.3.4.3

Mit Blick auf die vorstehenden Arztberichte lässt sich die gutachterlich getroffene Annahme der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ab Anfang Dezember 2018 nicht aufrechterhalten. Es bestehen mithin offensichtliche Widersprüche, welche der gutachterlichen Klärung bedürfen.

E. 7.3.4.4

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdeführerin mit Recht einwendet, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht innerhalb dreier Monate seit der Implantation der Knieprothese im September 2018 verbessert habe, weil bei ihr bereits im August 2019 eine chronische Reizsymptomatik des rechten Kniegelenks bei posttraumatischer Gonarthrose diagnostiziert worden sei (Rz. 11 f. der Beschwerdeschrift, BVGer-act. 1), weshalb die gutachterliche Begründung der attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit nicht überzeugt. Zum einen wird gutachterlich nicht aufgezeigt, wie sich die wiederkehrende Reizsymptomatik und die während der Heilungsphase aufgetretene Patella baja auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Zum andern erscheint die Schlussfolgerung der orthopädischen Gutachterin, wonach trotz der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im rechten Kniegelenk "von orthopädisch-traumatologischer Seite" keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Gutachten, act. 273, S. 46), insbesondere auch vor dem Hintergrund der vorstehend dargelegten Arztberichte (E. 7.3.4.2) als nicht nachvollziehbar begründet. Dies zumal angesichts der schmerzhaften medialen Knieprothese mit entsprechendem Leidensdruck noch vor Erlass der Verfügung die Indikation zum kompletten Knieprothesenersatz gestellt wurde (vgl. act. 300, 304), wobei der operative Eingriff am 17. Januar 2022 in der Folge auch tatsächlich vorgenommen wurde (BVGer-act. 10, Beilage 9).

E. 7.3.4.5

Soweit RAD-Ärztin Dr. med. Q. _____ in den übereinstimmenden funktionellen Untersuchungsbefunden der begutachtenden und der behandelnden Ärzteschaft eine objektivierbare, gut gebliebene Kniefunktion erblickt (insb. flüssiges Gangbild, vorhandene Kniestabilität, Kniebeweglichkeit mit Flexion/Extension von 125° resp. 130°/0°/0°; vgl.

dazu act. 166, S. 9, 273 S. 41 ff., 275, 292, 296), welche ab dem 3. Dezember 2018 die gutachterlich festgestellte 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit rechtfertige (vgl. act. 302, 304), kann ihr nicht gefolgt werden. Dies zumal die RAD-Stellungnahmen nicht auf eigenen Untersuchungen basieren und vorliegend darüber hinaus auch nicht von einem im Wesentlichen an sich bereits feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden darf. Denn rechtsprechungsgemäss setzt eine reine Aktenbeurteilung des RAD voraus, dass sich der Gutachter dabei auf einen an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt stützen kann (Urteile des BGer 8C_206/2017 vom 9. Juni 2017; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 170, U 245/05 E. 3.4 i.f. m.H.). Hinzu kommt, dass die RAD-Ärztin als Fachärztin der Allgemeinen Inneren Medizin einen medizinischen Sachverhalt ausserhalb ihres Fachgebietes beurteilt hat. Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt rechtsprechungsgemäss unter anderem davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (Urteil des BGer 8C_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3 m.w.H.). Daraus folgt, dass die RAD-Stellungnahmen ebenfalls nicht beweiskräftig sind.

E. 7.3.4.6

Aus dem vorstehend Dargelegten folgt, dass dem orthopädischen D. _____-Teilgutachten mit Blick auf die dargelegten ungeklärten Widersprüche keine Beweiskraft zukommt.

E. 7.3.5

Die verfügende Behörde hat jeweils bereits im Verwaltungsverfahren von Amtes wegen zu prüfen, ob ein Gutachten mit den medizinischen und den aktuellen rechtlichen Vorgaben im Einklang steht. Es steht ihr dafür jeweils ein eigener regionalärztlicher Dienst zur Verfügung. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit ist die medizinische und rechtliche Qualität eines neu erstellten Gutachtens zeitnah zu überprüfen. Diese Vorgehensweise ermöglicht die zeitnahe Rückfrage bei den Experten. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das menschliche Erinnerungsvermögen vor allem mit Bezug auf Einzelheiten eines Geschehens relativ rasch verblasst (Urteil des EVG U 26/00 vom 21. August 2001 E. 1 b). Die Gutachter sind in einem ersten Schritt um Erläuterung oder Ergänzung der mangelhaften Stellen zu ersuchen. Bleibt das Begutachtungsergebnis weiterhin ungenügend, so ist erst subsidiär in einem nächsten Schritt eine Neubegutachtung im Verwaltungsverfahren in die Wege zu leiten. Die konkret erhobenen, ausführlich begründeten Rügen waren der Vorinstanz vorliegend bereits vor Erlass der Verfügung bekannt. In der nachfolgenden Beurteilung hielt der medizinische Dienst eine zusätzliche medizinische Abklärung weiterhin für nicht notwendig. Eine nachfolgende rechtliche Auseinandersetzung mit den beweisrechtlichen Aspekten zum Gutachten ist nicht aktenkundig. Im vorliegenden Fall hätten die bestehenden Mängel (insbesondere die Folgen der Fehloperation, die regelmässigen Schmerzattacken und Ergussbildungen) zum damaligen Zeitpunkt allenfalls noch durch entsprechende Rückfragen beim orthopädischen Gutachter behoben werden können. Werden die Mängel indes erstmals im Zuge des Beschwerdeverfahrens vertieft geprüft, so kann regelmässig - so

auch hier - selbst auf an sich beweiskräftige Teilgutachten nicht mehr abgestellt werden, da sie in zeitlicher Hinsicht keine rechtsgenügeliche Entscheidungsgrundlage für die erneute Konsensbeurteilung und den Erlass einer neuen Verfügung mehr bildet (Urteil des BGer 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 6; Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 14. April 2017 E. 6.2).

E. 7.4

Nachdem sich auch die ergänzenden RAD-Stellungnahmen vom 30. Juni und 16. Juli 2021 nicht als beweiswertig erwiesen haben, ist die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen. Der rechtserhebliche Sachverhalt ist damit unvollständig festgestellt, so dass die angefochtene Verfügung aufzuheben ist.

E. 8.1

Steht - wie hier - fest, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist, so ist nach der mit BGE 137 V 210 begründeten Rechtsprechung grundsätzlich eine Begutachtung durch das Gericht in die Wege zu leiten. Gerichtliche Expertisen sind nach dieser Rechtsprechung insbesondere angezeigt, wo der im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobene medizinische Sachverhalt überhaupt gutachterlich abklärungsbedürftig ist oder ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) bleibt allerdings möglich, wenn sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung gutachterlicher Ausführungen erforderlich ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die regelmässige Einholung medizinischer Gerichtsgutachten entspricht allerdings nicht dem für das Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung gesetzlich vorgesehenen System der Verwaltungsrechtspflege schweizerischen Zuschnitts (BGE 137 V 210 E. 2.2.2). Eine regelmässige Einholung von Gerichtsgutachten ist auch nicht unbedingt erforderlich, um das Abklärungsverfahren verfassungs- und konventionskonform auszugestalten. Eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene ist - von der staatspolitischen Tragweite einer solchen grundsätzlichen, dem Gesetzgeber vorbehaltenen Grundsatzentscheidung abgesehen - auch sachlich gar nicht wünschbar. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde mithin die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Die Verwaltung soll nicht dazu verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu Miriam Lendfers, Sachverständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, S. 187). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein

Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten im Beschwerdeverfahren genommen; der doppelte Instanzenzug bliebe diesbezüglich nicht gewahrt. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass die bestehenden Mängel zum damaligen Zeitpunkt allenfalls noch durch entsprechende Rückfragen beim Experten hätten behoben werden können. Werden die Mängel indes erstmals im Zuge des Beschwerdeverfahrens vertieft geprüft, so kann regelmässig - so auch hier - selbst auf an sich beweiskräftige Teilgutachten nicht mehr abgestellt werden, da sie in zeitlicher Hinsicht keine rechtsgenügeliche Entscheidungsgrundlage für die erneute Konsensbeurteilung und den Erlass einer neuen Verfügung mehr bilden (Urteil des BGer 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 6; Urteil des BVer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.2). Aus dem Gesagten folgt, dass eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen auch mit Blick auf die genannte Unterlassung geboten ist (vgl. dazu auch Urteil des BVer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1 und 6.2).

E. 9

und 10, BVer-act. 14, Beilagen 11 und 12). 7. 7.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz gestützt auf das polydis- ziplinäre D._____ -Gutachten vom 23. September 2020 zu Recht davon ausgeht, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor in einer leidensange- passten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist und somit im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Verfügung vom 12. Oktober 2016 zugrunde lag, bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2021 in den tatsäch- lichen Verhältnissen keine anspruchsrelevante Änderung eingetreten ist. 7.2 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG durch die Vorinstanz beim D._____ eingeholte Gutachten vom 23. September 2020 basiert auf den relevanten Vorakten (vgl. act. 273, Anhang 1, S. 17 - 33) sowie auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen von Dr. med. Bb._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie des Bewe- gungsapparates und Traumatologie sowie für Orthopädische Rheumatolo- gie, vom 6. Juli 2020 (vgl. act. 273, S. 35 - 43 und S. 54 - 56), Dr. med. Cc._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Juli 2020 (act. 273 S. 58 - 64), Dr. med. Dd._____, Facharzt für Neurologie, C-3910/2021 Seite 24 vom 5. August 2020 (act. 273, S. 72 - 78) und Dr. med. Ee._____, Fach- arzt für Allgemeine Innere Medizin vom 31. Juli 2020 (vgl. act. 273, S. 86 - 90). Die begutachtenden Fachärzte haben sich mit den beklagten Beschwer- den und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und die erhobene Anamnese detailliert festgehalten (vgl. act. 273, S. 5, 36 - 44, 58 - 62, 73 - 76 und 87 - 89). Sie haben überdies die Untersuchungsbe- funde aufgeführt, die zusammengefasst und aufgelisteten Vorakten ge- würdigt und die fachärztlich gestellten Diagnosen begründet (vgl. act. 273, S. 40 - 52, 62 - 70, 78 - 83 und 89 - 95). Des Weiteren haben sie eine interdisziplinäre Beurteilung vorgenommen und die ihnen unterbreiteten Fragen vollständig beantwortet (vgl. act. 273, S. 5 - 15). Das D._____ - Gutachten erfüllt in formeller Hinsicht die rechtsprechungsgemässen An- forderungen an ein polydisziplinäres Gutachten (vgl. dazu Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Gutachten in der Versi- cherungsmedizin, Stand 04.12.2020, S. 5 f.; vgl. auch GABRIELA RIEMER- KAFKA, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 37 - 44). 7.3 Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob das D._____ -Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag. 7.3.1 Hinsichtlich der neurologischen Befunde hielt Dr. med. Dd._____ in seinem Teilgutachten vom 5. August 2020 fest, dass sich der neurologi- sche Gesundheitszustand

der Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 nicht massgebend verändert habe; vielmehr stimmten die aktuellen Befunde und Beurteilungen mit jenen aus dem Jahr 2016 überein (vgl. act. 273, S. 79). Die Beschwerdeführerin machte gegenüber dem neurologischen Gutachter geltend, dass die Beschwerden seit vielen Jahren konstant seien. Seit der Halsrippenresektion bestünden weiterhin ein Würgegefühl und Schluckbeschwerden. Sie verspüre zudem ein «unangenehmes» Kribbeln an der rechten Halsseite im Narbenbereich. Der rechte Arm schlafe wiederholt ein und der Unterarm verkrampfe gelegentlich. Weiter habe sie Verspannungen in der rechten Schulter und permanente Nackenschmerzen. Zudem leide sie an Stirnschmerzen mit Augenbrennen und einem Gefühl, dass die Ohren «zugingen» (vgl. act. 273, S. 73). Insgesamt schilderte die Beschwerdeführerin damit nahezu die gleiche Beschwerdesymptomatik wie im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung vom

E. 9.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 21 E. 2.1). Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der

C-3910/2021 Seite 36 Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1; 137 V 334 E. 3.2; 125 V 146 E. 2c; 117 V 194 E. 3b).

E. 9.2

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4).

E. 9.3

Für die Beurteilung der verbliebenen Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich bedarf es grundsätzlich einer Haushaltsabklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Bei im Ausland wohnenden Versicherten kann auf eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen

Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-3269/2016 vom 30. Januar 2018 E. 3.3.1). Nach der einheitlichen Praxis der Vorinstanz werden bei Versicherten im Ausland die erforderlichen Informationen über die tatsächlichen Verhältnisse an Ort und Stelle mit einem entsprechenden Fragebogen erhoben. Daran schliesst sich eine Beurteilung der eingeholten Auskünfte durch die Ärzte des medizinischen Dienstes an. Diese Praxis wird vom Bundesverwaltungsgericht im Grundsatz geschützt (vgl. Urteil des BVGer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 9.4

Die Vorinstanz hat vorliegend ohne Angabe von Gründen von der Abklärung der Statusfrage abgesehen. Zwar kommt bei der Beurteilung der Statusfrage jener Tätigkeit, welche bei Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich – und unter Umständen seit längerer Zeit – ausgeübt wurde

C-3910/2021 Seite 37 (vgl. dazu Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 25. April 2018 E. 4.2; act. 148, S. 15), ein erheblicher Indizwert zu (vgl. Urteil des BGer 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 5.3.3). Allerdings wäre die Vorinstanz mit Blick auf die aktenkundige Geburt der Tochter der Beschwerdeführerin im November 2020 gehalten gewesen, die konkreten Verhältnisse für die (hypothetische) Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit eingehend abzuklären und entsprechend zu begründen. Die Statusfrage beurteilt sich dabei praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 f.; 130 V 393 E. 3.3 S. 396; Urteil des BGer 9C_701/2016 vom 1. März 2017 E. 3.1; vgl. dazu auch Rz. 3005 ff. des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, in der ab 1. Januar 2021 geltenden Fassung). Die IV-Stelle hat dabei die Bemessungsmethode zusammen mit den für die Bestimmung massgebenden Berechnungselementen mit einer kurzen Begründung festzuhalten (Rz. 3008 KSIH).

E. 9.5

Angesichts der erheblichen Bedeutung der Statusfrage für die Rentenbemessung wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, die konkreten Verhältnisse für die (hypothetische) Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit eingehend abzuklären und entsprechend zu begründen. Die Abklärung des Umfangs der im Gesundheitsfall hypothetisch ausgeübten Erwerbstätigkeit wird die Vorinstanz im Rahmen ihrer erneuten Prüfung nachzuholen haben. Denn es liegt nicht im Aufgabenbereich des Gerichts, als erste Instanz Abklärungen über die Statusfrage vorzunehmen, zumal dieses Vorgehen für die Beschwerdeführerin mit einem Verlust des Instanzenzugs einherginge. 10.1 Zusammengefasst ergibt sich aus dem Gesagten, dass dem D. _____-Gutachten vom 23. September 2020 kein hinreichender Beweiswert zukommt, zumal es auf einem nicht beweiswertigen orthopädischen Teilgutachten beruht. Insbesondere hat es die Vorinstanz unterlassen, die Folgen der feststehenden Fehloperation am rechten Knie, der regelmässigen Schmerzattacken, Ergussbildungen und Entzündungen

C-3910/2021 Seite 38 durch gezielte Rückfragen beim Gutachter abzuklären. Hinzu kommt, dass die im Beschwerdeverfahren vorgebrachte und belegte Tatsache der fehlenden Verträglichkeit bezüglich zahlreicher Schmerzmittel (als Folge der festgestellten multiplen genetischen Varianten) und deren Folgen auf die Leistungsfähigkeit einer gutachterlichen Klärung bedarf. Schliesslich hat die Vorinstanz ohne Begründung von der gebotenen Abklärung der Statusfrage abgesehen. Die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2021 ist folglich aufzuheben und die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie gestützt auf Art. 72bis IVV (nach dem Zufallsprinzip) in Zusammenarbeit mit dem RAD ein erneutes polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einhole und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren entscheide. Darüber hinaus wird sie auch eine eingehende Abklärung der Statusfrage vorzunehmen haben. 10.2 Bei der Durchführung der gebotenen polydisziplinären Begutachtung sind in jedem Fall die Fachbereiche der Orthopädie, der Neurologie, der Psychiatrie sowie der Allgemeinen Inneren Medizin zu berücksichtigen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). 10.3 Die Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). 10.4 Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2021 aufzuheben ist und die Akten zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von Ziff. 10.1 - 10.3 der Erwägungen und zum anschliessenden Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen sind. Im Anschluss an die umfassende und

C-3910/2021 Seite 39 vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und unter Würdigung sämtlicher rechtserheblicher Akten wird die Vorinstanz neu über das Rentengesuch der Beschwerdeführerin zu entscheiden haben. 11. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Zusammengefasst ergibt sich aus dem Gesagten, dass dem D. _____-Gutachten vom 23. September 2020 kein hinreichender Beweiswert zukommt, zumal es auf einem nicht beweiswertigen orthopädischen Teilgutachten beruht. Insbesondere hat es die Vorinstanz unterlassen, die Folgen der feststehenden Fehloperation am rechten Knie, der regelmässigen Schmerzattacken, Ergussbildungen und Entzündungen durch gezielte Rückfragen beim Gutachter abzuklären. Hinzu kommt, dass die im Beschwerdeverfahren vorgebrachte und belegte Tatsache der fehlenden Verträglichkeit bezüglich zahlreicher Schmerzmittel (als Folge der festgestellten multiplen genetischen Varianten) und deren Folgen auf die Leistungsfähigkeit einer gutachterlichen Klärung bedarf. Schliesslich hat die Vorinstanz ohne Begründung von der gebotenen Abklärung der Statusfrage abgesehen. Die

angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2021 ist folglich aufzuheben und die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie gestützt auf Art. 72bis IVV (nach dem Zufallsprinzip) in Zusammenarbeit mit dem RAD ein erneutes polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einhole und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren entscheide. Darüber hinaus wird sie auch eine eingehende Abklärung der Statusfrage vorzunehmen haben.

E. 10.2

Bei der Durchführung der gebotenen polydisziplinären Begutachtung sind in jedem Fall die Fachbereiche der Orthopädie, der Neurologie, der Psychiatrie sowie der Allgemeinen Inneren Medizin zu berücksichtigen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1).

E. 10.3

Die Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.).

E. 10.4

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2021 aufzuheben ist und die Akten zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von Ziff. 10.1 - 10.3 der Erwägungen und zum anschliessenden Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen sind. Im Anschluss an die umfassende und vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und unter Würdigung sämtlicher rechtserheblicher Akten wird die Vorinstanz neu über das Rentengesuch der Beschwerdeführerin zu entscheiden haben.

E. 11

März 2016 (vgl. act. 117, S. 48 f.). Gestützt auf seine ausführliche Exploration und unter Berücksichtigung seiner klinischen Untersuchungen

C-3910/2021 Seite 25 stellte der neurologische Gutachter des D._____ denn auch keine neuen Befunde fest. Er diagnostizierte eine Affektion des Nervus thoracicus latus rechts, eine partielle sensible Affektion unterer Anteile des Plexus brachialis rechts und eine partielle Läsion der Nervi supraclaviculares rechts bei Status nach einer Halsrippenoperation rechts am 3. Juli 2014. Laut Schlussfolgerung des Gutachters wirken sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit hat demgegenüber der ebenfalls diagnostizierte Verdacht auf rezidivierende Spannungskopfschmerzen. Zusammengefasst kam der neurologische Gutachter zum Schluss, dass eine objektiv-neurologische Befundänderung

nicht vorliege. Es bestehe noch ein Rendement von 70 % wegen der Affektion des Nervus thoracicus longus rechts sowie der partiellen Läsion der Nervi supraclaviculares rechts aufgrund der hieraus resultierenden Schmerz-Symptomatik und Bewegungseinschränkung der scapula alata (vgl. act. 273, S. 11 f. und 77 f.). Die gutachterlich angemessen begründeten neurologischen Schlussfolgerungen sind einleuchtend und nachvollziehbar, so dass darauf abgestützt werden kann. Folglich ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht seit 12. Oktober 2016 nicht wesentlich verändert hat. Aus neurologischer Sicht ist daher mit der Vorinstanz von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit und von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. act. 117, S. 53 ff. im Vergleich zu act. 273, S. 80 - 83). Die Beschwerdeführerin bringt im Übrigen nichts vor, was Zweifel an den Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters zu wecken vermöchte. Das neurologische Teilgutachten erweist sich folglich als beweiskräftig.

7.3.2 In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. med. Cc. _____ eine gegenwärtig remittierte depressive Störung (ICD-10: F33.4) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. somatischer Belastungsstörung, aktuell subsyndromal (ICD-10: F45.1), fest (act. 273, S. 9 und S. 62). Die anlässlich der letzten polydisziplinären Exploration im Juni 2016 festgestellte subdepressiv angespannte Grundstimmung mit einer leicht eingeschränkten emotionalen Auslenkbarkeit und einer spürbar beginnenden Selbstwertproblematik, welche bei der Beschwerdeführerin im Zuge ihres chronischen Schmerzsyndroms (ICD-10: F45.41) und der Minderbelastbarkeit ihres rechten Armes durch eine ge-

C-3910/2021 Seite 26 wisse emotionale Überbelastung ausgelöst worden sei und als leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostiziert worden war (vgl. act. 117, S. 25 ff.), wurde im aktuellen D. _____-Gutachten nicht mehr bestätigt. Laut überzeugend begründeten Schlussfolgerungen der psychiatrischen Gutachterin wirke die Beschwerdeführerin ausgeglichen, insgesamt gut zugänglich, spontan und authentisch. Dabei sei die emotionale Auslenkbarkeit erhalten. Sie sei in der Lage, differenziert ihre Probleme und Schwierigkeiten darzustellen. Es würden sich keine Einbrüche des Selbstwertgefühls, keine Gefühle von Wertlosigkeit oder eine pessimistische Zukunftsperspektive als durchgängige Symptome finden (act. 273, S. 8 und S. 62). Die Beschwerdeführerin führte im Zuge der psychiatrischen Untersuchung selber aus, sie kenne keine durchgehende Traurigkeit und sehe optimistisch in die Zukunft. Sie könne Freude empfinden, genieße weiterhin Dinge, die ihr früher Freude bereitet hätten. Sie lache oft, könne aber auch weinen, sie sei einfach sensibler geworden. Seitdem sie wieder arbeite (an 2 - 3 Tagen, 2 - 3 Stunden ausser Haus), sei ihr Selbstwertgefühl wieder da. Sie habe dadurch viele soziale Kontakte, die ihr wichtig seien. Ihr Freundeskreis sei gross, wobei sie viele Freunde seit dem Kindergarten kenne. Das Verhältnis zu ihren Eltern sei innig, dasjenige zu ihrem Bruder gut und offen. In der Freizeit habe sie viel Besuch. Sie gehe mit Freunden aus oder folge deren Einladungen. Sie verfolge auch Fernsehprogramme und gehe mit dem Ehemann ins Kino. Viele der früheren Hobbies könne sie nicht mehr ausführen; sie habe jedoch mit Malen begonnen. Sie habe weder Versagungs-, Schuld-, Bestrafungsgefühle noch lehne sie sich selbst ab. Sie sei entschlossfreudig, ihre Energie und Tatkraft sei nicht weniger geworden, sie sprudle vor neuen Ideen. Ihre Beziehung habe sich nicht verändert (vgl. act. 273, S. 59 ff.). Die früher gutachterlich dargelegte, teilweise erhebliche Beeinträchtigung der alltäglichen Lebensgestaltung durch zeitweise relativ hohe emotionale Belastung als Folge des chronischen Schmerzsyndroms (vgl. act. 117, S. 27)

wurde in der gutachterlichen Exploration vom 21. Juli 2020 nicht mehr umschrieben. Bei der Beschwerdeführerin liessen sich aktuell keine charakteristischen Tagesschwankungen und keine Affektlabilität mehr feststellen. Die Vitalität sei erhalten. Es lägen keine Anhedonie, kein Interessenverlust und kein sozialer Rückzug vor. Für eine anhaltende syndromale chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren seien gegenwärtig keine psychischen Faktoren hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Schmerzen zu identifizieren. Wohl sei eine vermehrte Beschäftigung mit Schmerzen in den Gedanken spürbar, gleichwohl könne die Beschwerdeführerin stets aus dem Schmerzerleben gelöst werden. Bei der

C-3910/2021 Seite 27 zeitweise sichtbaren emotionalen Einengung auf die Schmerzen zeige sich keine subjektive Ausweglosigkeit oder Perspektivlosigkeit. Keine Symptomdeutungen auf eine schuldwahnhafte Symptomatik hin. Psychotische Denkinhalte wie Wahn, Halluzinationen oder illusionäre Verkennen liessen sich nicht feststellen. Laut Gutachterin liege keine Störung des Ich-Bewusstseins vor. Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene sowie Ich-Störungen seien nicht festzustellen. Zudem seien keine maladaptiven Kognitionen in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Krankheitsfolgen und permanentes Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte sowie Passivität, Schon- und Fehlhaltung oder Verzweiflung und Demoralisierung vorhanden (vgl. act. 273, S. 63 ff.). Schliesslich ergebe die Auswertung des BDI-II und Hamilton-Scale keine depressive Erkrankung. Im Kontext des Gesamtbefundes und unter Berücksichtigung von fehlenden emotionalen, motivationalen und kognitiven Defiziten zeige sich auf dem psychiatrischen Gebiet keine Erkrankung von Krankheitswert (vgl. act. 273, S. 66). Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich nach dem Gesagten als überzeugend und beweiskräftig, zumal die Psychiaterin auch die Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Beurteilung im Jahr 2016 nachvollziehbar dargelegt hat. Die fachärztlich gestellten Diagnosen der depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) und die aktuelle subsyndromale somatische Belastungsstörung (ICD-10: F45.1) werden von der Gutachterin nachvollziehbar hergeleitet. Mit überzeugender Begründung kommt sie zum Schluss, dass sich das psychische Beschwerdebild der Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 so verändert habe, dass – trotz Vorliegens eines in den Vordergrund gerückten Schmerzleidens und einer anamnestisch durchlebten depressiven Störung – die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aktuell aus psychischen Gründen nicht beeinträchtigt sei (vgl. act. 273, S. 65). Das im psychiatrischen Gutachten festgehaltene Ressourcenprofil der Beschwerdeführerin (intaktes soziales und familiäres Netz, gute Motivation, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen, intakte empathische und kommunikative Fähigkeiten, Fähigkeit, selbständig zu planen, zu strukturieren und zu organisieren, fehlende Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung; vgl. act. 273, S. 67) bestätigt die gutachterlichen Schlussfolgerungen. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin seit

E. 11.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– der Beschwerdeführerin auf ein von ihr anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen) angemessen.

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

C-3910/2021 Seite 40

E. 12

Oktober 2016 offenbar in keiner psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung gestanden und auch nie eine psychosomatische oder teilstationäre Behandlung in Anspruch genommen oder sich einer entsprechend medikamentösen Behandlung unterzogen hat (vgl. act. 273, S. 58 und 63).

C-3910/2021 Seite 28 Es bestehen folglich vorliegend keine weiteren psychiatrischen Einschätzungen, welche die gutachterlichen Schlussfolgerungen infrage zu stellen vermöchten. Die Nichtinanspruchnahme psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Therapien kann zusätzlich als Hinweis auf einen fehlenden respektive geringen Leidensdruck berücksichtigt werden. Insgesamt hat Dr. med. Cc._____ überzeugend darlegt, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. Anhaltspunkte für eine abweichende Beurteilung sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Unter diesen Umständen kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit rechtsprechungsgemäss von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_292/2018 vom 15. Januar 2019 E. 6.2.1). Folglich ist die aus psychiatrischer Sicht gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % nicht zu beanstanden. Damit steht fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 12. Oktober 2016 verbessert hat. 7.3.3 Auch aus Sicht der Allgemeinen Inneren Medizin ist auf die gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. Ee._____ vom 23. September 2020 abzustützen. Die im Rahmen der Begutachtung vom 2. Februar 2016 diagnostizierten internistischen Befunde (inkl. der Femoralhernie rechts) haben sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt. Im Vergleich zur Begutachtung im Februar 2016 ist aus internistischer Sicht lediglich noch eine saisonabhängige Rhinokonjunktivitis (allergische Entzündung der Nasenschleimhaut) neu diagnostiziert worden (act. 273, S. 91 f.) Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen hat sich mit der neu gestellten Diagnose der Pollinosis nichts entscheidend verändert, so dass laut den überzeugenden Ausführungen des internistischen Gutachters aus internistischer Sicht keine Einschränkung besteht (act. 273, S. 92). Dies zumal auch die RAD-Fachärztin Dr. med. Q._____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Oktober 2021 nochmals nachvollziehbar dargelegt hat, dass eine operativ noch nicht sanierte Femoralhernie keine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit bewirken könne, insbesondere nicht, wenn – wie hier – die Beschwerdeführerin keiner schweren Tätigkeit nachgehen müsse (BVGer-act. 6, Beilage S. 2).

C-3910/2021 Seite 29 7.3.4 7.3.4.1 Bezüglich der Beeinträchtigung am rechten Knie ist die orthopädische Gutachterin Dr. med. Bb._____ zum Schluss gelangt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 12. Oktober 2016 dahingehend verändert habe, dass bei posttraumatischer sekundärer Varusgonarthrose rechts am 3. September 2018 eine unikondyläre mediale Knieprothese rechts implantiert werden müssen. Dieser Eingriff habe nur zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit geführt. Bezogen auf die angestammte Tätigkeit habe nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit für drei Monate (vom 3. September bis Anfang Dezember 2018) bestanden. Ab Anfang Dezember habe die Beschwerdeführerin wieder eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erlangt. Bezogen auf eine angepasste Tätigkeit sei eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Dauer von drei Monaten postoperativ nachvollziehbar. Ab Anfang Dezember 2018 habe sie wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erlangt (vgl. act. 273, S. 12 f.). Die orthopädische Gutachterin führte in ihrem Teilgutachten vom 6. Juli 2020 aus, dass in der Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks vom 2. August 2019 eine reizlos einliegende unikondyläre mediale Knieprothese ohne Hinweise auf eine Prothesenlockerung mit regelrechter Zentrierung der Patella mit lediglich geringreduziertem lateralem Gelenkspalt habe dargestellt werden können. Die vorhandene gering- bis mässiggradige Atrophie der rechten Ober- und Unterschenkelmuskulatur stehe in Übereinstimmung mit dem vorhandenen geringen Reizzustand des rechten Kniegelenks. Insgesamt bestehe keine orthopädische-/traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (act. 273, S. 44).

7.3.4.2 Zu prüfen ist im Folgenden, ob in den vorliegenden Berichten wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. dazu BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteile 9C_793/2015 vom 19. August 2016 E. 4.1, in: SVR 2017 IV Nr. 7 S. 19; 8C_630/2020 vom 28. Januar 2021 E. 4.2.1; 8C_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2). Wie nachfolgend darzulegen ist, steht die Schlussfolgerung der orthopädischen Gutachterin, wonach die Beschwerdeführerin ab Dezember 2018 ihre Erwerbstätigkeit vollkommen wiedererlangt habe, im Widerspruch zu den Feststellungen der behandelnden Ärzte:

C-3910/2021 Seite 30 - Vorab hielt Dr. med. I._____ in seinem Bericht vom 28. Dezember 2020 explizit fest, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem rechten Knie weiterhin stark eingeschränkt sei. Es komme immer wieder zu Ergussbildungen und entzündlichen Reaktionen, welche sie in der Beweglichkeit und Belastbarkeit erheblich einschränkten (act. 290). - Dr. med. K._____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Klinik Ff._____, [...]), führte mit Bericht vom 6. Januar 2021 aus, dass sich während der Ausheilungsphase eine schmerzhafte Patella Baja durch Verkürzung des Ligamentum patellae mit chronischer Entzündung eingestellt habe. Zur Korrektur der Patella baja und damit zur Entlastung des erhöhten retropatellären Anpressdrucks empfehle er eine Tuberositas-Osteotomie mit Cranialisierung der Ansatzstelle um ca. 8 mm (act. 292). - Dr. H._____ hielt in seinem Bericht vom 4. Februar 2021 fest, dass die multifunktionellen Dysfunktionen der Wirbelsäule sowie insbesondere des Kniegelenks immer wieder zu hartnäckigen Schmerzattacken geführt hätten. Objektiv zeigten sich

immer wieder sehr starke Muskel- verspannungen, eine lokale Schwellung über dem Knie, eine Becken- dispersion sowie palpable Schmerzpunkte in der ischiocruralen Mus- kulatur. Wie orthopädisch bestätigt, sei das Kniegelenk nach wie vor noch nicht in Ordnung und eine weitere Operation sei absehbar. Laut seiner Einschätzung sei die Beschwerdeführerin in ihrem momentanen Zustand höchstens zu 50 % arbeitsfähig (act. 293). - Im Zuge der am 1. März 2021 vorgenommenen Computertomografie des rechten Kniegelenks wurde eine tiefe Dehiszenz des tibialen Pro- thesenmaterials befundet, welche darüber hinaus posteromedial den medialen Rand der Tibia um bis zu 5 mm überrage. Es sei insgesamt eher von einer primären Fehllage/Fehlplatzierung als von einem sekun- dären Einsinken des Materials auszugehen (act. 297). - Dr. med. Y. _____ bestätigte mit Bericht vom 14. September 2021, dass die mediale Teilprothese mechanisch falsch positioniert worden sei und ein medialer Überhang des Tibiaplateaus bestehe. Von weite- ren Physiotherapien zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sei einstweilen abzusehen. Vielmehr müsse das Grundproblem, nämlich die falsch implantierte Teilprothese, angegangen werden, zumal die Beschwerdeführerin ebenfalls die Operation wünsche (Beilage 10 zu BVGer-act. 10).

C-3910/2021 Seite 31 - Mit Austrittsbericht vom 21. Januar 2022 hielten die verantwortlichen Ärzte des Spitals Aa. _____ fest, dass sie am 17. Januar 2021 einen kompletten Wechsel der Knie-Totalprothese vorgenommen hätten. Überdies führten sie aus, dass bei der Beschwerdeführerin multiple Genvarianten und eine veränderte Schmerzperzeption (mit Erstdiag- nose vom 3. Juli 2021) bestehe (Beilage 9 zu BVGer act. 10). Gut- achterlich nicht geklärt ist vorliegend, inwieweit sich diese Diagnose insbesondere in der Zeit von September 2018 bis zum Erlass der Ver- fügung und auch für die Zeit danach auf die Leistungsfähigkeit der Be- schwerdeführerin auswirkt. 7.3.4.3 Mit Blick auf die vorstehenden Arztberichte lässt sich die gutachter- lich getroffene Annahme der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfä- higkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ab Anfang Dezember 2018 nicht aufrechterhalten. Es bestehen mithin offensichtliche Widersprüche, welche der gutachterlichen Klärung bedürfen. 7.3.4.4 Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdeführerin mit Recht einwendet, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht innerhalb dreier Mo- nate seit der Implantation der Knieprothese im September 2018 verbessert habe, weil bei ihr bereits im August 2019 eine chronische Reizsymptomatik des rechten Kniegelenks bei posttraumatischer Gonarthrose diagnostiziert worden sei (Rz. 11 f. der Beschwerdeschrift, BVGer-act. 1), weshalb die gutachterliche Begründung der attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit nicht überzeugt. Zum einen wird gut- achterlich nicht aufgezeigt, wie sich die wiederkehrende Reizsymptomatik und die während der Heilungsphase aufgetretene Patella baja auf die Ar- beitsfähigkeit auswirkt. Zum andern erscheint die Schlussfolgerung der or- thopädischen Gutachterin, wonach trotz der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im rechten Kniegelenk „von orthopädisch-traumato- logischer Seite“ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Gut- achten, act. 273, S. 46), insbesondere auch vor dem Hintergrund der vor- stehend dargelegten Arztberichte (E. 7.3.4.2) als nicht nachvollziehbar be- gründet. Dies zumal angesichts der schmerzhaften medialen Knieteilpro- these mit entsprechendem Leidensdruck noch vor Erlass der Verfügung die Indikation zum kompletten Knieteilprothesenersatz gestellt wurde (vgl. act. 300, 304), wobei der operative Eingriff am 17. Januar 2022 in der Folge auch tatsächlich vorgenommen wurde (BVGer-act. 10, Beilage 9).

C-3910/2021 Seite 32 7.3.4.5 Soweit RAD-Ärztin Dr. med. Q._____ in den übereinstimmenden funktionellen Untersuchungsbefunden der begutachtenden und der behandelnden Ärzteschaft eine objektivierbare, gut gebliebene Kniefunktion erblickt (insb. flüssiges Gangbild, vorhandene Kniestabilität, Kniebeweglichkeit mit Flexion/Extension von 125° resp. 130°/0°/0°; vgl. dazu act. 166, S. 9, 273 S. 41 ff., 275, 292, 296), welche ab dem 3. Dezember 2018 die gutachterlich festgestellte 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit rechtfertigt (vgl. act. 302, 304), kann ihr nicht gefolgt werden. Dies zumal die RAD-Stellungnahmen nicht auf eigenen Untersuchungen basieren und vorliegend darüber hinaus auch nicht von einem im Wesentlichen an sich bereits feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden darf. Denn rechtsprechungsgemäss setzt eine reine Aktenbeurteilung des RAD voraus, dass sich der Gutachter dabei auf einen an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt stützen kann (Urteile des BGer 8C_206/2017 vom 9. Juni 2017; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 170, U 245/05 E. 3.4 i.f. m.H.). Hinzu kommt, dass die RAD-Ärztin als Fachärztin der Allgemeinen Inneren Medizin einen medizinischen Sachverhalt ausserhalb ihres Fachgebietes beurteilt hat. Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt rechtsprechungsgemäss unter anderem davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (Urteil des BGer 8C_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3 m.w.H.). Daraus folgt, dass die RAD-Stellungnahmen ebenfalls nicht beweiswertig sind. 7.3.4.6 Aus dem vorstehend Dargelegten folgt, dass dem orthopädischen D._____-Teilgutachten mit Blick auf die dargelegten ungeklärten Widersprüche keine Beweiskraft zukommt. 7.3.5 Die verfügende Behörde hat jeweils bereits im Verwaltungsverfahren von Amtes wegen zu prüfen, ob ein Gutachten mit den medizinischen und den aktuellen rechtlichen Vorgaben im Einklang steht. Es steht ihr dafür jeweils ein eigener regionalärztlicher Dienst zur Verfügung. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit ist die medizinische

C-3910/2021 Seite 33 und rechtliche Qualität eines neu erstellten Gutachtens zeitnah zu überprüfen. Diese Vorgehensweise ermöglicht die zeitnahe Rückfrage bei den Experten. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das menschliche Erinnerungsvermögen vor allem mit Bezug auf Einzelheiten eines Geschehens relativ rasch verblasst (Urteil des EVG U 26/00 vom 21. August 2001 E. 1 b). Die Gutachter sind in einem ersten Schritt um Erläuterung oder Ergänzung der mangelhaften Stellen zu ersuchen. Bleibt das Begutachtungsergebnis weiterhin ungenügend, so ist erst subsidiär in einem nächsten Schritt eine Neubegutachtung im Verwaltungsverfahren in die Wege zu leiten. Die konkret erhobenen, ausführlich begründeten Rügen waren der Vorinstanz vorliegend bereits vor Erlass der Verfügung bekannt. In der nachfolgenden Beurteilung hielt der medizinische Dienst eine zusätzliche medizinische Abklärung weiterhin für nicht notwendig. Eine nachfolgende rechtliche Auseinandersetzung mit den beweisrechtlichen Aspekten zum Gutachten ist nicht aktenkundig. Im vorliegenden Fall hätten die bestehenden Mängel (insbesondere die Folgen der Fehloperation, die regelmässigen Schmerzattacken und Ergussbildungen) zum damaligen Zeitpunkt allenfalls noch durch entsprechende Rückfragen beim orthopädischen Gutachter behoben werden können.

Werden die Mängel indes erstmals im Zuge des Beschwerdeverfahrens vertieft geprüft, so kann regelmässig – so auch hier – selbst auf an sich beweiskräftige Teilgutachten nicht mehr abgestellt werden, da sie in zeitlicher Hinsicht keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage für die erneute Konsensbeurteilung und den Erlass einer neuen Verfügung mehr bildet (Urteil des BGer 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 6; Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 14. April 2017 E. 6.2). 7.4 Nachdem sich auch die ergänzenden RAD-Stellungnahmen vom 30. Juni und 16. Juli 2021 nicht als beweiskräftig erwiesen haben, ist die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen. Der rechtserhebliche Sachverhalt ist damit unvollständig festgestellt, so dass die angefochtene Verfügung aufzuheben ist.

C-3910/2021 Seite 34 8. 8.1 Steht – wie hier – fest, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist, so ist nach der mit BGE 137 V 210 begründeten Rechtsprechung grundsätzlich eine Begutachtung durch das Gericht in die Wege zu leiten. Gerichtliche Expertisen sind nach dieser Rechtsprechung insbesondere angezeigt, wo der im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobene medizinische Sachverhalt überhaupt gutachterlich abklärungsbedürftig ist oder ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) bleibt allerdings möglich, wenn sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt oder wenn lediglich eine Klärung, Präzisierung oder Ergänzung gutachterlicher Ausführungen erforderlich ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die regelmässige Einholung medizinischer Gerichtsgutachten entspricht allerdings nicht dem für das Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung gesetzlich vorgesehenen System der Verwaltungsrechtspflege schweizerischen Zuschnitts (BGE 137 V 210 E. 2.2.2). Eine regelmässige Einholung von Gerichtsgutachten ist auch nicht unbedingt erforderlich, um das Abklärungsverfahren verfassungs- und konventionskonform auszugestalten. Eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene ist – von der staatspolitischen Tragweite einer solchen grundsätzlichen, dem Gesetzgeber vorbehaltenen Grundsatzentscheidung abgesehen – auch sachlich gar nicht wünschbar. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfahrensweg abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde mithin die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Die Verwaltung soll nicht dazu

C-3910/2021 Seite 35 verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu MIRIAM LENDFERS, Sachverständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht

2016, S. 187). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten im Beschwerdeverfahren genommen; der doppelte Instanzenzug bliebe diesbezüglich nicht gewahrt. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass die bestehenden Mängel zum damaligen Zeitpunkt allenfalls noch durch entsprechende Rückfragen beim Experten hätten behoben werden können. Werden die Mängel indes erstmals im Zuge des Beschwerdeverfahrens vertieft geprüft, so kann regelmäßig – so auch hier – selbst auf an sich beweiskräftige Teilgutachten nicht mehr abgestellt werden, da sie in zeitlicher Hinsicht keine rechtsgenüßliche Entscheidungsgrundlage für die erneute Konsensbeurteilung und den Erlass einer neuen Verfügung mehr bilden (Urteil des BGer 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 6; Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.2). Aus dem Gesagten folgt, dass eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen auch mit Blick auf die genannte Unterlassung geboten ist (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1 und 6.2). 9. Zu prüfen ist im Weiteren, ob die Vorinstanz zu Recht auf eine Abklärung der Statusfrage verzichtet hat, obwohl aus den Akten hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin im November 2020 Mutter geworden ist (BVGer-act. 1 Beilage 8, vgl. act. 273 S. 88).

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