

BVGer C-4118/2020 vom 18. Februar 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4118_2020

FR: TAF C-4118/2020 du 18 février 2022

IT: TAF C-4118/2020 del 18 febbraio 2022

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 IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz 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 (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton B._____ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Deutschland Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons B._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2020 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen. Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Materiell liegt

C-4118/2020 Seite 6 nur eine Verfügung vor (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.3.2 und 2.3.4). Rechtsprechungsgemäss bildet die Verfügung über eine abgestufte Invalidenrente insgesamt den Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (BGE 125 V 413 E. 2d; 131 V 164 E. 2.2; Urteil des BGer 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.2). Folglich bildet die Verfügung, mit

der die Vorinstanz der Beschwerdeführerin eine ganze Rente vom 1. Februar 2018 bis 30. September 2019 und eine Viertelsrente ab 1. Oktober 2019 zugesprochen hat, das Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Nachdem das erste Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin mit Verfügung der kantonalen IV-Stelle abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän- dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver- fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsangehörige. Aufgrund ih- res Wohnsitzes in Deutschland besteht in räumlicher Hinsicht ein internati- onaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das Freizügigkeitsabkom- men vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ge- mäss 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 Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten an- wendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungs- vorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Ur- teil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

C-4118/2020 Seite 7

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleis- tet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [IV-act. 76]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 5.1

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 Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

C-4118/2020 Seite 8

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 5.4

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades 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). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2).

E. 5.5

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141

V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbefehlende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision

C-4118/2020 Seite 9 nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, 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).

E. 5.6

Art. 17 Abs. 1 ATSG gilt auch im Rahmen der rückwirkenden Zusprennung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden. In solchen Fällen ist der Sachverhalt zum Zeitpunkt des Beginns der Rente mit demjenigen anlässlich der Herabsetzung oder Aufhebung beziehungsweise der Aufhebung der Rente zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des BGer 9C_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

E. 5.7

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 5.8

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanmeldung erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhaltes – bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine

erstmalige

C-4118/2020 Seite 10 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 Gesundheitszustandes 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 mit Hinweisen).

E. 5.9

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Auf Berichte des RAD kann rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlussigkeit 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. September 2016 E. 4.1).

E. 6

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom

E. 6.1

Die Vorinstanz hielt im Begründungsteil der angefochtenen Verfügung fest, dass der Beschwerdeführerin gemäss der Beurteilung des RAD die

C-4118/2020 Seite 11 bisherige Tätigkeit als Katechetin wie auch jede andere Tätigkeit seit

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass die Vorinstanz nicht begründet habe, weshalb sich ihr Gesundheitszustand seit dem 9. Juli 2019 (Untersuchung beim RAD) verbessert haben soll. Im Vorbescheid sei gar noch von einer Zustandsverbesserung ab der Entlassung aus der Therapie in (...) ausgegangen worden. Das stehe im Widerspruch zur Einschätzung des Zentrums D. _____. Die RAD-Ärzte seien auch nicht auf die aufgrund der Medikamente (unter anderem Opioide) bestehenden Konzentrationsprobleme eingegangen, die gegen das Unterrichten von Kindern sprechen würden. Auch könne sie sich nicht aussuchen, wann sie sich aufgrund der Schmerzen hinlegen müsse. Eigentlich müsste sie sich eine Stunde vor Unterrichtsbeginn hinlegen, damit sie dann allenfalls die Kraft habe, eine Stunde zu unterrichten. Sie habe selber keine gesundheitliche Verbesserung erfahren. Vielmehr würden die Schmerzen immer mehr auch in den Fuss ziehen. Seit Mai 2020 trage sie auch eine dynamische Fussheber-Orthese aus Karbon, da sie den linken Fuss nicht mehr kontrollieren könne. Auch seien Verschlechterungen der linken Hüfte feststellbar. Ein allfälliges Leistungsprofil, welches in der Verfügung nicht umschrieben sei, würde bestenfalls für eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt reichen, jedoch auch dort müsste eine angepasste Infrastruktur (Rollstuhl, Ruhemöglichkeit in einem Bett)

gegeben sein. Die wirtschaftliche Verwertbarkeit einer allfälligen Arbeitsfähigkeit sei nicht ersichtlich und sicher nicht bei einer Arbeit, die bei 100 % zu einem Lohn von Fr. 92'000.– führe. Zum RAD-Untersuchungsbericht führt die Beschwerdeführerin aus, dass die Untersuchungssituation für sie ausgesprochen schwierig und unangenehm gewesen sei. Dies habe bereits damit begonnen, dass kein rollstuhlgängiger Raum vorbereitet worden sei. Man habe sie mit dem Rollstuhl die Treppe hinauftragen müssen. Ferner sei es ihrer Mutter verboten worden, bei der Untersuchung dabei zu sein, was sehr bemühend gewesen sei, da zwei männliche Ärzte die Untersuchung vorgenommen hätten. Schliesslich habe auch nicht alles, was besprochen worden sei, Eingang in den Bericht gefunden.

C-4118/2020 Seite 12 7. Die rentenablehnende Verfügung vom 30. August 2012 beruhte auf der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im angestammten Beruf als Sigristin von 60 % und einer Einschränkung im Haushalt von 13.4 %. Sie basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen: 7.1 Laut einem Bericht der Klinik E. _____ vom 10. März 2008 war die Beschwerdeführerin dort vom 3. November bis 24. Dezember 2007 und vom 30. Dezember 2007 bis 7. Februar 2008 in stationärer Behandlung. Als Diagnosen wurden dissoziative Anfälle (F44.5), ein Depersonalisationssyndrom (F48.1) und eine leichte depressive Episode (F32.0) genannt. Es wurde berichtet, dass die Zuweisung aufgrund von Selbstverletzungen und psychogenen Anfällen erfolgt sei (IV-act. 6). 7.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Untersuchungsbericht vom 31. Januar 2012 eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10: F44.9) und ein anamnestisches Depersonalisationssyndrom (ICD-10: F48.1). Sie hielt fest, dass mit der Diagnose der dissoziativen Störung ein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Unter Zunahme von externen Belastungsfaktoren, wie zeitlichem Stress sowie unter Zunahme der externen emotionalen Reizexposition sei eine erneute Gefahr der Dekompensation in dissoziative Zustände und selbstschädigendes Verhalten gegeben. Aus diesem Grunde könne zum aktuellen Zeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 40 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sigristin sowie in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden, dies seit mindestens April 2008. Aktuell seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Eine Schadenminderungspflicht sei nicht aufzuerlegen, die Beschwerdeführerin befinde sich in fachgerechter Behandlung (IV-act. 15). 8. Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2020 lagen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. 8.1 Aus den Akten ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin in der Nacht auf den 28. September 2016 im Bett das Knie verdreht und danach über einschliessende Schmerzen im linken Knie geklagt habe. Die Beweglichkeit des Knies sei schmerzbedingt stark eingeschränkt gewesen (IV-

C-4118/2020 Seite 13 act. 45 S. 6). Im MRT des linken Knies vom 18. Oktober 2016 wurde eine Meniskusläsion festgestellt (IV-act. 45 S. 8). Am 14. November 2016 wurde im Zentrum G. _____ ambulant eine Arthroskopie (Knorpelglättung) am linken Knie durchgeführt. Postoperativ habe das Bein wieder vollständig gestreckt werden können (IV-act. 45 S. 10 f.). 8.2 Der behandelnde Orthopäde Prof. Dr. med. H. _____ hielt in seinem Bericht vom 14. Dezember 2016 fest, dass die arthroskopische Revision am 14. November 2016 wohl keinen wesentlichen Effekt erbracht habe. Das klinische Bild imponiere wie eine initiale CRPS (komplex regionales Schmerzsyndrom; «complex regional pain syndrom»). Auch die Befunde des angefertigten Röntgenbilds könnten einem

initialen CRPS zuzuordnen sein. Das angefertigte MRT (IV-act. 36 S. 7) ergebe keinesfalls eine Indikation zu einer erneuten operativen Intervention (IV-act. 36 S. 2). Am 18. Januar 2017 berichtete Prof. Dr. med. H._____, dass er nach wie vor davon ausgehe, dass bei der Beschwerdeführerin eine Veränderung im Sinne einer initialen CRPS am Kniegelenk vorliege (IV-act. 46 S. 9). 8.3 Dr. med. I._____, Fachärztin für Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 13. Januar 2017 fest, dass eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und eine tiefe Beinvenenthrombose links ausgeschlossen werden könnten (IV-act. 45 S. 14 f.). 8.4 Aufgrund von der Beschwerdeführerin geklagten anhaltenden Schmerzen, die vom Knie an abwärts die ganze untere Extremität betroffen und auch in den Oberschenkel ausgestrahlt hätten, wurde sie an das interdisziplinäre Schmerzzentrum des Klinikums J._____ verwiesen. Dort wurden am 3. Mai 2017 chronische Schmerzen im linken Knie, ein Zustand nach Arthroskopie 11/2016 sowie der Verdacht auf ein CRPS diagnostiziert (IV-act. 45 S. 18). Am 8. Mai 2017 wurde eine Ganzkörper-Skelettszintigraphie durchgeführt, die keinen Hinweis auf ein CRPS ergab (IV-act. 45 S. 16). 8.5 Im IV-Arztbericht vom 23. August 2017 hielt der Hausarzt Dr. med. K._____ fest, es bestehe der Verdacht auf einen Morbus Sudeck nach Kniedistorsion links (CRPS). Als Religionslehrerin sei die Beschwerdeführerin seit 6. Oktober 2016 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Ein Wiedereingliederungsversuch von Januar bis April 2017 mit 14 Stunden pro Woche (anstatt 32 Stunden pro Woche) sei abgebrochen worden (IV-act. 45).

C-4118/2020 Seite 14 8.6 Im IV-Arztbericht des behandelnden Orthopäden Prof. Dr. med. H._____ vom 29. August 2017 wurden folgende Diagnosen genannt: Instabilität und Schwellzustand sowie Hyperthermie des linken Kniegelenks bei lateralem Hyperkompressionssyndrom der Patella, Bone bruise im Bereich des körperfernen Femurs, leichte Knorpelschäden im Kniegelenk und Verdacht auf CRPS linkes Kniegelenk. Da ihm der aktuelle klinische und röntgenologische Untersuchungsbefund nicht bekannt sei, könne er zur Arbeitsfähigkeit keine Stellung nehmen (IV-act. 47). 8.7 Im Bericht des interdisziplinären Schmerzzentrums des Klinikums J._____ vom 29. August 2017, wo die Beschwerdeführerin von 30. August bis 15. September 2017 an einem stationären multimodalen Behandlungsprogramm teilnahm, wurden folgende Diagnosen genannt: – Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) – CRPS Typ 1 linkes Bein (M89.06, R20.8) – Zustand nach Arthroskopie im November 2016 nach Kniedistorsion links und Innenmeniskusläsion (Z98.8) – Beinschmerzen links (M25.56) – Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben, lange Krankschreibung (Z56) – Schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0) – Muskuläre Dysbalance (M62.99), Hüftschmerzen rechts – Gehbeschwerden, nur mit Gehstöcken mobilisierbar (R26.2) Im Bericht wurde erwähnt, dass die Beschwerdeführerin einen Rollstuhl für längere Strecken erhalten habe, um eine Entlastung des linken Beins zu erreichen, ohne den Bewegungsradius einzuschränken. Eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit sei bis auf weiteres schwer möglich (IV-act. 53 S. 6 ff.). 8.8 Im IV-Arztbericht vom 19. Oktober 2017 hielt Dr. med. L._____ vom interdisziplinären Schmerzzentrum des Klinikums J._____ als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ED 07/2017 (ICD-10: F45.41) ein CRPS Typ I linkes Bein mit schmerz- und funktionsbedingter deutlicher Beeinträchtigung der Mobilität (ICD-10: M89.06, R20.8, R26.2), ein Neglect Symptombeginn 11/2016 nach Distorsionstrauma und Arthroskopie und schmerzbedingte Ein- und

C-4118/2020 Seite 15 Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0) fest. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von April 2017 bis 31. Dezember 2017. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2018 sei eine erneute Beurteilung notwendig (IV-act. 53). 8.9 Die Beschwerdeführerin absolvierte vom 12. bis 27. April 2018 eine stationäre multimodale Behandlung im interdisziplinären Schmerzzentrum des Klinikums J._____. Im Bericht vom 27. April 2018 wurden folgende Diagnosen genannt (IV-act. 72): – Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) – CRPS Typ 1 linkes Bein, ED Ende 2016 (M89.06, R20.8) – Zustand nach Arthroskopie 11/2016 nach Kniedistorsion links und Innenmeniskusläsion (Z98.8) – Beinschmerzen links (M25.56) – Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben, lange Krankschreibung (Z56) – Schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0) – Hüftschmerzen rechts bei muskulärer Dysbalance (M62.99) – Gehbeschwerden, nur mit Gehstöcken mobilisierbar (R26.2) – Anamnestisch Panikattacken (F41.0) 8.10 Im weiteren Verlauf wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der kantonalen IV-Stelle von Fachärzten der C._____ in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Neurologie polydisziplinär begutachtet (IV-act. 86). 8.10.1 Im Gutachten vom 20. Dezember 2018 wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Unter Berücksichtigung aller Fachdisziplinen wurden die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt: – Unklare Funktionsstörung linkes Kniegelenk nach Kniegelenksdistorsion 27.09.2016 und arthroskopisch assistierter Knorpelglättung retropatellar vom 14.11.2016 – Nikotinabusus – Übergewicht (BMI 27 kg/m²)

C-4118/2020 Seite 16 8.10.2 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass die Diagnose CRPS anhand der vorliegenden und dokumentierten Befunde nicht bestätigt werden könne. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich nur eine funktionsbeschreibende Diagnose, ohne die eigentliche Ätiologie sicher zu kennen. Ein neurologisches Störungsbild, das zu den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Einschränkungen führe, bestehe nicht. Eine psychiatrische Erklärung für die Beschwerden gebe es ebenfalls nicht. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Die seit dem 6. Oktober 2016 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit könne aus polydisziplinärer Sicht nicht nachvollzogen werden. Bei der bisherigen Tätigkeit handle es sich um eine Lehrtätigkeit, die auch im Sitzen bei gleichzeitiger Ausstattung und Anwendung moderner Techniken durchgeführt werden könne. Eine Einschränkung in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei nicht begründbar. In Tätigkeiten im Haushalt sei die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nicht eingeschränkt. Es sei ihr zumutbar, 42.5 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, auch wenn sie im Aufgabenbereich (Haushalt) beansprucht sei. 8.11 Mit ihrem Einwand vom 21. März 2019 reichte die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht des Zentrums D._____ vom 21. Februar 2019 betreffend eine stationäre schmerztherapeutische Behandlung vom 10. Januar bis 21. Februar 2019 ein. Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädie, hielt als Diagnose ein CRPS Grad I linkes Knie/Bein (G90.51) mit hochgradiger Bewegungs- und Belastungseinschränkung (Chronifizierungsgrad III, MPSS) fest. Im Rahmen der sozialmedizinischen Epikrise wurde festgehalten, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit breitgefächerten Aufgaben eine Vielzahl von Tätigkeitsmerkmalen bedingen würde, die nicht mehr dem Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin entsprächen (vor allem langes Sitzen, Fortbewegen im Rollstuhl über Stufen bzw. auf Untergründen, die erschütterungsbedingt schmerzverstärkend seien, hohe Konzentrationsfähigkeit, die durch die zentralwirksamen

Analgetika stark beeinträchtigt sei). Quantitativ liege das Leistungsvermögen bei unter drei Stunden. Qualitativ wären allenfalls noch leichte Tätigkeiten im Sitzen zumutbar, ohne Erschütterungen bei Fortbewegung mit dem Rollstuhl, die Möglichkeit zum Einlegen betriebsunüblicher Pausen mit Erholungsmöglichkeit im Liegen und ohne erhöhte Anforderungen an Konzentration oder mnesticen Fähigkeiten. Quantitativ liege das Leistungsvermögen bei unter drei Stunden. Im Augenblick bestehe kein ausreichendes Leistungsvermögen, um regelmässig Erwerbstätigkeiten von wirtschaftlichem Wert zu verrichten (IV-act. 103 S. 2 ff.).

C-4118/2020 Seite 17 8.12 Die RAD-Ärzte Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. O. _____, Facharzt für Chirurgie, hielten in ihrem Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine hochgradige Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Beines bei CRPS I nach Arthroskopie linkes Knie (11/2016) und Status nach Knie-Distorsion links (UT: 09/2016) fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach Hysterektomie (2016). In ihrer bisherigen Tätigkeit als Katechetin mit dem geschilderten Aufgabenbereich bestehe keine Arbeitsfähigkeit seit November 2016. In einer angepassten Tätigkeit (sitzend ausgeübte rollstuhlgerechte leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne Knien, Kriechen, Hocken Kauern) sei seit 22. Februar 2019 (Entlassung aus der stationären Behandlung des Zentrums D. _____) eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben. Die Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei der Schmerzhaftigkeit im linken Bein sowie der Verlangsamung bei der Ausübung der Tätigkeiten geschuldet. Von November 2016 bis zum 21. Februar 2019 habe auch in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (IV-act. 107). 8.13 Der RAD-Arzt Dr. med. P. _____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seiner internen Stellungnahme vom 27. November 2019 fest, er empfehle, eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erst ab dem 9. Juli 2019 anzunehmen. Weiter empfehle er, bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für die wöchentlich je zwei Einheiten Physio- und Ergotherapie einen zusätzlichen Pausenbedarf von durchschnittlich einer Stunde pro Tag (fünf Stunden pro Woche = 12.5 %) zu berücksichtigen. Die Konzentrationsschwierigkeiten durch Medikamentenwirkung werde in der Leistungsminderung von 70 % mitberücksichtigt (IV-act. 138 S. 4 f.). 8.14 Mit ihrer Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin einen neuen Bericht von Dr. med. K. _____ vom 12. August 2020 ein. Dieser bestätigte die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Chronifizierungsgrad III, MPSS) und eines CRPS Typ I linkes Bein (Morbus Sudeck). Die Beschwerdeführerin habe am 5. Mai 2020 aufgrund einer Fussheberschwäche eine dynamische Carbonfussheber-Orthese erhalten, da sie den linken Fuss nicht mehr unter Kontrolle habe. Weiter habe sich durch das CRPS der Zustand der linken Hüfte verschlechtert. Hier würden ein vermehrter Brennschmerz und eine Druckempfindlichkeit auftreten. Auch hier könne ein erneutes CRPS kaum noch ausgeschlossen werden (BVGer-act. 1 Beilage 17).

C-4118/2020 Seite 18 9. Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht davon ausging, dass die Beschwerdeführerin von 14. November 2016 bis 8. Juli 2019 in ihrer angestammten Tätigkeit als Katechetin und auch in jeder anderen Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 100 % eingeschränkt gewesen, ihr aber aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 9. Juli 2019 eine den gesundheitlichen

Einschränkungen optimal angepasste Tätigkeit wieder in einem Pensum von 57.5 % zumutbar sei bzw. ob sie den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat. 9.1 Die Vorinstanz stellte in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die Einschätzung ihres RAD vom 25. Juli 2019 ab, wonach die Beschwerdeführerin an einer hochgradigen Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Beines bei CRPS I leide, die ihre Leistungs- und Arbeitsfähigkeit einschränke. Beim RAD-Bericht vom 25. Juli 2019 handelt es sich um einen Untersuchungsbericht nach Art. 49 Abs. 2 IVV und um kein Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG; sein Beweiswert ist aber mit jenem von Gutachten vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt (Urteil des BGer 8C_157/2021 vom 8. Juni 2021 E. 2.2). Ein solcher Bericht muss insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die RAD-Ärztinnen und -Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 8C_638/2020 vom 15. März 2021 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Der RAD-Bericht vom 25. Juli 2019 beruht auf eigenen fachärztlich-orthopädischen Untersuchungen und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Zu klären ist, ob er auch inhaltlich zu überzeugen vermag bzw. ob geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit am Ergebnis der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung bestehen. 9.2 Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Vor dem Hintergrund, dass im Gutachten der C._____ vom 20. Dezember 2018 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und das Vorliegen eines CRPS ausdrücklich verneint wurde, ist zunächst zu prüfen, ob die vom RAD gestellte CRPS-Diagnose überzeugt.

C-4118/2020 Seite 19 9.2.1 Mit dem Begriff «CRPS» (auch komplexes bzw. chronisches regionales Schmerzsyndrom oder Morbus Sudeck) wird in der Medizin ein post-traumatisches Krankheitsbild beschrieben, das sich, von einem blauen Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze Extremität oder eine grosse Körperregion betroffen ist. Auslösende Ursachen können unter anderem Gelenksdistorsionen aber auch beispielsweise ein Herzinfarkt sein. Die Diskrepanz zwischen dem eigentlichen, als Bagatelle anzusehenden auslösenden Trauma und den sich daran anschliessenden Folgen ist als dramatisch zu bezeichnen. Ätiologie und Pathogenese der CRPS sind unklar (Urteil des BGer 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5). Wenn es bei der Schädigung zu einer nachweisbaren Verletzung grösserer peripherer Nerven kommt, spricht man von CRPS II, andernfalls von CRPS I (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 9). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des BGer 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum, vgl. Urteil des BGer 8C_123/2018

vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweis auf Pschy- rembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1623). 9.2.2 Gemäss der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Di- agnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]» aus dem Jahr 2018 (abrufbar unter: www.awmf.org/leitlinien) erfordert die Stellung der Diagnose CRPS eine grosse Sorgfalt. Die folgenden vier Kri- terien («Budapest-Kriterien») müssen erfüllt sein, wobei ein besonderes Augenmerk auf das vierte Kriterium zu legen ist: 1) Anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt wird. 2) Die Patienten müssen über jeweils mindestens 1 Symptom aus 3 der 4 fol- genden Kategorien in der Anamnese berichten: a. Hyperalgesie (Überempfindlichkeit für Schmerzreize); «Hyperästhesie» (Überempfindlichkeit für Berührung, Allodynie) b. Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe

C-4118/2020 Seite 20 c. Asymmetrie des lokalen Schwitzens; Ödem d. Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, «Paresen» (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum 3) Bei den Patienten müssen jeweils mindestens 1 Symptom aus 2 der 4 fol- genden Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen: a. Hyperalgesie auf spitze Reize (z.B. Zahnstocher); Allodynie; Schmerz bei Druck auf Gelenke/Knochen/Muskeln b. Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe c. Asymmetrie des lokalen Schwitzens; Ödem d. Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, «Paresen» (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum 4) Eine andere Erkrankung erklärt die Symptomatik nicht hinreichend. Die Diagnose CRPS ist eine klinische Diagnose. Deshalb sind die Anam- neseerhebung sowie die klinische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte in der Diagnosefindung. Im Prinzip gilt, dass für die Diagnosestellung ärztlich erhobene und dokumentierte Befunde wich- tiger sind als die alleinige Beschwerdeschilderung. Ein wesentliches Merk- mal des CRPS ist, dass die Symptome «generalisieren», d.h. fast die ge- samte distale betroffene Extremität erfassen. Man muss fordern, dass die Diagnose CRPS in zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma erfolgt. Ein sinnvoller Zeitraum dabei wären ca. 2-3 Monate, dann müssen die Diagno- sekriterien erfüllt sein (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 10). Obwohl in den Diagnosekriterien nicht unbedingt gefordert, sollte die Hauttemperatur mit geeigneten Instrumenten gemes- sen werden, alle anderen Symptome werden klinisch beurteilt. Um Punkt 4 beantworten zu können, müssen differenzialdiagnostisch insbesondere fol- gende Erkrankungen, die ein CRPS vortäuschen können, ausgeschlossen sein: Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Entzündungen (z.B. erregerbedingte Arthritiden, Infektionen nach Operationen, Polyneuri- tiden, Polyradikulitiden, Plexusschädigungen), thromboembolische Erkran- kungen, Kompartment- und Nervenkompressionssyndrome. Hierzu dienen unter anderem auch laborchemische Untersuchungen. Das CRPS selbst ist nicht durch Auffälligkeiten bei Routinelaborparametern wie z.B. CRP- Erhöhung oder BSG-Beschleunigung gekennzeichnet. Oft nicht einfach ist die Abgrenzung von den Folgen psychischer Erkrankungen, vor allem bei Vorliegen einer dissoziativen Störung mit autoaggressiven Handlungen. Der

C-4118/2020 Seite 21 Verlauf der Erkrankung sollte mit in der Schmerztherapie üblichen Metho- den unter Einschluss von Schmerzquantifizierung, Funktionsparametern (Kraft, Bewegungsumfang, Umfangsmessung) und vegetativen Funktions- störungen dokumentiert werden (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie

komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 12 f.). 9.2.3 Ein CRPS zu diagnostizieren, ist unbestritten schwierig, da keine (genaue, zuverlässige) Methode existiert, um die Erkrankung eindeutig festzustellen. Es ist daher zwingend auf die dargelegten Prüfkriterien abzustellen (vgl. Urteile des BVerG C-5111/2015 vom 27. Juni 2018 E. 6.2; C-117/2015 vom 23. Juni 2016 E. 5.3.7). Die medizinischen Sachverständigen haben die Diagnose einer CRPS daher so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, dass die Diagnosekriterien tatsächlich eingehalten sind. Für die Nachvollziehbarkeit der Diagnosefindung ist erforderlich, dass von der medizinischen Fachperson wenigstens kurz darlegt wird, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind.

9.3 Die RAD-Ärzte gehen im Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 davon aus, dass ein durch die Budapest-Kriterien nachgewiesenes CRPS I sicherlich vorliege. Sie führten aus, die klinischen Symptome würden knapp drei Jahre nach der Operation für das Vorliegen einer floriden CRPS I sprechen. Bei der Untersuchung vom 9. Juli 2019 hätten sich eine erhebliche Temperaturdifferenz zwischen dem linken und dem rechten Bein bis 5 Grad, eine Schwellung des linken Unterschenkels sowie des linken Oberschenkels mit einer Umfangvermehrung bis 3 cm sowie glänzende berührungsempfindliche Haut des Unterschenkels gefunden. Bei der gesamthaften Betrachtung habe bei der RAD-Untersuchung eine erheblich schmerzhaft eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit des linken Beines bestanden. Die sogenannten Budapest-Kriterien für das Vorliegen eines CRPS I seien erfüllt.

9.4 Gemäss den oben dargelegten Diagnosekriterien ist erforderlich, dass keine andere Erkrankung vorliegt, welche die Symptomatik erklärt (Kriterium 4). Laut den Leitlinien muss auf dieses Kriterium, wie erwähnt, ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Die RAD-Ärzte liessen die Frage, ob es keine andere Diagnose gibt, welche die Schmerzen erklärt, aber explizit unbeantwortet. Sie führten in diesem Zusammenhang zwar aus, dass sich das Augenmerk auf andere Erkrankungen richte, die ebenfalls vorliegen könnten. Sie gingen davon aus, dass das berichtete Schmerzsyndrom C-4118/2020 Seite 22 ohne weiteres auch durch Erkrankungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, durch Verwachsungen im abdominellen Bereich nach der Hysterektomie oder durch eine psychiatrische Erkrankung bedingt sein könnte. Eine weitere Abklärung durch Kernspintomographie der LWS, Abdomen- und Computertomografie bzw. neuropsychologische Untersuchung werde dringend vorgeschlagen. Abschliessend hielt der RAD fest, dass die Abklärung einer weiteren Erkrankung mit ähnlicher Symptomatik (lumbaler Bandscheibenvorfall, abdominelle Verwachsungen nach gynäkologischer Operation, Selbstbeschädigung) noch erfolgen werde. Die RAD-Ärzte haben damit verschiedene in Frage kommende Differentialdiagnosen genannt, ohne diese aber weiter zu diskutieren bzw. abzuklären. Für eine gesicherte CRPS-Diagnose müssten zunächst spezifische Differentialdiagnosen geprüft und ausgeschlossen werden, wobei im vorliegenden Fall angesichts der Anamnese auch der Beizug eines psychiatrischen Sachverständigen unerlässlich erscheint. Insgesamt ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die RAD-Ärzte die Diagnose eines CRPS gestellt haben, obwohl sie in Bezug auf eines der anerkannten Diagnosekriterien einen dringenden Abklärungsbedarf erkannt und spezifische Differentialdiagnosen nicht ausgeschlossen haben. Die von den RAD-Ärzten gestellte CRPS-Diagnose basiert damit auf einem unvollständig abgeklärten medizinischen Sachverhalt und überzeugt nur schon aus diesem Grund nicht.

9.5 Was die übrigen Diagnosekriterien (siehe oben E. 9.2.2) angeht, so erachteten die RAD-Ärzte diese gemäss dem Prüfraster im Untersuchungsbericht vom 25. Juni 2019 alle als erfüllt.

Sie haben es aber unter- lassen, dies jeweils zu begründen und die vorliegenden Symptome der Di- agnosekriterien 2 und 3 spezifisch zu bezeichnen. Für die CRPS-Diagnose müssen die jeweiligen Symptome sowohl anamnestisch wie auch im Zeit- punkt der Untersuchung vorliegen. 9.5.1 Die RAD-Ärzte gingen davon aus, dass in den Berichten des interdis- ziplinären Schmerzzentrums des Klinikums J._____ vom 27. April 2018 und des Zentrums D._____ vom 21. Februar 2019 eine chronische Schmerzstörung beim CRPS I des linken Beines ausführlich belegt werde. Auf den Inhalt dieser Berichte, insbesondere auf die darin beschriebenen Beschwerden und Befunde, gingen die RAD-Ärzte jedoch nicht ein. Es trifft zwar zu, dass von den behandelnden Ärzten ein CRPS diagnostiziert und mehrfach bestätigt wurde, entsprechende klinische Zeichen wie rötlich- blaue Hautfärbung, Differenzen der Hauttemperatur, auffälliger Haarwuchs – bei Angabe starker Schmerzen und Funktionsstörungen – wurden jedoch

C-4118/2020 Seite 23 nur diskret bzw. vereinzelt beschrieben (etwas glänzende Haut, Schwell- neigung nach mechanischen Reizen). Es fehlt dem RAD-Bericht daher auch an einer nachvollziehbaren Begründung bezüglich der anamnestisch vorliegenden Symptome und damit auch an einer Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs. 9.5.2 Im klinischen Untersuchungsbefund beschrieben die RAD-Ärzte am gesamten linken Unterschenkel eine massive Schwellung mit stark glän- zender und kühler Haut im Bereich der Tibiavorderkante und eine deutliche Kapselschwellung am linken Sprunggelenk. Die Umfangmessungen erga- ben am Unterschenkel 15 cm unterhalb des inneren Gelenkspaltes rechts 37 cm und links 39 cm, der kleinste Umfang am Unterschenkel betrug rechts 23 cm und links 24.5 cm. Die im klinischen Befund beschriebene kühle Haut im Bereich des Schienbeins ist anhand der vorgenommenen Temperaturmessung nicht nachvollziehbar, ergab diese im Bereich des Un- terschenkels eine Differenz von lediglich 0.2 Grad. Deutliche Temperatur- unterschiede wurden dagegen an den Füßen gemessen, was im klini- schen Untersuchungsbefund und der Beurteilung dagegen nicht erwähnt wurde. Eine Überempfindlichkeit auf Schmerzreize oder Berührungen wurde im Rahmen der klinischen Untersuchung soweit ersichtlich nicht überprüft, da die Beschwerdeführerin aufgrund starker Schmerzen eine Untersuchung des linken Beins nicht zuliess. Es ist daher davon auszuge- hen, dass die RAD-Ärzte eine Überempfindlichkeit allein gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und nicht aufgrund objektiv erhobener Untersuchungsbefunde bejaht haben. Zudem liess sich auch die demonstrierte Unmöglichkeit der aktiven Streckung des Knies nicht mit- tels einer passiven Bewegungsprüfung überprüfen bzw. objektivieren, wes- halb auch das Vorliegen dieses Symptoms nicht überprüfbar ist resp. nicht feststeht. 9.6 Die RAD-Ärzte wiesen in ihrem Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 zudem auf einige Inkonsistenzen hin. So seien bei der Beschwerde- führerin das Auskleiden und anschliessend das Ankleiden flüssig möglich gewesen. Sie habe 60 Minuten im Rollstuhl problemlos sitzen können. Das Gehen sei in der Untersuchungssituation auch ohne Gehstöcke möglich gewesen. Eine Auseinandersetzung mit diesen Inkonsistenzen bzw. eine Konsistenzprüfung haben die RAD-Ärzte aber nicht vorgenommen, was gerade im vorliegenden Fall unverzichtbar ist, da sie sich bei der Diagno- sestellung massgeblich auf subjektive Angaben der Beschwerdeführerin abstützten. Gerade bei Schmerzen, einer schwierig zu objektivierenden

C-4118/2020 Seite 24 Körperstörung, ist vor einer abschliessenden Beurteilung des Gesund- heitsschadens und der allenfalls daraus fliessenden Arbeitsunfähigkeit eine Konsistenzprüfung erforderlich (vgl. dazu AWMF-Leitlinie für die ärzt- liche Begutachtung

von Menschen mit chronischen Schmerzen, 4. Aufl. 2017, abrufbar unter: www.awmf.org/leitlinien). Dabei genügt es nicht, In- konsistenzen im Bericht nur zu benennen, diese sind vielmehr im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung bzw. der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung zu diskutieren und einzuordnen (vgl. EBNER ET AL., Begutachtungsleitlinie Versicherungsmedizin, 2020, S. 19; abrufbar unter: www.swiss-insurance-medicine.ch). Die Herleitung der CRPS-Diagnose durch den RAD ist auch vor diesem Hintergrund nicht schlüssig und nach- vollziehbar begründet. 9.7 Hinsichtlich der diagnostischen Einordnung der Schmerzen, der daraus allenfalls resultierenden Funktionseinschränkungen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – der zentralen Grundlage für die Invaliditätsbemes- sung – bestehen überdies erhebliche und nicht miteinander in Einklang zu bringende Differenzen zwischen der Einschätzung des RAD vom 25. Juli 2019 (Untersuchung am 9. Juli 2019) und dem polydisziplinären Gutachten vom 20. Dezember 2018 (Untersuchungen am 14. September, 20. Sep- tember und 2. Oktober 2018), das ebenfalls auf eingehenden fachärztli- chen Untersuchungen der Beschwerdeführerin basiert und in Kenntnis der Vorakten erging. 9.7.1 Im orthopädischen C._____ -Teilgutachten von Dr. med. Q._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin eine passive Untersuchung des linken Beins nicht zugelassen habe. Weder die Funktionen des Hüftgelenks, des Kniegelenks noch des Sprunggelenks hätten passiv überprüft werden können. Die objektiv gewonnenen Unter- suchungsbefunde am linken Bein wie Umfangmasse und klinisch erschei- nender Aspekt seien unauffällig gewesen. Es liessen sich keine signifikante Umfangsverminderung der Beinmuskulatur und auch keine Schwellung des Kniegelenks nachweisen. Die Tophik des linken Beines erscheine ge- genüber dem rechten Bein regelrecht. Zudem seien beide Beine gleich- mässig sonnengebräunt. Die Fusssohle links weise eine deutliche Verhor- nung auf, die über eine hohe Gangaktivität Zeugnis ablege. Zudem sei die Compliance bei der Untersuchung eingeschränkt gewesen. Aus orthopädi- scher Sicht bestünden erhebliche Zweifel an einer CRPS-Diagnose. Diese würde aktuell nicht durch die typischen Symptome bestätigt. Für die Diag- nosestellung eines CRPS sei der klinische Befund massgeblich, der eine

C-4118/2020 Seite 25 ausgeprägte Schwellung, Veränderung des Hautkolorits (bläulich, livide), Veränderungen der Hauttemperatur und lokal vermehrte Schweissbildung (sogenannte Budapest-Kriterien) aufweisen müsste. Keines dieser Krite- rien sei aber jemals dokumentiert worden. Die objektiven Messungen der Beinumfangs hätten keine signifikante Beinumfangsdifferenz ergeben. Der C._____ -Gutachter wies zudem auf verschiedene Inkonsistenzen hin. So toleriere die Beschwerdeführerin trotz vorliegender Allodynie der linken unteren Extremität UV-Strahlung, die ihr Hautkolorit sommerlich bräune. Klinisch habe sich seitengleich eine ausgeprägte Beschwielung der Fuss- sohlen gezeigt, die auf eine hohe Stand- oder Gangaktivität hinweise. Die- ser Widerspruch (zu den Angaben und dem Verhalten der Beschwerdefüh- rerin) lasse sich nicht auflösen. Der neurologische Gutachter hielt zudem fest, dass das Auftreten der Beschwerdeführerin und der neurologische Befund in einem nicht auflösbaren Widerspruch zueinander stünden. Die Parese der unteren Extremität, welche sie bei der Kraftprüfung angegeben habe, korreliere nicht mit dem unbeobachteten Bewegungsablauf (zügiges An- und Auskleiden, Aussteigen aus dem Rollstuhl). 9.7.2 Der RAD hat sich mit der bezüglich der Diagnosestellung und der Frage einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diametral abwei- chenden Einschätzung im C._____ -Gutachten, bei dem es sich um ein im Verfahren nach Art. 44

ATSG eingeholtes Gutachten externer Spezial-ärzte handelt, welchem grundsätzlich voller Beweiswert zuerkannt wird, so- lange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise spre- chen (vgl. E. 5.9 hiervor), nicht eingehend auseinandergesetzt. Die RAD-Ärzte haben nur darauf hingewiesen, dass die C. _____-Gutachter keine Temperaturmessung vorgenommen, aber trotzdem eine Überwärmung des linken Beins verneint hätten. Weiter hielt der RAD fest, dass der C. _____-Gutachter zwar hervorgehoben habe, dass das linke Bein der Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen kaum anzufassen gewesen sei, seiner Ansicht nach aber dennoch keine Gesundheitsschädigung vor- liege. Aufgrund dieser knappen Ausführungen lassen sich die bestehenden Abweichungen zwischen den beiden fachärztlichen Einschätzungen für ei- nen medizinischen Laien nicht nachvollziehen, dies auch deshalb, weil sich die RAD-Ärzte zu diskrepanten Befunden (z.B. abweichende Umfänge des linken Beins, unterschiedlicher Befund betreffend Beschwellung des linken Fusses) nicht erklärend geäußert haben. Damit enthält der RAD-Untersu- chungsbericht keine angemessene, nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der abweichenden Meinung der Vorgutachter der C. _____, so stellt

C-4118/2020 Seite 26 dies ein weiteres (konkretes) Indiz gegen die Zuverlässigkeit ihrer Ein- schätzung dar (vgl. Urteil des BGer 9C_288/2020 vom 10. März 2021 E. 3.4). 9.8 Schliesslich vermag auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die RAD-Ärzte nicht zu überzeugen. Zunächst haben sie im Untersu- chungsbericht vom 25. Juli 2019 nicht nachvollziehbar begründet, weshalb die Beschwerdeführerin ihrer Ansicht nach im Zeitraum von November 2016 bis zur Entlassung aus der stationären Schmerztherapie am 21. Feb- ruar 2019 vollständig arbeitsunfähig gewesen und danach ab 22. Februar 2019 in angepassten Tätigkeiten wieder zu 70 % arbeitsfähig sein soll. Auch der Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. P. _____ vom 27. No- vember 2019, in der die Arbeitsfähigkeit (von 70%) in einer angepassten Tätigkeit erst ab 9. Juli 2019 (Datum der Untersuchung beim RAD) ange- nommen wurde, lässt sich keine entsprechende Begründung entnehmen. Weiter fehlt es mit Blick darauf, dass die im Sinne einer Reduktion abge- stufte Rente eines Revisionsgrundes im Sinn von Art. 17 ATSG bedarf, an einer Feststellung einer anspruchrelevanten Verbesserung des Gesund- heitszustandes der Beschwerdeführerin. Der RAD-Untersuchungsbericht äussert sich nicht zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Befund- lage. Vielmehr beschränkten sich die RAD-Ärzte darauf, den gegenwärtigen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu beschreiben und zu analysieren, ohne diesen in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Der RAD legte da- mit nicht in hinreichender Weise dar, inwiefern eine effektive Veränderung der gesundheitlichen Situation am 21. Februar 2019 bzw. 9. Juni 2019 stattgefunden haben soll. Allein aus dem Umstand, dass die Beschwerde- führerin am Ende der Rehabilitation angab, die Schmerzen im linken Bein hätten sich von anfangs durchschnittlich NRS 7-8 zuletzt auf 5-6 gebessert (wobei immer wieder belastungsabhängige Spitzen von bis NRS 9 auftre- ten würden), lässt nicht auf eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustands schliessen, insbesondere weil sich aus dem Aus- trittsbericht des Zentrums D. _____ vom 21. Februar 2019 keinerlei ob- jektiv fassbaren Hinweise auf eine massgebende Veränderung des ge- sundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin ergeben. Insgesamt ist die Einschätzung damit auch im Hinblick auf die Feststellung einer revisi- onsbegründenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht beweis- kräftig. 9.9 Aus dem Dargelegten folgt, dass die Herleitung der CRPS-Diagnose des RAD sowie dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

insgesamt nicht

C-4118/2020 Seite 27 nachvollzogen werden kann, womit (zumindest geringe) Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung gegeben sind. Hierzu ist auch festzuhalten, dass die blossе Möglichkeit eines Gesundheitsschadens im Sinne einer klinisch nicht hinreichend gesicherten Annahme für dessen Bejahung nicht genügt (Urteil des BGer 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 5.2). Für die Leistungsbeurteilung kann somit nicht auf den Untersuchungsbericht des RAD vom 25. Juli 2019 und die ergänzende Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. P. _____ vom 27. November 2019 abgestellt werden. 9.10 Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf das polydisziplinäre C. _____-Gutachten nicht möglich. In Bezug auf die Beurteilung einer CRPS bestehen – wie sich aus den obigen Ausführungen ergibt – nicht aufgelöste Diskrepanzen zwischen den Beurteilungen der C. _____-Gutachter und den RAD-Ärzten, was konkrete Zweifel an den Ergebnissen im C. _____-Gutachten weckt. Der orthopädische Gutachter hat zudem den Ausschluss der Diagnose CRPS nur sehr knapp begründet und hat die Diagnosekriterien nicht systematisch abgearbeitet. Er ist auch nicht genügend detailliert auf die ausführlichen Berichte der stationären Schmerztherapien, insbesondere der darin erhobenen Befunde, eingegangen. Wie der RAD zudem zu Recht darauf hinweist, hat der C. _____-Gutachter einen Temperaturunterschied verneint, ohne eine entsprechende Messung durchgeführt zu haben. Weiter fehlt es im psychiatrischen C. _____-Gutachten an einer Auseinandersetzung mit den orthopädisch und neurologisch nicht erklärbaren massiven Schmerzen der Beschwerdeführerin. Insbesondere zur in den Vorakten dokumentierten Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung hat sich der Experte des C. _____ mit keinem Wort geäussert. Auch die von der Beschwerdeführerin beklagten kognitive Störungen (Konzentration- und Gedächtnisstörung) als Folge der Schmerzen und der starken Medikamente hat er nur sehr oberflächlich abgehandelt. Weiter hat er die vom orthopädischen und neurologischen Gutachter festgestellten Inkonsistenzen nicht diskutiert und eingeordnet. 9.11 Schliesslich erlauben auch die Berichte des interdisziplinären Schmerzzentrums des Klinikums J. _____ vom 3. Mai 2017 und 29. August 2017 sowie des Zentrums D. _____ vom 21. Februar 2019 keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs, da diese den Anforderungen an beweismässige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen. Insbesondere enthalten sie keine begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Abgesehen davon ist auch

C-4118/2020 Seite 28 dem Grundsatz Rechnung zu tragen, dass Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014, E. 4.4.3). 10.

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 10.1 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige

Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend insbesondere in Bezug auf die laut RAD dringender erforderliche Abklärung weiterer Erkrankungen (Diagnosekriterium 4), die ähnliche Symptomaten wie ein CRPS zeigen, der Fall ist. Auch die Frage nach dem Vorliegen einer allfälligen Schmerzstörung ist noch völlig ungeklärt. Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). 10.2 Aufgrund des Ausgeführten ist die Vorinstanz in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen In-

C-4118/2020 Seite 29 nere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, 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 BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BVer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). 10.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BVer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle – vorliegend unter Ausschluss des C._____ – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 10.4 Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung(en) vom 19. Juni 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. 11.

E. 7

Die rentenablehnende Verfügung vom 30. August 2012 beruhte auf der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im angestammten Beruf als Sigristin von 60 % und einer Einschränkung im Haushalt von 13.4 %. Sie basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen:

E. 7.1

Laut einem Bericht der Klinik E. _____ vom 10. März 2008 war die Beschwerdeführerin dort vom 3. November bis 24. Dezember 2007 und vom 30. Dezember 2007 bis 7. Februar 2008 in stationärer Behandlung. Als Diagnosen wurden dissoziative Anfälle (F44.5), ein Depersonalisationssyndrom (F48.1) und eine leichte depressive Episode (F32.0) genannt. Es wurde berichtet, dass die Zuweisung aufgrund von Selbstverletzungen und psychogenen Anfällen erfolgt sei (IV-act. 6).

E. 7.2

Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Untersuchungsbericht vom 31. Januar 2012 eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10: F44.9) und ein anamnestisches Depersonalisationssyndrom (ICD-10: F48.1). Sie hielt fest, dass mit der Diagnose der dissoziativen Störung ein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Unter Zunahme von externen Belastungsfaktoren, wie zeitlichem Stress sowie unter Zunahme der externen emotionalen Reizexposition sei eine erneute Gefahr der Dekompensation in dissoziative Zustände und selbstschädigendes Verhalten gegeben. Aus diesem Grunde könne zum aktuellen Zeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 40 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sigristin sowie in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden, dies seit mindestens April 2008. Aktuell seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Eine Schadenminderungspflicht sei nicht aufzuerlegen, die Beschwerdeführerin befinde sich in fachgerechter Behandlung (IV-act. 15).

E. 8

Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2020 lagen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor.

E. 8.1

Aus den Akten ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin in der Nacht auf den 28. September 2016 im Bett das Knie verdreht und danach über einschiessende Schmerzen im linken Knie geklagt habe. Die Beweglichkeit des Knies sei schmerzbedingt stark eingeschränkt gewesen (IV-act. 45 S. 6). Im MRT des linken Knies vom 18. Oktober 2016 wurde eine Meniskusläsion festgestellt (IV-act. 45 S. 8). Am 14. November 2016 wurde im Zentrum G. _____ ambulant eine Arthroskopie (Knorpelglättung) am linken Knie durchgeführt. Postoperativ habe das Bein wieder vollständig gestreckt werden können (IV-act. 45 S. 10 f.).

E. 8.2

Der behandelnde Orthopäde Prof. Dr. med. H. _____ hielt in seinem Bericht vom 14. Dezember 2016 fest, dass die arthroskopische Revision am 14. November 2016 wohl keinen wesentlichen Effekt erbracht habe. Das klinische Bild imponiere wie eine initiale CRPS (komplex regionales Schmerzsyndrom; «complex regional pain syndrom»). Auch die Befunde des angefertigten Röntgenbilds könnten einem initialen CRPS zuzuordnen sein. Das angefertigte MRT (IV-act. 36 S. 7) ergebe keinesfalls eine Indikation zu einer erneuten operativen Intervention (IV-act. 36 S. 2). Am 18. Januar 2017 berichtete Prof. Dr. med. H. _____, dass er nach wie vor davon ausgehe, dass bei der Beschwerdeführerin eine Veränderung im Sinne einer initialen CRPS am Kniegelenk vorliege (IV-act. 46 S. 9).

E. 8.3

Dr. med. I._____, Fachärztin für Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 13. Januar 2017 fest, dass eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und eine tiefe Beinvenenthrombose links ausgeschlossen werden könnten (IV-act. 45 S. 14 f.).

E. 8.4

Aufgrund von der Beschwerdeführerin geklagten anhaltenden Schmerzen, die vom Knie an abwärts die ganze untere Extremität betroffen und auch in den Oberschenkel ausgestrahlt hätten, wurde sie an das interdisziplinäre Schmerzzentrum des Klinikums J._____ verwiesen. Dort wurden am 3. Mai 2017 chronische Schmerzen im linken Knie, ein Zustand nach Arthroskopie 11/2016 sowie der Verdacht auf ein CRPS diagnostiziert (IV-act. 45 S. 18). Am 8. Mai 2017 wurde eine Ganzkörper-Skelettszintigraphie durchgeführt, die keinen Hinweis auf ein CRPS ergab (IV-act. 45 S. 16).

E. 8.5

Im IV-Arztbericht vom 23. August 2017 hielt der Hausarzt Dr. med. K._____ fest, es bestehe der Verdacht auf einen Morbus Sudeck nach Kniedistorsion links (CRPS). Als Religionslehrerin sei die Beschwerdeführerin seit 6. Oktober 2016 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Ein Wiedereingliederungsversuch von Januar bis April 2017 mit 14 Stunden pro Woche (anstatt 32 Stunden pro Woche) sei abgebrochen worden (IV-act. 45).

E. 8.6

Im IV-Arztbericht des behandelnden Orthopäden Prof. Dr. med. H._____ vom 29. August 2017 wurden folgende Diagnosen genannt: Instabilität und Schwellzustand sowie Hyperthermie des linken Kniegelenks bei lateralem Hyperkompressionssyndrom der Patella, Bone bruise im Bereich des körperfernen Femurs, leichte Knorpelschäden im Kniegelenk und Verdacht auf CRPS linkes Kniegelenk. Da ihm der aktuelle klinische und röntgenologische Untersuchungsbefund nicht bekannt sei, könne er zur Arbeitsfähigkeit keine Stellung nehmen (IV-act. 47).

E. 8.7

Im Bericht des interdisziplinären Schmerzzentrums des Klinikums J._____ vom 29. August 2017, wo die Beschwerdeführerin von 30. August bis 15. September 2017 an einem stationären multimodalen Behandlungsprogramm teilnahm, wurden folgende Diagnosen genannt: - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - CRPS Typ 1 linkes Bein (M89.06, R20.8) - Zustand nach Arthroskopie im November 2016 nach Kniedistorsion links und Innenmeniskusläsion (Z98.8) - Beinschmerzen links (M25.56) - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben, lange Krankschreibung (Z56) - Schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0) - Muskuläre Dysbalance (M62.99), Hüftschmerzen rechts - Gehbeschwerden, nur mit Gehstöcken mobilisierbar (R26.2) Im Bericht wurde erwähnt, dass die Beschwerdeführerin einen Rollstuhl für längere Strecken erhalten habe, um eine Entlastung des linken Beins zu erreichen, ohne den Bewegungsradius einzuschränken. Eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit sei bis auf weiteres schwer möglich (IV-act. 53 S. 6 ff.).

E. 8.8

Im IV-Arztbericht vom 19. Oktober 2017 hielt Dr. med. L._____ vom interdisziplinären Schmerzzentrum des Klinikums J._____ als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ED 07/2017 (ICD-10: F45.41) ein CRPS Typ I linkes Bein mit schmerz- und funktionsbedingter deutlicher Beeinträchtigung der Mobilität

(ICD-10: M89.06, R20.8, R26.2), ein Neglect Symptombeginn 11/2016 nach Distorsionstrauma und Arthroskopie und schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0) fest. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von April 2017 bis 31. Dezember 2017. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2018 sei eine erneute Beurteilung notwendig (IV-act. 53).

E. 8.9

Die Beschwerdeführerin absolvierte vom 12. bis 27. April 2018 eine stationäre multimodale Behandlung im interdisziplinären Schmerzzentrum des Klinikums J._____. Im Bericht vom 27. April 2018 wurden folgende Diagnosen genannt (IV-act. 72): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - CRPS Typ 1 linkes Bein, ED Ende 2016 (M89.06, R20.8) - Zustand nach Arthroskopie 11/2016 nach Kniedistorsion links und Innenmeniskusläsion (Z98.8) - Beinschmerzen links (M25.56) - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben, lange Krankschreibung (Z56) - Schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0) - Hüftschmerzen rechts bei muskulärer Dysbalance (M62.99) - Gehbeschwerden, nur mit Gehstöcken mobilisierbar (R26.2) - Anamnestisch Panikattacken (F41.0)

E. 8.10

Im weiteren Verlauf wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der kantonalen IV-Stelle von Fachärzten der C.____ in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Neurologie polydisziplinär begutachtet (IV-act. 86).

E. 8.10.1

Im Gutachten vom 20. Dezember 2018 wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Unter Berücksichtigung aller Fachdisziplinen wurden die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt: - Unklare Funktionsstörung linkes Kniegelenk nach Kniegelenksdistorsion 27.09.2016 und arthroskopisch assistierter Knorpelglättung retropatellar vom 14.11.2016 - Nikotinabusus - Übergewicht (BMI 27 kg/m²)

E. 8.10.2

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass die Diagnose CRPS anhand der vorliegenden und dokumentierten Befunde nicht bestätigt werden könne. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich nur eine funktionsbeschreibende Diagnose, ohne die eigentliche Ätiologie sicher zu kennen. Ein neurologisches Störungsbild, das zu den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Einschränkungen führe, bestehe nicht. Eine psychiatrische Erklärung für die Beschwerden gebe es ebenfalls nicht. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Die seit dem 6. Oktober 2016 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit könne aus polydisziplinärer Sicht nicht nachvollzogen werden. Bei der bisherigen Tätigkeit handle es sich um eine Lehrtätigkeit, die auch im Sitzen bei gleichzeitiger Ausstattung und Anwendung moderner Techniken durchgeführt werden könne. Eine Einschränkung in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei nicht begründbar. In Tätigkeiten im Haushalt sei die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nicht eingeschränkt. Es sei ihr zumutbar, 42.5 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, auch wenn sie im Aufgabenbereich (Haushalt) beansprucht sei.

E. 8.11

Mit ihrem Einwand vom 21. März 2019 reichte die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht des Zentrums D. _____ vom 21. Februar 2019 betreffend eine stationäre schmerztherapeutische Behandlung vom 10. Januar bis 21. Februar 2019 ein. Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädie, hielt als Diagnose ein CRPS Grad I linkes Knie/Bein (G90.51) mit hochgradiger Bewegungs- und Belastungseinschränkung (Chronifizierungsgrad III, MPSS) fest. Im Rahmen der sozialmedizinischen Epikrise wurde festgehalten, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit breitgefächerten Aufgaben eine Vielzahl von Tätigkeitsmerkmalen bedingen würde, die nicht mehr dem Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin entsprächen (vor allem langes Sitzen, Fortbewegen im Rollstuhl über Stufen bzw. auf Untergründen, die erschütterungsbedingt schmerzverstärkend seien, hohe Konzentrationsfähigkeit, die durch die zentralwirksamen Analgetika stark beeinträchtigt sei). Quantitativ liege das Leistungsvermögen bei unter drei Stunden. Qualitativ wären allenfalls noch leichte Tätigkeiten im Sitzen zumutbar, ohne Erschütterungen bei Fortbewegung mit dem Rollstuhl, die Möglichkeit zum Einlegen betriebsunüblicher Pausen mit Erholungsmöglichkeit im Liegen und ohne erhöhte Anforderungen an Konzentration oder mnesticen Fähigkeiten. Quantitativ liege das Leistungsvermögen bei unter drei Stunden. Im Augenblick bestehe kein ausreichendes Leistungsvermögen, um regelmässig Erwerbstätigkeiten von wirtschaftlichem Wert zu verrichten (IV-act. 103 S. 2 ff.).

E. 8.12

Die RAD-Ärzte Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. O. _____, Facharzt für Chirurgie, hielten in ihrem Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine hochgradige Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Beines bei CRPS I nach Arthroskopie linkes Knie (11/2016) und Status nach Kniedistorsion links (UT: 09/2016) fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach Hysterektomie (2016). In ihrer bisherigen Tätigkeit als Katechetin mit dem geschilderten Aufgabenbereich bestehe keine Arbeitsfähigkeit seit November 2016. In einer angepassten Tätigkeit (sitzend ausgeübte rollstuhlgerechte leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne Knien, Kriechen, Hocken Kauern) sei seit 22. Februar 2019 (Entlassung aus der stationären Behandlung des Zentrums D. _____) eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben. Die Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei der Schmerzhaftigkeit im linken Bein sowie der Verlangsamung bei der Ausübung der Tätigkeiten geschuldet. Von November 2016 bis zum 21. Februar 2019 habe auch in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (IV-act. 107).

E. 8.13

Der RAD-Arzt Dr. med. P. _____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seiner internen Stellungnahme vom 27. November 2019 fest, er empfehle, eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erst ab dem 9. Juli 2019 anzunehmen. Weiter empfehle er, bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für die wöchentlich je zwei Einheiten Physio- und Ergotherapie einen zusätzlichen Pausenbedarf von durchschnittlich einer Stunde pro Tag (fünf Stunden pro Woche = 12.5 %) zu berücksichtigen. Die Konzentrationsschwierigkeiten durch Medikamentenwirkung werde in der Leistungsminderung von 70 % mitberücksichtigt (IV-act. 138 S. 4 f.).

E. 8.14

Mit ihrer Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin einen neuen Bericht von Dr. med. K._____ vom 12. August 2020 ein. Dieser bestätigte die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Chronifizierungsgrad III, MPSS) und eines CRPS Typ I linkes Bein (Morbus Sudeck). Die Beschwerdeführerin habe am 5. Mai 2020 aufgrund einer Fussheberschwäche eine dynamische Carbonfussheber-Orthese erhalten, da sie den linken Fuss nicht mehr unter Kontrolle habe. Weiter habe sich durch das CRPS der Zustand der linken Hüfte verschlechtert. Hier würden ein vermehrter Brennschmerz und eine Druckempfindlichkeit auftreten. Auch hier könne ein erneutes CRPS kaum noch ausgeschlossen werden (BVGer-act. 1 Beilage 17).

E. 9

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht davon ausging, dass die Beschwerdeführerin von 14. November 2016 bis 8. Juli 2019 in ihrer angestammten Tätigkeit als Katechetin und auch in jeder anderen Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 100 % eingeschränkt gewesen, ihr aber aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 9. Juli 2019 eine den gesundheitlichen Einschränkungen optimal angepasste Tätigkeit wieder in einem Pensum von 57.5 % zumutbar sei bzw. ob sie den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 9.1

Die Vorinstanz stellte in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die Einschätzung ihres RAD vom 25. Juli 2019 ab, wonach die Beschwerdeführerin an einer hochgradigen Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Beines bei CRPS I leide, die ihre Leistungs- und Arbeitsfähigkeit einschränke. Beim RAD-Bericht vom 25. Juli 2019 handelt es sich um einen Untersuchungsbericht nach Art. 49 Abs. 2 IVV und um kein Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG; sein Beweiswert ist aber mit jenem von Gutachten vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt (Urteil des BGer 8C_157/2021 vom 8. Juni 2021 E. 2.2). Ein solcher Bericht muss insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die RAD-Ärztinnen und -Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 8C_638/2020 vom 15. März 2021 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Der RAD-Bericht vom 25. Juli 2019 beruht auf eigenen fachärztlich-orthopädischen Untersuchungen und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Zu klären ist, ob er auch inhaltlich zu überzeugen vermag bzw. ob geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit am Ergebnis der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung bestehen.

E. 9.2

Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Vor dem Hintergrund, dass im Gutachten der C._____ vom 20. Dezember 2018 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und das Vorliegen eines CRPS ausdrücklich verneint wurde, ist zunächst zu prüfen, ob die vom RAD gestellte CRPS-Diagnose überzeugt.

E. 9.2.1

Mit dem Begriff «CRPS» (auch komplexes bzw. chronisches regionales Schmerzsyndrom oder Morbus Sudeck) wird in der Medizin ein posttraumatisches Krankheitsbild

beschrieben, das sich, von einem blanden Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze Extremität oder eine grosse Körperregion betroffen ist. Auslösende Ursachen können unter anderem Gelenksdistorsionen aber auch beispielsweise ein Herzinfarkt sein. Die Diskrepanz zwischen dem eigentlichen, als Bagatelle anzusehenden auslösenden Trauma und den sich daran anschliessenden Folgen ist als dramatisch zu bezeichnen. Ätiologie und Pathogenese der CRPS sind unklar (Urteil des BGer 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5). Wenn es bei der Schädigung zu einer nachweisbaren Verletzung grösserer peripherer Nerven kommt, spricht man von CRPS II, andernfalls von CRPS I (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 9). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des BGer 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum, vgl. Urteil des BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweis auf Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1623).

E. 9.2.2

Gemäss der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]» aus dem Jahr 2018 (abrufbar unter: www.awmf.org/leitlinien) erfordert die Stellung der Diagnose CRPS eine grosse Sorgfalt. Die folgenden vier Kriterien («Budapest-Kriterien») müssen erfüllt sein, wobei ein besonderes Augenmerk auf das vierte Kriterium zu legen ist: 1) Anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt wird. 2) Die Patienten müssen über jeweils mindestens 1 Symptom aus 3 der 4 folgenden Kategorien in der Anamnese berichten: a. Hyperalgesie (Überempfindlichkeit für Schmerzreize); «Hyperästhesie» (Überempfindlichkeit für Berührung, Allodynie) b. Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe c. Asymmetrie des lokalen Schwitzens; Ödem d. Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, «Paresen» (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum 3) Bei den Patienten müssen jeweils mindestens 1 Symptom aus 2 der 4 folgenden Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen: a. Hyperalgesie auf spitze Reize (z.B. Zahnstocher); Allodynie; Schmerz bei Druck auf Gelenke/Knochen/Muskeln b. Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe c. Asymmetrie des lokalen Schwitzens; Ödem d. Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, «Paresen» (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum 4) Eine andere Erkrankung erklärt die Symptomatik nicht hinreichend. Die Diagnose CRPS ist eine klinische Diagnose. Deshalb sind die Anamneseerhebung sowie die klinische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte in der Diagnosefindung. Im Prinzip gilt, dass für die Diagnosestellung ärztlich erhobene und dokumentierte Befunde wichtiger sind als die alleinige Beschwerdeschilderung. Ein wesentliches Merkmal des CRPS ist, dass die Symptome «generalisieren», d.h. fast die gesamte distale betroffene Extremität erfassen. Man muss fordern, dass die Diagnose CRPS in zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma erfolgt. Ein sinnvoller Zeitraum dabei wären

ca. 2-3 Monate, dann müssen die Diagnosekriterien erfüllt sein (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 10). Obwohl in den Diagnosekriterien nicht unbedingt gefordert, sollte die Hauttemperatur mit geeigneten Instrumenten gemessen werden, alle anderen Symptome werden klinisch beurteilt. Um Punkt 4 beantworten zu können, müssen differenzialdiagnostisch insbesondere folgende Erkrankungen, die ein CRPS vortäuschen können, ausgeschlossen sein: Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Entzündungen (z.B. erregerbedingte Arthritiden, Infektionen nach Operationen, Polyneuritiden, Polyradikulitiden, Plexusschädigungen), thromboembolische Erkrankungen, Kompartiment- und Nervenkompressionssyndrome. Hierzu dienen unter anderem auch laborchemische Untersuchungen. Das CRPS selbst ist nicht durch Auffälligkeiten bei Routinelaborparametern wie z.B. CRP-Erhöhung oder BSG-Beschleunigung gekennzeichnet. Oft nicht einfach ist die Abgrenzung von den Folgen psychischer Erkrankungen, vor allem bei Vorliegen einer dissoziativen Störung mit autoaggressiven Handlungen. Der Verlauf der Erkrankung sollte mit in der Schmerztherapie üblichen Methoden unter Einschluss von Schmerzquantifizierung, Funktionsparametern (Kraft, Bewegungsumfang, Umfangsmessung) und vegetativen Funktionsstörungen dokumentiert werden (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 12 f.).

E. 9.2.3

Ein CRPS zu diagnostizieren, ist unbestritten schwierig, da keine (genaue, zuverlässige) Methode existiert, um die Erkrankung eindeutig festzustellen. Es ist daher zwingend auf die dargelegten Prüfkriterien abzustellen (vgl. Urteile des BVerfG C-5111/2015 vom 27. Juni 2018 E. 6.2; C-117/2015 vom 23. Juni 2016 E. 5.3.7). Die medizinischen Sachverständigen haben die Diagnose einer CRPS daher so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, dass die Diagnosekriterien tatsächlich eingehalten sind. Für die Nachvollziehbarkeit der Diagnosefindung ist erforderlich, dass von der medizinischen Fachperson wenigstens kurz darlegt wird, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind.

E. 9.3

Die RAD-Ärzte gehen im Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 davon aus, dass ein durch die Budapester-Kriterien nachgewiesenes CRPS I sicherlich vorliege. Sie führten aus, die klinischen Symptome würden knapp drei Jahre nach der Operation für das Vorliegen einer floriden CRPS I sprechen. Bei der Untersuchung vom 9. Juli 2019 hätten sich eine erhebliche Temperaturdifferenz zwischen dem linken und dem rechten Bein bis 5 Grad, eine Schwellung des linken Unterschenkels sowie des linken Oberschenkels mit einer Umfangvermehrung bis 3 cm sowie glänzende berührungsempfindliche Haut des Unterschenkels gefunden. Bei der gesamthaften Betrachtung habe bei der RAD-Untersuchung eine erheblich schmerzhafte Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des linken Beines bestanden. Die sogenannten Budapester-Kriterien für das Vorliegen eines CRPS I seien erfüllt.

E. 9.4

Gemäss den oben dargelegten Diagnosekriterien ist erforderlich, dass keine andere Erkrankung vorliegt, welche die Symptomatik erklärt (Kriterium 4). Laut den Leitlinien muss auf dieses Kriterium, wie erwähnt, ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Die

RAD-Ärzte liessen die Frage, ob es keine andere Diagnose gibt, welche die Schmerzen erklärt, aber explizit unbeantwortet. Sie führten in diesem Zusammenhang zwar aus, dass sich das Augenmerk auf andere Erkrankungen richte, die ebenfalls vorliegen könnten. Sie gingen davon aus, dass das berichtete Schmerzsyndrom ohne weiteres auch durch Erkrankungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, durch Verwachsungen im abdominellen Bereich nach der Hysterektomie oder durch eine psychiatrische Erkrankung bedingt sein könnte. Eine weitere Abklärung durch Kernspintomographie der LWS, Abdomen- und Computertomografie bzw. neuropsychologische Untersuchung werde dringend vorgeschlagen. Abschliessend hielt der RAD fest, dass die Abklärung einer weiteren Erkrankung mit ähnlicher Symptomatik (lumbaler Bandscheibenvorfall, abdominelle Verwachsungen nach gynäkologischer Operation, Selbstbeschädigung) noch erfolgen werde. Die RAD-Ärzte haben damit verschiedene in Frage kommende Differentialdiagnosen genannt, ohne diese aber weiter zu diskutieren bzw. abzuklären. Für eine gesicherte CRPS-Diagnose müssten zunächst spezifische Differentialdiagnosen geprüft und ausgeschlossen werden, wobei im vorliegenden Fall angesichts der Anamnese auch der Beizug eines psychiatrischen Sachverständigen unerlässlich erscheint. Insgesamt ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die RAD-Ärzte die Diagnose eines CRPS gestellt haben, obwohl sie in Bezug auf eines der anerkannten Diagnosekriterien einen dringenden Abklärungsbedarf erkannt und spezifische Differentialdiagnosen nicht ausgeschlossen haben. Die von den RAD-Ärzten gestellte CRPS-Diagnose basiert damit auf einem unvollständig abgeklärten medizinischen Sachverhalt und überzeugt nur schon aus diesem Grund nicht.

E. 9.5

Was die übrigen Diagnosekriterien (siehe oben E. 9.2.2) anbelangt, so erachteten die RAD-Ärzte diese gemäss dem Prüfraster im Untersuchungsbericht vom 25. Juni 2019 alle als erfüllt. Sie haben es aber unterlassen, dies jeweils zu begründen und die vorliegenden Symptome der Diagnosekriterien 2 und 3 spezifisch zu bezeichnen. Für die CRPS-Diagnose müssen die jeweiligen Symptome sowohl anamnestisch wie auch im Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen.

E. 9.5.1

Die RAD-Ärzte gingen davon aus, dass in den Berichten des interdisziplinären Schmerzzentrums des Klinikums J. _____ vom 27. April 2018 und des Zentrums D. _____ vom 21. Februar 2019 eine chronische Schmerzstörung beim CRPS I des linken Beines ausführlich belegt werde. Auf den Inhalt dieser Berichte, insbesondere auf die darin beschriebenen Beschwerden und Befunde, gingen die RAD-Ärzte jedoch nicht ein. Es trifft zwar zu, dass von den behandelnden Ärzten ein CRPS diagnostiziert und mehrfach bestätigt wurde, entsprechende klinische Zeichen wie rötlich-blaue Hautfärbung, Differenzen der Hauttemperatur, auffälliger Haarwuchs - bei Angabe starker Schmerzen und Funktionsstörungen - wurden jedoch nur diskret bzw. vereinzelt beschrieben (etwas glänzende Haut, Schwellneigung nach mechanischen Reizen). Es fehlt dem RAD-Bericht daher auch an einer nachvollziehbaren Begründung bezüglich der anamnestisch vorliegenden Symptome und damit auch an einer Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs.

E. 9.5.2

Im klinischen Untersuchungsbefund beschrieben die RAD-Ärzte am gesamten linken Unterschenkel eine massive Schwellung mit stark glänzender und kühler Haut im Bereich

der Tibiavorderkante und eine deutliche Kapselschwellung am linken Sprunggelenk. Die Umfangmessungen ergaben am Unterschenkel 15 cm unterhalb des inneren Gelenkspaltes rechts 37 cm und links 39 cm, der kleinste Umfang am Unterschenkel betrug rechts 23 cm und links 24.5 cm. Die im klinischen Befund beschriebene kühle Haut im Bereich des Schienbeins ist anhand der vorgenommenen Temperaturmessung nicht nachvollziehbar, ergab diese im Bereich des Unterschenkels eine Differenz von lediglich 0.2 Grad. Deutliche Temperaturunterschiede wurden dagegen an den Füßen gemessen, was im klinischen Untersuchungsbefund und der Beurteilung dagegen nicht erwähnt wurde. Eine Überempfindlichkeit auf Schmerzreize oder Berührungen wurde im Rahmen der klinischen Untersuchung soweit ersichtlich nicht überprüft, da die Beschwerdeführerin aufgrund starker Schmerzen eine Untersuchung des linken Beins nicht zulies. Es ist daher davon auszugehen, dass die RAD-Ärzte eine Überempfindlichkeit allein gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und nicht aufgrund objektiv erhobener Untersuchungsbefunde bejaht haben. Zudem liess sich auch die demonstrierte Unmöglichkeit der aktiven Streckung des Knies nicht mittels einer passiven Bewegungsprüfung überprüfen bzw. objektivieren, weshalb auch das Vorliegen dieses Symptoms nicht überprüfbar ist resp. nicht feststeht.

E. 9.6

Die RAD-Ärzte wiesen in ihrem Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 zudem auf einige Inkonsistenzen hin. So seien bei der Beschwerdeführerin das Auskleiden und anschliessend das Ankleiden flüssig möglich gewesen. Sie habe 60 Minuten im Rollstuhl problemlos sitzen können. Das Gehen sei in der Untersuchungssituation auch ohne Gehstöcke möglich gewesen. Eine Auseinandersetzung mit diesen Inkonsistenzen bzw. eine Konsistenzprüfung haben die RAD-Ärzte aber nicht vorgenommen, was gerade im vorliegenden Fall unverzichtbar ist, da sie sich bei der Diagnosestellung massgeblich auf subjektive Angaben der Beschwerdeführerin abstützten. Gerade bei Schmerzen, einer schwierig zu objektivierenden Körperstörung, ist vor einer abschliessenden Beurteilung des Gesundheitsschadens und der allenfalls daraus fliessenden Arbeitsunfähigkeit eine Konsistenzprüfung erforderlich (vgl. dazu AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen, 4. Aufl. 2017, abrufbar unter: www.awmf.org/leitlinien). Dabei genügt es nicht, Inkonsistenzen im Bericht nur zu benennen, diese sind vielmehr im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung bzw. der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung zu diskutieren und einzuordnen (vgl. Ebner et al., Begutachtungsleitlinie Versicherungsmedizin, 2020, S. 19; abrufbar unter: www.swiss-insurance-medicine.ch). Die Herleitung der CRPS-Diagnose durch den RAD ist auch vor diesem Hintergrund nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet.

E. 9.7

Hinsichtlich der diagnostischen Einordnung der Schmerzen, der daraus allenfalls resultierenden Funktionseinschränkungen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit - der zentralen Grundlage für die Invaliditätsbemessung - bestehen überdies erhebliche und nicht miteinander in Einklang zu bringende Differenzen zwischen der Einschätzung des RAD vom 25. Juli 2019 (Untersuchung am 9. Juli 2019) und dem polydisziplinären Gutachten vom 20. Dezember 2018 (Untersuchungen am 14. September, 20. September und 2. Oktober 2018), das ebenfalls auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin basiert und in Kenntnis der Vorakten erging.

E. 9.7.1

Im orthopädischen C. _____-Teilgutachten von Dr. med. Q. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin eine passive Untersuchung des linken Beins nicht zugelassen habe. Weder die Funktionen des Hüftgelenks, des Kniegelenks noch des Sprunggelenks hätten passiv überprüft werden können. Die objektiv gewonnenen Untersuchungsbefunde am linken Bein wie Umfangmasse und klinisch erscheinender Aspekt seien unauffällig gewesen. Es liessen sich keine signifikante Umfangsverminderung der Beinmuskulatur und auch keine Schwellung des Kniegelenks nachweisen. Die Tophik des linken Beines erscheine gegenüber dem rechten Bein regelrecht. Zudem seien beide Beine gleichmässig sonnengebräunt. Die Fusssohle links weise eine deutliche Verhornung auf, die über eine hohe Gangaktivität Zeugnis ablege. Zudem sei die Compliance bei der Untersuchung eingeschränkt gewesen. Aus orthopädischer Sicht bestünden erhebliche Zweifel an einer CRPS-Diagnose. Diese würde aktuell nicht durch die typischen Symptome bestätigt. Für die Diagnosestellung eines CRPS sei der klinische Befund massgeblich, der eine ausgeprägte Schwellung, Veränderung des Hautkolorits (bläulich, livide), Veränderungen der Hauttemperatur und lokal vermehrte Schweissbildung (sogenannte Budapest-Kriterien) aufweisen müsste. Keines dieser Kriterien sei aber jemals dokumentiert worden. Die objektiven Messungen der Beinumfangs hätten keine signifikante Beinumfangsdifferenz ergeben. Der C. _____-Gutachter wies zudem auf verschiedene Inkonsistenzen hin. So toleriere die Beschwerdeführerin trotz vorliegender Allodynie der linken unteren Extremität UV-Strahlung, die ihr Hautkolorit sommerlich bräune. Klinisch habe sich seitengleich eine ausgeprägte Beschwielung der Fusssohlen gezeigt, die auf eine hohe Stand- oder Gangaktivität hinweise. Dieser Widerspruch (zu den Angaben und dem Verhalten der Beschwerdeführerin) lasse sich nicht auflösen. Der neurologische Gutachter hielt zudem fest, dass das Auftreten der Beschwerdeführerin und der neurologische Befund in einem nicht auflösbaren Widerspruch zueinander stünden. Die Parese der unteren Extremität, welche sie bei der Kraftprüfung angegeben habe, korreliere nicht mit dem unbeobachteten Bewegungsablauf (zügiges An- und Auskleiden, Aussteigen aus dem Rollstuhl).

E. 9.7.2

Der RAD hat sich mit der bezüglich der Diagnosestellung und der Frage einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diametral abweichenden Einschätzung im C. _____-Gutachten, bei dem es sich um ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten externer Spezialärzte handelt, welchem grundsätzlich voller Beweiswert zuerkannt wird, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 5.9 hiervor), nicht eingehend auseinandergesetzt. Die RAD-Ärzte haben nur darauf hingewiesen, dass die C. _____-Gutachter keine Temperaturmessung vorgenommen, aber trotzdem eine Überwärmung des linken Beins verneint hätten. Weiter hielt der RAD fest, dass der C. _____-Gutachter zwar hervorgehoben habe, dass das linke Bein der Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen kaum anzufassen gewesen sei, seiner Ansicht nach aber dennoch keine Gesundheitsschädigung vorliege. Aufgrund dieser knappen Ausführungen lassen sich die bestehenden Abweichungen zwischen den beiden fachärztlichen Einschätzungen für einen medizinischen Laien nicht nachvollziehen, dies auch deshalb, weil sich die RAD-Ärzte zu diskrepanten Befunden (z.B. abweichende Umfänge des linken Beins, unterschiedlicher Befund betreffend Beschwielung des linken Fusses) nicht erklärend geäußert haben. Damit

enthält der RAD-Untersuchungsbericht keine angemessene, nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der abweichenden Meinung der Vorgutachter der C._____, so stellt dies ein weiteres (konkretes) Indiz gegen die Zuverlässigkeit ihrer Einschätzung dar (vgl. Urteil des BGer 9C_288/2020 vom 10. März 2021 E. 3.4).

E. 9.8

Schliesslich vermag auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die RAD-Ärzte nicht zu überzeugen. Zunächst haben sie im Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2019 nicht nachvollziehbar begründet, weshalb die Beschwerdeführerin ihrer Ansicht nach im Zeitraum von November 2016 bis zur Entlassung aus der stationären Schmerztherapie am 21. Februar 2019 vollständig arbeitsunfähig gewesen und danach ab 22. Februar 2019 in angepassten Tätigkeiten wieder zu 70 % arbeitsfähig sein soll. Auch der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. P._____ vom 27. November 2019, in der die Arbeitsfähigkeit (von 70%) in einer angepassten Tätigkeit erst ab 9. Juli 2019 (Datum der Untersuchung beim RAD) angenommen wurde, lässt sich keine entsprechende Begründung entnehmen. Weiter fehlt es mit Blick darauf, dass die im Sinne einer Reduktion abgestufte Rente eines Revisionsgrundes im Sinn von Art. 17 ATSG bedarf, an einer Feststellung einer anspruchrelevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Der RAD-Untersuchungsbericht äussert sich nicht zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Befundlage. Vielmehr beschränkten sich die RAD-Ärzte darauf, den gegenwärtigen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu beschreiben und zu analysieren, ohne diesen in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Der RAD legte damit nicht in hinreichender Weise dar, inwiefern eine effektive Veränderung der gesundheitlichen Situation am 21. Februar 2019 bzw. 9. Juni 2019 stattgefunden haben soll. Allein aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin am Ende der Rehabilitation angab, die Schmerzen im linken Bein hätten sich von anfangs durchschnittlich NRS 7-8 zuletzt auf 5-6 gebessert (wobei immer wieder belastungsabhängige Spitzen von bis NRS 9 auftreten würden), lässt nicht auf eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustands schliessen, insbesondere weil sich aus dem Austrittsbericht des Zentrums D._____ vom 21. Februar 2019 keinerlei objektiv fassbaren Hinweise auf eine massgebende Veränderung des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin ergeben. Insgesamt ist die Einschätzung damit auch im Hinblick auf die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht beweiskräftig.

E. 9.9

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Herleitung der CRPS-Diagnose des RAD sowie dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insgesamt nicht nachvollzogen werden kann, womit (zumindest geringe) Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung gegeben sind. Hierzu ist auch festzuhalten, dass die blossе Möglichkeit eines Gesundheitsschadens im Sinne einer klinisch nicht hinreichend gesicherten Annahme für dessen Bejahung nicht genügt (Urteil des BGer 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 5.2). Für die Leistungsbeurteilung kann somit nicht auf den Untersuchungsbericht des RAD vom 25. Juli 2019 und die ergänzende Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. P._____ vom 27. November 2019 abgestellt werden.

E. 9.10

Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf das polydisziplinäre C. _____-Gutachten nicht möglich. In Bezug auf die Beurteilung einer CRPS bestehen - wie sich aus den obigen Ausführungen ergibt - nicht aufgelöste Diskrepanzen zwischen den Beurteilungen der C. _____-Gutachter und den RAD-Ärzten, was konkrete Zweifel an den Ergebnissen im C. _____-Gutachten weckt. Der orthopädische Gutachter hat zudem den Ausschluss der Diagnose CRPS nur sehr knapp begründet und hat die Diagnosekriterien nicht systematisch abgearbeitet. Er ist auch nicht genügend detailliert auf die ausführlichen Berichte der stationären Schmerztherapien, insbesondere der darin erhobenen Befunde, eingegangen. Wie der RAD zudem zu Recht darauf hinweist, hat der C. _____-Gutachter einen Temperaturunterschied verneint, ohne eine entsprechende Messung durchgeführt zu haben. Weiter fehlt es im psychiatrischen C. _____-Gutachten an einer Auseinandersetzung mit den orthopädisch und neurologisch nicht erklärbaren massiven Schmerzen der Beschwerdeführerin. Insbesondere zur in den Vorakten dokumentierten Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung hat sich der Experte des C. _____ mit keinem Wort geäussert. Auch die von der Beschwerdeführerin beklagten kognitive Störungen (Konzentration- und Gedächtnisstörung) als Folge der Schmerzen und der starken Medikamente hat er nur sehr oberflächlich abgehandelt. Weiter hat er die vom orthopädischen und neurologischen Gutachter festgestellten Inkonsistenzen nicht diskutiert und eingeordnet.

E. 9.11

Schliesslich erlauben auch die Berichte des interdisziplinären Schmerzzentrums des Klinikums J. _____ vom 3. Mai 2017 und 29. August 2017 sowie des Zentrums D. _____ vom 21. Februar 2019 keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs, da diese den Anforderungen an beweismässige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen. Insbesondere enthalten sie keine begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Abgesehen davon ist auch dem Grundsatz Rechnung zu tragen, dass Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_913/2013 vom 11. April 2014, E. 4.4.3).

E. 10

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 10.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle

insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend insbesondere in Bezug auf die laut RAD dringend erforderliche Abklärung weiterer Erkrankungen (Diagnosekriterium 4), die ähnliche Symptomatiken wie ein CRPS zeigen, der Fall ist. Auch die Frage nach dem Vorliegen einer allfälligen Schmerzstörung ist noch völlig ungeklärt. Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 10.2

Aufgrund des Ausgeführten ist die Vorinstanz in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, 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 BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 10.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da 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; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle - vorliegend unter Ausschluss des C._____ - nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 10.4

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung(en) vom 19. Juni 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 11

August 2017 eingetreten und hat ihr nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2020 eine rückwirkend abgestufte Rente zugesprochen. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Die Vorinstanz ist (stillschweigend) davon ausgegangen, dass im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 30. August 2012 und der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2020 eine anspruchsrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. Die angefochtene Verfügung über die

im Sinne einer Reduktion abgestufte Rente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Herabsetzung. Letztere setzt wiederum voraus, dass ein Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 ATSG vorliegt (siehe oben E. 5.6), was umstritten ist.

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

C-4118/2020 Seite 30

E. 11.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 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. Die Rechtsvertreterin hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 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 ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.– gerechtfertigt.

C-4118/2020 Seite 31

E. 14

November 2016 nicht mehr zumutbar sei. Eine Abklärung vor Ort habe ergeben, dass sie im Haushalt zu 39.25 % eingeschränkt sei. Die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin habe sich danach verbessert, weshalb ihr seit 9. Juli 2019 eine den gesundheitlichen Einschränkungen optimal angepasste Tätigkeit gemäss der Einschätzung des RAD wieder in einem 57.5 %-Pensum zumutbar sei. Eine solche Tätigkeit entspreche mit geringen Anpassungen der bisherigen Tätigkeit als Katechetin. Es werde empfohlen, die Physio- und Schmerztherapie weiterzuführen.

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