

# **BVGer C-4129/2022 vom 16. Juni 2025**

Bundesverwaltungsgericht, 2025-06-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4129\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4129_2022)

FR: TAF C-4129/2022 du 16 juin 2025

IT: TAF C-4129/2022 del 16 giugno 2025

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (vgl. Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [Verwaltungsgerichts-gesetz, VGG, SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG grundsätzlich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1). Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin, die eine rechtsgültige Vollmacht zur Beschwerdeführung «betreffend IV» an Advokat Martin Lutz erteilt hat (IV-C-act. 77), ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders be-rührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Ab-änderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60

C-4129/2022 Seite 7 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG; vgl. BVGer-act. 4), einzu-treten.

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, unter Vorbehalt der Absätze 2 und 2bis die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zustän- dig. Bei Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmel- dungen 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 der Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA er- lassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin war Grenzgängerin und hatte ihre letzte Arbeitsstelle bei der B.\_\_\_\_\_ AG im Kanton C.\_\_\_\_\_. Zudem wohnt sie im benachbarten Grenzgebiet ([...], Bundesland [...], Deutschland). Die IV-STA hat somit zu Recht die Anmeldung der Beschwerdeführerin zur Prüfung an die IV-Stelle des Kantons C.\_\_\_\_\_ überwiesen. Die Prüfung des Leistungsgesuchs durch die IV-Stelle und der Erlass der Verfügung durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden.

### **E. 3**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. August 2022, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen ihrer Erstanmeldung vom

### **E. 4**

Zum Beschwerdeverfahren ist Folgendes festzuhalten:

#### **E. 4.1**

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

#### **E. 4.2**

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

#### **E. 4.3**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

### **E. 5**

Zunächst ist das vorliegend anwendbare materielle Recht und der zeitlich massgebende Sachverhalt zu bestimmen.

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV)

versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

## **E. 5.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1).

### **E. 5.2.1**

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007-1010). Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101).

### **E. 5.2.2**

Vorliegend könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens am 1. Juni 2016, mithin sechs Monate nach der Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Bezug von Leistungen der IV (vgl. Art. 29 IVG; vgl. auch nachfolgend E. 6.5 und 7.1), entstehen, weshalb der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin grundsätzlich nach den materiellen Normen zu prüfen ist, die bis zum 31. Dezember 2021 massgebend waren.

## **E. 5.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. August 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

## **E. 6**

Nachfolgend sind die massgebenden gesetzlichen Grundlagen - in den vorliegend anwendbaren Fassungen (vgl. dazu oben E. 5.2) - und die dazu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen:

### **E. 6.1**

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Dabei muss aber mindestens ein Beitragsjahr in der Schweiz zurückgelegt worden sein (Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 AHVG).

### **E. 6.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 6.3**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind.

### **E. 6.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz

und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie - wie hier - Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

### **E. 6.5**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

### **E. 6.6**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

#### **E. 6.6.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

#### **E. 6.6.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein

praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Ihre Berichte können somit geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C\_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

## **E. 6.7**

Geht es um psychische Erkrankungen so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

## **E. 7**

Unspezifische Kreuzschmerzen und Ansatzentzündung am medialen Beckenkamm (SIPS) rechts mehr als links

### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IV-C-act. 5), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Vorliegend kann ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund ihrer Anmeldung vom 7. Dezember 2015 sodann frühestens ab dem 1. Juni 2016 entstehen (vgl. dazu oben E. 5.2.2 und 6.5).

### **E. 7.2**

Die Vorinstanz stellte beim Erlass der angefochtenen Verfügung in erster Linie auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2018 und das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2018 inklusive der bidisziplinären Gesamtbeurteilung (nachfolgend als Ganzes auch: [bidisziplinäres] Gutachten), das darauf folgende psychiatrische Verlaufsgutachten vom

C-4129/2022 Seite 14 21. Oktober 2021 und das rheumatologische Verlaufsgutachten vom 16. November 2021 inklusive interdisziplinärer Gesamtbeurteilung der beiden Gutachter (nachfolgend als Ganzes auch: [bidisziplinäres] Verlaufsgutachten) sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärzte ab (vgl. BVGer-act. 6 Beilage 1 Ziff. 4a).

### **E. 7.2.1**

Dem bidisziplinären Gutachten ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

#### **E. 7.2.1.1**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Gutachten vom 26. September 2018, welches er gestützt auf die Akten der IV-Stelle sowie die persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 18. Juni 2018 erstattete, in rheumatologischer Hinsicht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-C-act. 64 S. 14): 1. Status nach Achsenkorrektur-Operation am rechten Knie am 04.04.2018 (anamnestisch Valgisationsosteotomie der Tibia bei medialer Gonarthrose) - Status nach medialer Meniskusklaision am rechten Knie (MRI vom 13.05.2016 und vom 28.10.2016 sowie am linken Knie (MRI vom 17.08.2016) 2. Status nach Resektions-Interposition-Arthroplastik rechts nach Lundborg am 26.11.2015 wegen Rhizarthrose rechts Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er zudem auf: 3. Status nach A1-Ringbandspaltung am rechten Daumen am 02.06.2016 wegen Tendovaginitis stenosans 4. Klinisch Verdacht auf beginnende Rhizarthrose links 5. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius) 6. Periarthropathia humeroscapularis rechts (Supraspinatustendinose)

#### **E. 7.2.1.2**

In seinem Gutachten vom 8. Oktober 2018, welches er gestützt auf die Akten der IV-Stelle sowie die persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 21. August 2018 erstattete, attestierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-C-act. 63 S. 11): 1. Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er zudem fest: 2. Akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) 3. Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0)

#### **E. 7.2.1.3**

In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung, welche in einem Telefongespräch vom 20. September 2018 zwischen den Gutachtern diskutiert wurde, hielten die beiden Gutachter fest, dass keine Gründe für eine Addition der Einschränkungen aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht vorliegen würden (IV-C-act. 64 S. 21).

### **E. 7.2.2**

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2019 fest, aus RAD-Sicht könne auf das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Das Gutachten sei in den streitigen Belangen umfassend, beruhe auf allseitige Untersuchungen und sei in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die beklagten Beschwerden der versicherten Person seien berücksichtigt und es sei ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes der versicherten Person vermittelt worden. Die Gutachter würden sich mit den divergierenden

Meinungen auseinandersetzen, so mit der versicherten Person selbst und mit den Voruntersuchungen der behandelnden Ärzte. Die Standardindikatoren seien besprochen und berücksichtigt worden. Die Beurteilung und begründeten Schlüsse seien aus RAD-Sicht nachvollziehbar. Auch die Einschränkung von 16 % im Haushalt könne unter Mitberücksichtigung der familiären Mithilfe medizinisch vom RAD nachvollzogen werden (IV-C-act. 71). Nachdem im Rahmen des (ersten)

C-4129/2022 Seite 16 Vorbescheidverfahrens das bisher nicht in den Akten der IV-Stelle enthaltene Teilgutachten der Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2016 auf Aufforderung hin von der Krankentaggeldversicherung nachgereicht wurde (IV-C-act. 80; 83), bat die IV-Stelle den psychiatrischen Gutachter gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ um Stellungnahme zu den Einwänden der Beschwerdeführerin unter Mitberücksichtigung des Teilgutachtens (IV-C-act. 84 f.).

### **E. 7.2.3**

Im Rahmen seiner zusätzlichen Stellungnahme vom 25. Oktober 2019 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, dass sich hinsichtlich des Teilgutachtens der Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2016 grundsätzlich keine relevanten Diskrepanzen zur gutachterlichen Untersuchung vom 20. Juni 2018 [recte: 21. August 2018] sowie des beschriebenen retrospektiven Verlaufs des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergeben würden. Allerdings wies er auf Inkonsistenzen und Widersprüche im erwähnten Teilgutachten hin, insbesondere hinsichtlich der von den Gutachtern beschriebenen objektiven Befunde und den damals von der Beschwerdeführerin geklagten subjektiven Beschwerden. Entsprechend könne aufgrund der Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten nicht auf das Teilgutachten abgestellt werden. Zusammenfassend könnten somit das Teilgutachten vom 8. Juli 2016 sowie der Bericht bezüglich der funktionsorientierten medizinischen Abklärung (FOMA) nicht dazu beitragen, dass er sich dazu gezwungen sehe, eine Änderung in seinem Gutachten bezüglich der von ihm gestellten Diagnosen und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (IV-C-act. 90).

### **E. 7.2.4**

Aus dem ergänzenden, bidisziplinären Verlaufsgutachten ergibt sich unter anderem Folgendes:

#### **E. 7.2.4.1**

In seinem Gutachten vom 16. November 2021, welches er gestützt auf die Akten der IV-Stelle sowie die persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 20. September 2021 erstattete, attestierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin in rheumatologischer Hinsicht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-C-act. 135 S. 12): 1. Status nach Metallentfernung am 25.04.2019 bei Status nach Valgisationstosteotomie der Tibia rechts am 05.04.2018 bei medialer Gonarthrose - Status nach arthroskopischer Teilmenishektomie rechts am 12.04.2017

C-4129/2022 Seite 17 2. Rhizarthrose beidseits - Status nach Resektions-Interpositions-Arthroplastik rechts am 26.11.2015 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er zudem auf: 1. Status nach A1-Ringbandspaltung am rechten Daumen am 02.06.2016 wegen Tendovaginitis stenosans 2. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius) 3. Unspezifische Kreuzschmerzen und Ansatzdysbalopathie am medialen Beckenkamm (SIPS) rechts mehr

als links 4. Beginnende degenerative HWS-Veränderungen gemäss MRI vom 08.05.2013 (aktuell ohne klinisches Korrelat) 5. Spreizfüsse 6. Deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung (18/18 positive Fibromyalgie-Druckpunkte und 3/3 positive Kontrollpunkte, 3/5 positive Waddell-Zeichen und Selbstlimitierung), nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend Aus dem Verlaufsgutachten ergibt sich, dass der rheumatologische Gutachter seit der letzten Begutachtung im Jahr 2018 nicht von wesentlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgeht.

#### **E. 7.2.4.2**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Verlaufsgutachten vom 21. Oktober 2021, welches er gestützt auf die Akten der IV-Stelle sowie die persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 1. Oktober 2021 erstattete, in psychiatrischer Hinsicht die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-C-act. 134 S. 18): 1. Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er zudem fest: 1. Akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD.10 Z73.1)

C-4129/2022 Seite 18 2. Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) 3. Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) Auch der psychiatrische Gutachter geht nicht von wesentlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahr 2018 aus.

#### **E. 7.2.4.3**

In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung vom 23. November 2021 hielten die beiden Gutachter fest, dass keine Gründe für eine Addition der Einschränkungen aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht vorliegen würden (IV-C-act. 134 S. 30 ff.).

#### **E. 7.2.5**

Der RAD-Psychiater H.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2022 fest, das Verlaufsgutachten beruhe auf allseitigen Untersuchungen, Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten, Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und einleuchtenden Beurteilung der medizinischen Situation, nachvollziehbaren und begründeten Schlussfolgerungen und umfassender Beantwortung der gestellten Fragen. Die somatisch / psychiatrisch gutachterlich festgestellten Krankheiten seien hinsichtlich ihrer Symptomatologie, des Krankheitsverlaufes und ihren Auswirkungen auf den Alltag anhand der fachärztlichen erhobenen Befunde nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden. Die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit sei nach Prüfung der Standardindikatoren nachvollziehbar. Eine Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur gutachterlichen Vorbeurteilung im Jahr 2018 habe weder somatisch noch fach-psychiatrisch festgestellt werden können. Die Einschränkung im Haushalt sei, da keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustands hätten festgestellt werden können, noch als gültig anzusehen (IV-C-act. 139).

### **E. 7.3**

Die Parteien äussern sich zum medizinischen Sachverhalt folgendermassen:

#### **E. 7.3.1**

Beschwerdeweise bringt die Beschwerdeführerin vor, die Kritik richte sich – wie bereits im Einwand festgehalten – ausschliesslich gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, welches den Titel Gutachten gar nicht verdiene. Es sei bereits einmal von einem neutralen Gerichtsgutachten ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, beurteilt worden, welches dieser im Jahre 2019 für die IV-Stelle des Kantons L.\_\_\_\_\_ erstellt habe. Darin sei der Gerichtsgutachter unter anderem zum Schluss gekommen, dass sich detaillierte Angaben zu den frühen

C-4129/2022 Seite 19 systemischen und insbesondere interaktionellen Verhältnissen nicht im Gutachten finden würden. Dies treffe auch auf das vorliegende Gutachten zu. Weiter fehle – wie auch im erwähnten Gutachten für die IV-Stelle des Kantons L.\_\_\_\_\_ – eine Auseinandersetzung mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin völlig. Auch über die Paarproblematik, ausgenommen, dass der Ehemann fremdgegangen sei, oder die Beziehungsproblematik der Beschwerdeführerin zu ihren Kindern sei dem Gutachten nichts zu entnehmen. Weiter fehle eine eingehende Diskussion der ICF-Kriterien. Nur weil die Vorinstanz in der Person von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zwei Mal den gleichen Psychiater eingesetzt habe, der praktisch in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Vorinstanz stehe, dürften berechnete Rentenansprüche nicht verweigert werden. Der medizinische Sachverhalt sei bei der Beschwerdeführerin derart umfassend abgeklärt worden, dass weitere medizinische Abklärungen nicht notwendig erscheinen würden und der Beschwerdeführerin eine volle Rente zu gewähren sei, rückwirkend ab dem Jahre 2016. Sofern das Gericht der Meinung sei, dass mit Bezug auf die psychiatrische Erkrankung noch ein Obergutachten durchzuführen sei, solle es so sein (BVGer-act. 1 Ziff. 32-34).

### **E. 7.3.2**

In ihrer Vernehmlassung verweist die Vorinstanz auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle. Diese macht insbesondere geltend, auf die beiden bidisziplinären Gutachten könne abgestellt werden. Zunächst sei festzuhalten, dass auf die pauschale, unqualifizierte und teilweise auch diffamierende Kritik an der Person von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nicht eingegangen werde. Die Beschwerdeführerin könne sodann nichts zu ihren Gunsten ableiten aus der beigelegten Beurteilung eines Gutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ durch einen Gerichtspsychiater, ohne irgendeinen Zusammenhang mit dem vorliegenden Fall aufzuzeigen. Ohne auf alle Punkte im Zusammenhang mit dieser Beurteilung einzugehen, sei den Ausführungen in der Beschwerde zudem insofern zu widersprechen, als in beiden Gutachten den subjektiven Ausführungen der Beschwerdeführerin zum jetzigen Leiden breiter Platz eingeräumt worden sei und in diesem Zusammenhang auch Probleme des Ehelebens thematisiert worden seien. Im Weiteren habe Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinen beiden Gutachten anhand des festgestellten Fähigkeitsniveaus gemäss Mini-ICF-Ratingbogen und des Fehlens von schwerwiegenden Psychopathologien jeweils unter Punkt 7.4 (Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen) ausführlich begründet, weshalb bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsstörung habe diagnostiziert werden können (BVGer-act. 6 Beilage 1 Ziff. 4c ff.).

C-4129/2022 Seite 20

### **E. 7.3.3**

Die Beschwerdeführerin hält in ihrer Replik zunächst fest, dass sie am 18. Januar 2023 erneut für sechs bis acht Wochen stationär in eine psychiatrische Klinik eingetreten sei und ihr Psychiater ein seit zwei Jahren konstant chronifiziertes Zustandsbild mit mehrheitlich

depressiver Stimmungslage beschreibe. Die eingereichten neuen Belege würden aufzeigen, dass die Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ falsch sei und die psychiatrische Erkrankung derart sei, dass die Beschwerdeführerin in regelmässigen Abständen einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik benötige (neun Aufenthalte seit 2017), obwohl sie in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung stehe. Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD-10) sei eine amtliche Klassifikation für Diagnosen, welche in der Schweiz und in Deutschland gleich bewertet würden. Sowohl die behandelnde Psychiaterin [recte wohl: behandelnder Psychiater] Dr. M.\_\_\_\_\_ wie auch die behandelnden Ärzte in der psychiatrischen Klinik hätten bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte schwere Depression diagnostiziert. Dem Gutachter reiche jedoch ein hinter der Gesichtsmaske erkennbares Lächeln und ein einmaliges Gelächter aus, um eine schwere Depression auszuschliessen. Weiter habe Dr. med. F.\_\_\_\_\_ für sein Verlaufsgutachten keine Fremdanamnese bei den Klinikärzten eingeholt, obwohl gemäss dem Austrittsbericht der Klinik vom 29. Januar 2009 [recte wohl: 9. Juli 2019] nur eine geringe psychische Stabilisierung festgehalten werde. Auch hätte der Gutachter hinsichtlich der komplexen Traumafolgestörung bei der Beschwerdeführerin insistieren müssen und sich mit dem Kreiskrankenhaus G.\_\_\_\_\_ in Verbindung setzen müssen. Insgesamt könne nicht auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ abgestellt werden. Es liege eine unvollständige Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts vor. Entscheidwesentliche Aspekte der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin seien nicht vollständig abgeklärt worden. Entsprechend sei eine Beurteilung des Arbeitsfähigkeitsgrades als Folge der bestehenden psychiatrischen Erkrankung der Beschwerdeführerin nicht möglich. Es sei daher – durch das Gericht – eine neutrale psychiatrische Expertise über die Beschwerdeführerin durchzuführen (BVGer-act. 12).

#### **E. 7.3.4**

Duplikweise verweist die Vorinstanz wiederum auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle. Diese führt ihrerseits aus, dass ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses nicht per se mit einer automatischen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gleichzusetzen sei. Ausserdem sei der stationäre Aufenthalt auf ausdrücklichen Wunsch der Beschwerdeführerin erfolgt, da sie bezüglich einer medikamentösen Anpassung im ambulanten Rahmen sehr zurückhaltend

C-4129/2022 Seite 21 sei. Die in der Replik erwähnten stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin seien Dr. med. F.\_\_\_\_\_ allesamt bekannt gewesen und er habe zu diesen Aufenthalten auch eingehend und kritisch Stellung genommen. Die Austrittsberichte seien somit in die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit miteingeflossen. Zudem sei festzuhalten, dass einzelne Aufenthalte auch deshalb nötig gewesen seien, weil die Beschwerdeführerin eigenständig und ohne Absprache mit dem behandelnden Psychiater ihre verordneten Psychopharmaka abgesetzt hatte. Ausserdem liege der letzte stationäre Aufenthalt schon über drei Jahre zurück. Der psychiatrische Gutachter habe sodann das Vorliegen einer schweren depressiven Episode nicht – wie in der Replik völlig unzutreffend erwähnt – aufgrund eines hinter der Gesichtsmaske erkennbaren Lächelns ausgeschlossen, sondern aufgrund der erhobenen psychopathologischen Befunde, der Ergebnisse der Laboruntersuchungen und der vorhandenen Ressourcen. Was die Fremdanamnese bei behandelnden Arztpersonen betreffe, sei eine solche häufig wünschenswert, aber nicht zwingend. Weiter habe Dr.

med. F.\_\_\_\_\_ das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge fehlender typischer Intrusionen (Flashbacks) und dem Fehlen einer äusserlich sichtbaren psychovegetativen Mitbeteiligung beim Berichten über Belastungen aus der Kindheit und in der Beziehung mit dem Ehemann nachvollziehbar ausschliessen können (BVGer-act. 14 Bei- lage 1).

#### **E. 7.4**

Nachfolgend sind das bidisziplinäre Gutachten sowie das bidisziplinäre Verlaufsgutachten, auf welche sich die Vorinstanz im Wesentlichen ab- stützt, daraufhin zu überprüfen, ob sie begründet sind, sich mit den Vor- bringen der Beschwerdeführerin sowie den Beurteilungen der behandeln- den Ärzt/innen auseinandersetzen und letztlich plausible, für das Gericht nachvollziehbare Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin enthalten.

##### **E. 7.4.1**

Sowohl das bidisziplinäre Gutachten als auch das bidisziplinäre Ver- laufsgutachten wurden durch zwei entsprechend qualifizierte Fachärzte in den beiden Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumato- logie erstellt (vgl. dazu Medizinalberuferegister [MedReg], abrufbar unter <https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>). Sie beruhen beide grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chro- nologischen Auflistung und Zusammenfassung der wesentlichen Vorakten und andererseits aus den Anamneseerhebungen der Gutachter ergibt. Im

C-4129/2022 Seite 22 Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersu- chungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Schliesslich haben die beiden Gutachter jeweils gemeinsam eine bidiszip- linäre Gesamtbeurteilung abgegeben. Insgesamt erfüllt somit sowohl das bidisziplinäre Gutachten als auch die bidisziplinäre Verlaufsbegutachtung die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise.

##### **E. 7.4.2**

Soweit die Beschwerdeführerin zunächst vorbringt, dass der psychi- atrische Gutachter praktisch in einem Abhängigkeitsverhältnis zur IV-Stelle stehe (BVGer-act. 1 Ziff. 33), und damit zumindest sinngemäss geltend macht, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sei befangen, ist der Vollständigkeit halber Fol- gendes festzuhalten: Gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtspre- chung würde im Rahmen der administrativen Sachverhaltsabklärung für sich allein genommen selbst dann kein formeller Ausstandsgrund vorlie- gen, wenn von einer wirtschaftlichen Abhängigkeit des psychiatrischen Gutachters von der Invalidenversicherung auszugehen wäre. Denn ein Ausstandsgrund liegt nicht schon deshalb vor, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (vgl. Ur- teil des BGer 8C\_73/2023 vom 28. Juni 2023 E. 7 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 1.3.3 und Urteil des BGer 8C\_737/2022 vom 10. März 2023 E. 7.2.1). Vorliegend sind jedenfalls keine Gründe ersichtlich – und werden solche auch nicht von der Beschwerdeführerin substantiiert geltend ge- macht –, die auf mangelnde Objektivität und Voreingenommenheit von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ beziehungsweise auf diesbezügliche Zweifel am Be- weiswert seiner Teilgutachten schliessen lassen würden.

### **E. 7.4.3**

Vorliegend sind sich die Parteien sodann einig, dass auf die beiden rheumatologischen Teilgutachten abgestellt werden kann. Umstritten ist hingegen, ob den beiden psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im vorliegenden Fall Beweiswert im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zukommt und darauf abgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist Folgendes festzuhalten:

#### **E. 7.4.3.1**

Insbesondere die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters in seinen beiden Gutachten, dass die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (Psychiater Dr. med. M.\_\_\_\_\_, vgl. IV-C-act. 36 S. 13; 42 S. 27; 109 S. 24 f.) beziehungsweise beschriebene komplexe Traumafolgestörung (Psychiater Dr. med. N.\_\_\_\_\_, vgl. IV-C-act. 56 S. 6; 99 S. 5) nicht festgestellt werden könne (IV-C-act. 63 S. 15; 134 S. 21), ist für das Gericht nicht schlüssig nachvollziehbar:

C-4129/2022 Seite 23 Dr. med. F.\_\_\_\_\_ begnügt sich in seinen beiden Gutachten damit, im Hinblick auf die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) festzuhalten, dass typische Intrusionen nicht nachgewiesen werden könnten und die Beschwerdeführerin über Belastungen aus der Kindheit und in der Beziehung mit dem Ehemann ohne sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung habe sprechen können (IV-C-act. 64 S. 15; 134 S. 21). Hinsichtlich der komplexen Traumafolgestörung führt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Verlaufsgutachten sodann aus, eine solche werde im Bericht des Kreiskrankenhauses G.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 beschrieben, jedoch nicht diagnostiziert und auch nicht begründet, weshalb hierzu keine Stellungnahme erfolgen könne (IV-C-act. 134 S. 21). Aus dem Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2018 ergibt sich jedoch, dass eine «andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen und Traumatisierungen (F62.0)» diagnostiziert wurde (IV-C-act. 56 S. 2). Weiter findet sich bereits im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2017 ein Hinweis auf die Feststellung von andauernden Persönlichkeitsveränderungen bei der Beschwerdeführerin (IV-C-act. 40 S. 30). Den Anamnesen in den beiden Gutachten ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin gar nicht zu den in den Vorakten festgehaltenen Belastungsereignissen beziehungsweise zu den «multiplen Traumaerfahrungen» gemäss Klinik G.\_\_\_\_\_ – konkret wohl den durch die damals 9-jährige Beschwerdeführerin verhinderten, traumatischen Suizidversuch der Mutter, verbunden mit der frühen Übernahme von Verantwortung in der Familie (IV-C-act. 40 S. 31; 83 S. 4), das Erdbeben in der Türkei im Jahr 1999 (IV-C-act. 36 S. 32; 40 S. 31) sowie den Umzug in ein Einfamilienhaus, in welchem der vorherige Bewohner verstorben sei (IV-C-act. 40 S. 31) – befragt hat und diese in der Folge in seiner Beurteilung somit auch nicht berücksichtigen konnte. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, ob sich die bereits 1979 nach Deutschland emigrierte Beschwerdeführerin (IV-C-act. 83 S. 6 f.) am 17. August 1999 effektiv in der vom Erdbeben betroffenen Region in der Türkei ([...]) aufgehalten hat. Allerdings weisen die wiederholten Angaben und geäusserten Sinneseindrücke der Beschwerdeführerin in der Klinik G.\_\_\_\_\_ zumindest darauf hin (IV-C-act. 36 S. 19; 36 S. 32). Was sodann ein weiteres mögliches Belastungsereignis, nämlich das Auffinden einer Leiche im Keller der psychiatrischen Klinik im Jahr 2017 (IV-C-act. 36 S. 18; 46 S. 5) betrifft, wird dies vom psychiatrischen Gutachter im ersten Gutachten zwar erwähnt. In der Folge wird dieses Ereignis bei der Herleitung der Diagnosen jedoch lediglich im Zusammenhang mit den psychotischen Symptomen im

Rahmen der depressiven Störung der Beschwerdeführerin als nicht nachvollziehbar eingestuft, weil die Symptome durch den Behandler nicht kritisch beleuchtet

C-4129/2022 Seite 24 oder hinterfragt, sondern unreflektiert wie von der Beschwerdeführerin berichtet übernommen worden seien (IV-C-act. 63 S. 16). Auch diese Beurteilung des Gutachters ist im Übrigen nicht nachvollziehbar, finden sich im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ doch detaillierte Ausführungen zum weiteren Verlauf der Therapie, in welchem die Beschwerdeführerin Panik/Ängste und Halluzinationen gezeigt habe (IV-C-act. 36 S. 18-20).

#### **E. 7.4.3.2**

Im Hinblick auf die in Erwägung 7.4.3.1 erwähnten Belastungsergebnisse stellt sich zudem die Frage, ob deren Berücksichtigung zu anderen Schlüssen betreffend die von den Behandlern diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung führen müsste. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hält in seinem ersten Gutachten nämlich Folgendes fest: «Anlässlich der aktuellen Untersuchung lässt sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen im Bereiche des Nackens, der Schulter und des Armes beidseits rechtsbetont sowie im Bereich des Knie rechts nachweisen. Den somatischen Akten kann entnommen werden, dass sich diese Schmerzen zum Teil durch körperliche Störung erklären lassen. Aus psychiatrischer Sicht ist diesbezüglich festzuhalten, dass sich Belastungen nachweisen lassen, welche schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Diesbezüglich ist die Kündigung des Arbeitsplatzes per März 2016 sowie die seit vier Jahren bestehenden Konflikte mit dem Ehemann zu nennen. Die Schmerzen bestehen jedoch schon seit über zehn Jahren, während den ersten Jahren des Schmerzsyndroms können retrospektiv keine ausgeprägteren psychischen oder emotionalen Belastungen nachgewiesen werden.» (IV-C-act. 63 S. 13; Hervorhebungen durch das Gericht). Im Verlaufsgutachten äussert sich der Gutachter wiederum in vergleichbarer Weise: «Anlässlich der aktuellen Untersuchung lässt sich anamnestisch ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen im Bereiche des Nackens, der Schultern beidseits sowie der Arme beidseits und insbesondere der Handgelenke beidseits sowie im Bereiche beider Knie nachweisen. Wie den somatischen Akten entnommen werden kann, lassen sich diese Schmerzen zum Teil durch körperliche Störungen erklären. Aus psychiatrischer Sicht kann gesagt werden, dass sich Belastungen nachweisen lassen, welche schwerwiegend genug sind, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Diesbezüglich sind insbesondere die andauernden und belastenden Konflikte mit dem Ehemann zu nennen. Diese Belastung besteht seit etwa 4 bis 5 Jahren. Die Schmerzen sind erstmals jedoch vor etwa 13 Jahren aufgetreten. Bis vor 4 bis 5 Jahren lassen sich keine emotionalen Belastungen nachweisen, welche als schwerwiegend genug betrachtet werden können, um

C-4129/2022 Seite 25 in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen.» (IV-C-act. 134 S. 18 f.; Hervorhebungen durch das Gericht).

#### **E. 7.4.3.3**

Zusammenfassend erweist sich die medizinische Sachverhaltserhebung zur Beurteilung der Traumafolgestörung und allfälliger damit verbundener (weiterer) Auswirkungen auf die psychische Situation der Beschwerdeführerin als ungenügend. Somit kann bereits aufgrund der obigen Ausführungen auf die beiden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin nicht abgestellt werden.

#### **E. 7.4.4**

Soweit die Beschwerdeführerin in ihren Eingaben lediglich die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens beantragt (vgl. BVGer-act. 1 Ziff. 34; 12 Ziff. 10), ist dies für den vorliegenden Fall als nicht ausreichend zu beurteilen: Denn vorliegend sind diverse weitere somatische Einschränkungen der Beschwerdeführerin, die neben den rheumatologischen Beschwerden bestehen, weder von den Gutachtern noch vom RAD interdisziplinär gewürdigt worden. Konkret handelt es sich um die folgenden Diagnosen: Asthma bronchiale; Refluxösophagitis; Refluxgastritis; Hiatusinsuffizienz; chronische Gastritis (Typ B und Typ C); Lactoseintoleranz; Infektanfälligkeit; Zustand nach Grandmal Anfall; Bulbitis duodeni; Steatosis hepatis mit leichter Hepatomegalie; Colonadenom – Zustand nach Abtragung; Tachykardie unklarer Genese; Verdacht auf COPD bei mittel- bis höhergradiger peripheren Bronchialobstruktion mit Teilreversibilität auf Bronchospasmyse, FEV1: 1.18L, d. h. 51 % von Soll; leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und Verdacht auf Lymphödem der Beine, mehr rechts als links (vgl. IV-C-act. 13; 22 S. 58-61; 36 S. 2 ff.; 41 S. 20; 42 S. 18-20; 99 S. 2 ff.; 101 S. 1 ff.; 123 S. 5 und 19 f.). Insbesondere im Hinblick auf das erst im Jahr 2020 neu diagnostizierte leichte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom stellt sich die Frage, ob und falls ja, inwieweit dies neben den psychischen Störungen gegebenenfalls Einfluss auf die Schlafqualität und damit auch die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat. Weiter scheint aufgrund der Aktenlage zumindest nicht ausgeschlossen, dass die verschiedenen gastroenterologischen Probleme der Beschwerdeführerin einen Einfluss auf deren Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme haben, welche ihrerseits teilweise – wie auch von der IV-Stelle duplikweise geltend gemacht – Einfluss auf die zahlreichen Hospitalisationen der Beschwerdeführerin in der Klinik G. \_\_\_\_\_ (total sieben Aufenthalte von Juni 2016 bis Januar 2020) zu haben scheint. So wird beispielsweise im Austrittsbericht der Klinik C-4129/2022 Seite 26 G. \_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2016 (1. Klinikaufenthalt) festgehalten, die Beschwerdeführerin habe vor drei Wochen alle Medikamente bis auf Dekrisol, Salbutamol und Viani aufgrund von Magenschmerzen abgesetzt (IV-C-act. 36 S. 44). Einem weiteren Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2017 (4. Klinikaufenthalt) ist zu entnehmen, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin trotz der weiteren Einnahme der Medikamente nicht verbessert habe, sodass sie vor drei Wochen Saroten vollständig abgesetzt habe, weil sie habe versuchen wollen, ohne die Medikamente zurechtzukommen, da sie wieder Magenprobleme entwickelt habe. Nach Absetzen von Saroten habe sich ihr Befinden weiter verschlechtert (IV-C-act. 46 S. 3). 8. Zusammenfassend ist Folgendes festzuhalten:

#### **E. 8**

Beginnende degenerative HWS-Veränderungen gemäss MRI vom 08.05.2013 (aktuell ohne klinisches Korrelat)

#### **E. 8.1**

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

IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (vgl. dazu oben E. 7.4.4).

### **E. 8.2**

Die Vorinstanz ist 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 (vgl. oben E. 7) erscheinen zumindest Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie 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 – im vorliegenden Fall beispielsweise aus dem Bereich der Pneumologie und Kardiologie – 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 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

C-4129/2022 Seite 27

### **E. 8.3**

Die interdisziplinäre Begutachtung hat grundsätzlich in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV, SR 830.11]; vgl. auch 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.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insbesondere Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

### **E. 8.4**

Bei dieser Sachlage ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweise abzusehen. Im Übrigen litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungswise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1005/2021 vom 28. April 2023 E. 6.1). 9. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1).

### **E. 9**

Spreizfüsse

### **E. 9.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 9.2**

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung.

#### **E. 9.2.1**

Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 12. Juni 2009 über die Mehrwertsteuer [Mehrwertsteuergesetz, MWSTG, SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

#### **E. 9.2.2**

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte mit Eingabe vom 22. März 2023 für den Zeitraum vom 19. August 2022 bis zum 22. März 2023 eine Kostennote in der Höhe von Fr. 5'235.50 (18.61 Stunden à Fr. 250.– zuzüglich Auslagen von Fr. 208.70 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 374.30) ein (BVGer-act. 16). Der geltend gemachte Aufwand von 18.61 Stunden erscheint unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als überhöht, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Das vorliegende Verfahren weist im Quervergleich mit ähnlichen Fällen weder eine besondere Bedeutung noch ausserordentliche Schwierigkeiten auf. Der Aktenumfang ist durchschnittlich und es wurde ein doppelter Schriftenwechsel geführt. Überdies hat der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin bereits seit dem Erlass des ersten Vorbescheids im Verwaltungsverfahren vertreten. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1) ist der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Beschwerde von ungefähr 11.5 Textseiten von total 11.84 Stunden (Honorarleistungen vom 19.8., 15.9. und 16.9.2022) auf 8 Stunden zu reduzieren.

C-4129/2022 Seite 29 Vor demselben Hintergrund ist sodann auch der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Replik von drei Textseiten von total 5.17 Stunden (Honorar-Leistungen vom 3.11., 16.11. und 8.12.2022 sowie 23.1. und 18.2.2023) auf 2 Stunden zu reduzieren. Hinsichtlich der vom Rechtsvertreter geltend gemachten Auslagen fällt auf, dass pro Kopie Fr. 1.50 berechnet wird. Diese Positionen sind gestützt auf Art. 11 Abs. 4 VGKE auf Fr. 0.50 pro Kopie zu reduzieren. Weiter ist auch – entgegen der Honorarnote – keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. oben E. 9.2.1). Das Bundesverwaltungsgericht erachtet somit eine gekürzte Parteientschädigung von Fr. 2'996.70 als angemessen, wobei sich dieser Betrag aus 11.6 Stunden à Fr. 250.– (= Fr. 2'900.–) sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 96.70 (Porto Fr. 40.70; 112 Kopien à Fr. 0.50) zusammensetzt.

#### **E. 10**

Deutliche Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung (18/18 positive Fibromyalgie-Druckpunkte und 3/3 positive Kontrollpunkte, Selbstlimitierung), nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend

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