



Urteil vom 6. Oktober 2025

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Viktoria Helfenstein, Richter Philipp Egli,
Gerichtsschreiberin Anja Valier.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Peter Wohnlich, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Neuanmeldung;
Verfügung der IVSTA vom 18. Januar 2022.

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1961 geborene und in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend Beschwerdeführerin) ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder (geboren 1992 und 1994). Die Beschwerdeführerin ist diplomierte Operationsschwester und arbeitete unter anderem vom 1. September 1998 bis 30. September 2013 zu 50% als OP-Schwester in der Klinik B. _____ AG in C. _____ sowie ab dem 1. Oktober 2013 als Technische Operationsschwester Leitung zu 80% in der Venenklinik D. _____ AG in C. _____ (letzter Arbeitstag: 10. August 2020) und leistete dabei bis Dezember 2020 Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vorinstanzliche Akten [act.] 49-52).

B.

B.a Am 19. Februar 2013 hat der damalige Arbeitgeber für die Beschwerdeführerin eine Früherfassungsmeldung eingereicht, daraufhin meldete sich die Beschwerdeführerin am 22. April 2013 erstmals zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an und machte gesundheitliche Einschränkungen (mit Arbeitsunfähigkeit von 100 %) geltend seit einem Unfall vom 11. April 2011, bei dem sie sich das rechte Knie an ihrer damaligen Arbeitsstelle am Operationstisch angeschlagen habe (act. 1, 7 und 10 S. 7 f.) und der sie ab 30. Oktober 2012 in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränke.

B.b In der Folge leitete das Sozialversicherungszentrum E. _____ (nachfolgend: IV-Stelle) das ordentliche Abklärungsverfahren ein und forderte die notwendigen Unterlagen ein. Zudem zog sie die Akten des Unfallversicherers bei, welche der IV-Stelle im Verlauf des Verfahrens mehrfach Unterlagen, darunter auch ein von ihr in Auftrag gegebenes Gutachten sowie ihre Verfügung über die Einstellung der Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung, übermittelte (act. 53 ff., 61 f., 75 ff, 79, 88). Sämtliche medizinischen Akten wurden dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Würdigung unterbreitet.

B.c Mit Verfügungen vom 30. Oktober 2013 und 9. Dezember 2013 lehnte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) den Anspruch auf berufliche Massnahmen und Invalidenrente ab, da der RAD in seiner Beurteilung zum Ergebnis gekommen sei, dass nach erfolgter Operation, Rehabilitation und Rekonvaleszenzphase eine

vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im bisherigen Pensum von 50 % vorliege. Diese Einschätzung werde auch durch die behandelnden Ärzte bestätigt, welche keine Einwände für die Wiederaufnahme in der beruflichen Tätigkeit ab August/September 2013 hätten. Die Beschwerdeführerin habe zudem die IV-Stelle informiert, dass sie ab dem 15. September 2013 wieder voll arbeitsfähig sei und ab dem 1. Oktober 2013 ihr bisheriges Pensum wieder aufgenommen habe. Deshalb bestehe kein Rentenanspruch und berufliche Massnahmen seien nicht nötig (act. 31 und 38).

C.

C.a Am 15. Februar 2021 reichte die Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle erneut eine Anmeldung für den Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ein (act. 41). Die Beschwerdeführerin machte weiterhin Einschränkungen durch Probleme des rechten Knies geltend, wobei zwischenzeitlich am 13. Oktober 2020 eine Knie totalprothese implantiert worden sei. Zusätzlich machte sie insbesondere Beschwerden beider Füsse (Hallux) geltend (act. 41; 102 S. 4 f.).

C.b Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. F. _____ vom 28. Oktober 2021 (act. 102 S. 14 ff.) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 1. November 2021 mit, dass die Abweisung ihres (zweiten) Leistungsbegehrens vorgesehen sei, da keine gesundheitliche Einschränkung vorliege, die eine bleibende oder längere Zeit andauernde Arbeits- respektive Erwerbsunfähigkeit begründe (act. 90). In der Folge erhob die Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2021 dagegen (act. 94).

C.c Nach weiteren Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und gestützt auf eine Stellungnahme des RAD-Arztes vom 10. Januar 2022 wies die Vorinstanz das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Januar 2022 ab (act. 102 S. 19 f.; 105). Zur Begründung führte sie aus, dass die Würdigung der medizinischen Berichte und Befunde durch den RAD-Arzt ergeben habe, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen würden, welche eine bleibende oder längere Zeit dauernde Arbeits- respektive Erwerbsunfähigkeit begründen würden. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im bisherigen Umfang. Folglich sei eine Invalidität im Sinne des Gesetzes nicht ausgewiesen (act. 105).

D.

D.a Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Wohnlich, am 18. Februar 2022 Beschwerde einreichen und machte geltend, sie sei sowohl im angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, weshalb die Verfügung der Vorinstanz vom 18. Januar 2022 vollumfänglich aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine volle IV-Rente auszurichten sei, eventualiter sei die Angelegenheit zur Neuurteilung zwecks Vornahme von zusätzlichen Abklärungen zur gesundheitlichen Situation an die Vorinstanz zurückzuweisen. Insbesondere sei die Vorinstanz zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, insbesondere auch mit einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, einzuholen sowie eine eingehende Beurteilung der Auswirkungen der Gesundheitseinschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (BVGer-act. 1).

D.b Der mit Zwischenverfügung vom 23. Februar 2022 einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- (BVGer-act. 2) ging am 18. März 2022 bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 4).

D.c Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 11. April 2022, unter Verweis auf den Verzicht der IV-Stelle auf Stellungnahme vom 6. April 2022, die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung der Verfügung vom 18. Januar 2022 (BVGer-act. 6).

D.d Das Bundesverwaltungsgericht schloss den Schriftenwechsel mit Zwischenverfügung vom 14. April 2022 (BVGer-act. 7).

E.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 VwVG; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

1.1 Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a–26^{bis} und Art. 28–70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. 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).

1.3 Als direkte Adressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung berührt und sie kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG; vgl. auch BVGer-act. 4), einzutreten.

2.

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.

2.2 Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgängerin im Kanton E. _____ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt im grenznahen Deutschland Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons E. _____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2022 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen.

3.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 18. Januar 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung vom 15. Februar 2021 mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat.

4.

Zum Beschwerdeverfahren ist Folgendes festzuhalten:

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).

4.2 Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht 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).

4.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht

(vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indes 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).

5.

Nachfolgend ist zunächst das anwendbare materielle Recht und der zeitlich massgebende Sachverhalt zu bestimmen:

5.1 Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert (vgl. oben Bst. A). Es liegt damit 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 im vorliegenden 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). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entschiede ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn. Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. dazu z.B. Urteile des BVerfG C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

5.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtsätze 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). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Die hier angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aufgrund der Neuanmeldung vom 15. Februar 2021 jedoch Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 31. Dezember 2021 (vgl. dazu nachfolgend E. 6.3 in fine). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation sind nicht die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen, sondern die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (vgl. zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 2 m.w.H.).

5.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 18. Januar 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

6.

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

6.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 6.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. act. 49), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

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). 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).

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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht zudem 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. Dies gilt auch im Fall einer Neuanmeldung (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-2694/2017 vom 7. Juni 2021 E. 7.3 mit Hinweis auf BGE 142 V 547 E. 3).

Aufgrund der Neuanmeldung vom 15. Februar 2021 (vgl. dazu oben Bst. C), können im vorliegenden Fall Rentenansprüche frühestens ab 1. August 2021 geprüft werden (Art. 29 Abs. 1 IVG).

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). 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

– wie hier – nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] Nr. 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

6.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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 (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung – wie vorliegend – 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 (vgl. dazu BGE 130 V 71; Urteil des BGer 8C_238/2023 vom 22. November 2023 E. 3.2.1). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Wie bereits erwähnt, ist die Änderung des Invaliditätsgrades eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch *erheblichen* Weise Voraussetzung für eine Rentenrevision (beziehungsweise Neuanmeldung). Für eine Rentenanpassung genügt nicht bereits «irgendeine» Veränderung im Sachverhalt. Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt somit nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 m.w.H.). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision 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). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 8C_4/2024 vom 27. November 2024 E. 3.3 mit Hinweisen

auf BGE 141 V 9 und Urteil des BGer 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 2.3.1).

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.).

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.).

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, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungs-interner 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).

6.6.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Interne Berichte des RAD nach Art. 49 Abs. 1 IVV haben eine andere Funktion als die medizinischen Gutachten (Art. 44 ATSG) oder die Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV (vgl. zu Letzteren BGE 135 V 254 E. 3.3 und 3.4). In Ersteren würdigen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben. Der Beweiswert ihrer Stellungnahmen hängt davon ab, ob sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ärztliche Berichte genügen. Sie müssen 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 (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, 9C_323/2009

E. 4.3.1; Urteil des BGer 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.).

7.

7.1 Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 15. Februar 2021 eingetreten und hat mit Verfügung vom 18. Januar 2022 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mangels erheblicher Änderung des Sachverhalts verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-714/2021, C-4890/2021 vom 31. August 2023 E. 5). Nachfolgend in einem ersten Schritt zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem 9. Dezember 2013 (Zeitpunkt der rechtskräftigen Ablehnung des ersten Leistungsbegehrens [vgl. oben Bst. B.c]) und der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2022 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist (vgl. oben E. 6.5).

7.2 Im Zeitpunkt der unangefochten in (formelle) Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 9. Dezember 2013, mit welcher ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente verneint wurde, lagen der Vorinstanz die folgenden medizinischen Unterlagen und RAD-Stellungnahmen vor:

7.2.1 Am 4. Juli 2011 führte Dr. med. G. _____, Zentrum für bildgebende Diagnostik, ein triplanares MRT des Kniegelenkes rechts durch und stellte in seinem Befundbericht vom 4. Juli 2011 keinen signifikanten Gelenkerguss fest. Weiter erkannte er Signal- und Konturalterationen des patellaren Gelenkknorpels wie bei Chondromalacia patellae Grad III, eine ungefähr 1,5 cm auf 1 cm grosse subkortikale Infraktion in der Belastungszone des medialen Condylus mit mässigem perifokalen Spongiosaödem im Sinne einer medialen Condylennekrose. Begleitend hierzu fänden sich als Folge des direkten Traumas mehr diffuse Signalstörungen im distalen Anteil des M. vastus medialis mit Unschärfe seiner Sehne und des medialen Retinaculum, aspektmässig einer Partialruptur entsprechend. Status nach

Operation eines ossären Kreuzbandausrisses, wobei eine konklusive Beurteilung des wahrscheinlich nicht kontinuierlich getrennten Kreuzbandes nicht möglich sei, intaktes hinteres Kreuzband. Zum Teil lineare, zum Teil diffuse Signalstörungen im medialen Hinterhorn als Ausdruck einer kleinen Ruptur. Dr. med. G. _____ führte aus, dass der Befund von fraglichem aktuellen Krankheitswert sei, es bestünden starke Knorpelschäden auf der inneren und äusseren Seite des Gelenks mit kleinen knöchernen Veränderungen am Gelenkrand. Der äussere Meniskus sehe normal aus (act. 17 S. 5).

7.2.2 Dr. med. H. _____, Orthopäde in der Orthopädie in C. _____, beschreibt in seinem Bericht vom 20. September 2011 belastungsunabhängige Beschwerden am rechten Knie, die sich bei der Ausübung des Sports bemerkbar machen würden. Klinisch stellte er eine normale Beweglichkeit sowie eine Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt fest (act. 17 S. 6).

7.2.3 Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie, hielt in seinem Arztzeugnis vom 26. Oktober 2011 einen Zustand nach vorderer Kreuzbandersatzplastik des rechten Kniegelenks 1983 sowie einen Zustand nach komplexer Vorfuss-Korrektur-Operation links 2008, jeweils aktuell ohne Beschwerden, fest und nannte als vorläufige (aktuelle) Diagnose eine Kontusion des rechten Kniegelenks mit Infraktion der medialen Femurkondyle und ein Spongiosa-Ödem (act. 17 S. 7).

7.2.4 Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie FMH, diagnostizierte für die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Unfallversicherer) anhand der medizinischen Unterlagen in seinem Bericht vom 31. Oktober 2011 eine Kniekontusion rechts am 11. April 2011 mit Partialruptur des medialen Retinaculum, Traumatisierung eines Vorzustandes bei Zustand nach Kreuzbandoperation, Retropatellararthrose Grad III, Kondylennekrose medial, Chondromalazie mediales und laterales Gelenkkompartiment und prognostizierte einen guten Verlauf, wobei es aufgrund des Vorzustandes immer wieder zu Problemen kommen könne (Arthrose) (act. 17 S. 9 f.).

7.2.5 Dem Arztbericht von Dr. med. H. _____ vom 24. November 2011 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin stark hinke, im Stehen gebe es keine Auffälligkeiten. Das Knie sehe normal aus, habe keinen Erguss, kaum Überwärmung und sei mechanisch stabil. Die Beschwerdeführerin klagt über Druckdolenz am ventralen medialen Tibiakopf, es bestehe eine exquisite Klopfdolenz, welche sich bis auf den distalen medialen Femur

ausbreite. Die Bänder im Knie seien stabil und es gebe keine Anzeichen für Probleme mit dem Meniskus. Die aktuellen Beschwerden könnten daher nicht auf eine Chondrokalzinose zurückgeführt werden, zudem gebe es keine Anzeichen für eine Gelenkentzündung oder den erwarteten Reizerguss (act. 12 S. 24).

7.2.6 Dr. med. K._____, Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, und Dr. med. L._____, Leitender Arzt Sektion Sportorthopädie und spezielle Kniegelenkchirurgie, M._____ Spital GmbH, stellten im Arztbericht vom 15. Dezember 2011 die Diagnose Osteonekrose medialer Femurkondylus rechts bei Zustand nach direktem Anpralltrauma rechts und Zustand nach femoraler VKB- (Vorderes Kreuzband) Durchzugsnaht vor 28 Jahren (act. 55 S. 13 f.).

7.2.7 Dr. med. J._____ erstellte am 17. Januar 2012 ein Gutachten für den Unfallversicherer. Er hielt fest, dass bei der Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall vom 11. April 2011 am rechten Knie ein Vorzustand bei Zustand nach vorderer Kreuzbandersatzplastik mit Instabilität und einer Chondropathia patellae bestanden habe. Er führte weiter aus, dass angenommen werden müsse, dass die aktuelle Problematik im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11. April 2011 stehe. In der MRI-Untersuchung vom 4. Juli 2011 seien Veränderungen nachweisbar, welche, verglichen mit der MRI-Untersuchung vom 28. März 2011, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein erlittenes Trauma hinweisen würden. Er diagnostizierte eine traumatische Knorpel-Knochen-Läsion am medialen Femurkondylus rechts nach Kniekontusion am 11. April 2011 bei Zustand nach vorderer Kreuzbandersatzplastik von 1983 (act. 17 S. 21).

7.2.8 Dr. med. N._____, behandelnder Arzt, orthopädisch-unfallchirurgische Partnerschaft an der O._____-Clinic, diagnostizierte am 12. Juni 2012 eine leichte Impression der vorbestehenden subchondralen Fraktur des medialen Femurkondylus rechts (S82.18 R), einen vollständigen Abriss der Hinterhornanheftung des Innenmeniskus mit progredienter Extrusion des Meniskus nach medial rechts (M23.23 R), einen Knorpelschaden des medialen Femurkondylus rechts, im Bereich der Hinterhornloge, Schweregrad 4 (M94.26 R), einen Knorpelschaden lateral mit fokaler Schweregrad 4-Läsion am Femurkondylus rechts (M94.26 R) und einen Zustand nach mehrmaliger Knieoperation beidseits (Z48.9). Dr. med. N._____ empfahl die valgierende Umstellung mit Slopekorrektur Knie rechts, um die VKB-Insuffizienz zu vermindern (act. 12 S. 21).

7.2.9 Die Beschwerdeführerin suchte nach plötzlichen stechenden Knie-schmerzen Dr. med. L. _____ auf. Dieser diagnostizierte am 29. Oktober 2012 einen luxierten Korbhenkelriss des Innenmeniskus rechts, eine Osteonekrose medialer Femurkondylus rechts bei Zustand nach direktem Anpralltrauma rechts am 1. April 2011 (recte: 11. April 2011), eine chronische Instabilität bei Zustand nach femoraler VKB-Durchzugsnaht rechts vor 28 Jahren. Am 30. Oktober 2012 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Operation (act. 12 S. 18), wobei insbesondere das vordere Kreuzband im rechten Knie durch Sehnen ersetzt und ein Teil des Innenmeniskus im rechten Knie entfernt wurde, eine Knorpelglättung und Mikrofrakturierung des oberen rechten Oberschenkelknochens, eine Notchplastik sowie eine Teilsynovektomie des rechten Kniegelenks durchgeführt wurden (act. 12 S. 16 f.).

7.2.10 Dr. med. P. _____, Radiologische Praxis, Q. _____, führte am 3. Januar 2013 ein MRT des rechten Kniegelenks durch und beurteilte, dass der vordere Kreuzbandersatz intakt erscheine. Im Bereich der Tragzone des medialen Femurcondylus bestehe ein Nachweis eines osteochondralen Defektes mit begleitenden subchondralen ödematösen Markraumreaktionen, eine medial betonte Gonarthrose mit medial betonter Gelenkspaltverschmälerung. Dr. med. P. _____ stellte keine neu auftretenden knöchernen Verletzungen oder ossären Destruktionen fest, keinen Anhalt für eine frische Bandläsion, sowie keinen Nachweis eines Meniskusganglions oder eines Neurinoms (act. 12 S. 8).

7.2.11 Am 13. März 2013 unterzog sich die Beschwerdeführerin erneut einer Operation des rechten Knies. Dr. med. N. _____ führte folgende Operation durch: arthroskopische Synovektomie, arthroskopische Resektion des Osteophyten, arthroskopische Resektion der Vernarbungen, arthroskopisches Debridement der Knorpelsituation, arthroskopische Knorpelglättung, aufklappende valgierende Umstellungsosteotomie mit winkelstabiler, medialer TomoFix Platte (Slope Korrektur mit Anhebung des Tibiaplateaus nach dorsal) (act. 10 S. 7 ff.). Im Anschluss an die Operation hielt sich die Beschwerdeführerin vom 16. März 2013 bis 16. April 2013 stationär zur konservativ orthopädischen Behandlung im Medical Park R. _____ auf (act. 10 S. 2 ff.).

7.2.12 Am 21. Mai 2013 beurteilte der RAD das Operationsergebnis als vielversprechend. Er führte aus, dass die 4-wöchige intensive, stationäre Rehabilitationstherapie gute Erfolge zeige und anzunehmen sei, dass das Knie der Beschwerdeführerin wieder voll regeneriere, das heißt, dass sie

ungefähr ab Juli / August 2013 bei einem 50 %-Pensum wieder 100 % arbeitsfähig sei (act. 29 S. 7).

7.2.13 Die Beschwerdeführerin konsultierte am 6. August 2013, fünf Monate nach der Knieoperation, Dr. med. N._____. Er diagnostizierte als Vorgeschichte die Arthroskopie am rechten Knie, mit Narbensektion, Knorpelglättung und Umstellungsosteotomie mit der TomoFix-Platte zur Stabilisierung der Knochen. Er führte in seinem Arztbericht aus, dass es der Beschwerdeführerin gut gehe, das Knie könne vollständig gestreckt (0 Grad) und bis zu 160 Grad gebeugt werden und sei sowohl medial als auch lateral stabil. Der postoperative Verlauf sei sehr zufriedenstellend und die Beschwerdeführerin ab 11. August 2013 wieder voll einsatzfähig und belastbar (act. 54 S. 57).

7.2.14 Die Beschwerdeführerin trat schliesslich am 1. Oktober 2013 eine neue Arbeitsstelle in ihrem angestammten Beruf als diplomierte Operationsschwester in ihrem bisherigen Pensum von 50 % an, weshalb die Vorinstanz in ihrer Verfügung vom 9. Dezember 2013 schloss, es liege eine vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit vor, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (act. 38 S. 3 f.).

7.3 Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2022, in welcher die Vorinstanz (wiederum) auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit schloss, basiert im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Unterlagen und RAD-Stellungnahmen:

7.3.1 Dr. med. N._____ diagnostizierte bezüglich des rechten Kniegelenks am 12. April 2018, 28. Mai 2019, 11. Juli 2019 und 18. Juni 2020 eine mediale Gonarthrose bei Umstellungsosteotomie des rechten Kniegelenks (M17.9 R), eine Reruptur des VKB-Interponates rechtes Kniegelenk (M23.51 R) sowie Innenmeniskusläsion rechts, einen Zustand nach Kniearthroskopie im Oktober 2020 (M23.33) und eine posttraumatische Muskelschwäche Oberschenkel rechts (M62.89) (act. 40 S. 20 ff. und 30; 54 S. 67). Diese Diagnosen stellten auch Dr. med. S._____ und T._____ am 16. September 2019 (act. 40 S. 23) sowie Prof. Dr. med. U._____, Orthopädische Fachklinik V._____, im Arztbericht vom 17. April 2020 (act. 40 S. 28 f.), Prof. Dr. med. W._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, im Arztbericht vom 8. Juli 2020 (in letzterem Bericht ist zusätzlich ein Genu valgum erwähnt) (act. 40 S. 32 ff.).

7.3.2 Dr. med. J. _____ nahm im Auftrag des Unfallversicherers am 14. September 2020 erneut Stellung zu den medizinischen Unterlagen der Beschwerdeführerin. Er verwies auf seinen Bericht vom 17. Januar 2012 (vgl. E. 7.2.7) und führte aus, dass sich seit 2018 der Zustand wieder verschlechtert habe, indem die Beschwerdeführerin über Beschwerden im Stehen und Gehen klage und eine fortgeschrittene mediale und retropatellare Gonarthrose mit Instabilität bei vorderer Kreuzbandinsuffizienz festgestellt worden sei. Er stellte die Diagnose posttraumatische Gonarthrose rechts mit Instabilität nach Kniekontusion am 11. April 2011 mit subkortikaler Infraktion des medialen Femurkondylus bei/mit Zustand nach Valgisationsosteotomie 2013, Ganglionexzision lateraler Tibiakopf 1997 und vorderer Kreuzbandersatzplastik 1983 (act. 85).

7.3.3 Am 13. Oktober 2020 fand durch Prof. Dr. med. W. _____ und Dr. med. X. _____ in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Y. _____, die Implantation einer zementierten Kniegelenktotalendoprothese mit Retropatellarersatz rechts statt (act. 55 S. 58 f.). Die Operation und der Heilungsverlauf verliefen komplikationslos (act. 40 S. 34, S. 37; act. 57). Im Anschluss daran hielt sich die Beschwerdeführerin vom 20. Oktober 2020 bis 14. November 2020 stationär für die konservativ orthopädische Weiterbehandlung im Medical Park R. _____ auf. Zur Epikrise bei Entlassung hielten die Ärzte fest, die Patientin werde für längere Strecken noch auf die Verwendung von Gehstützen angewiesen sein. Sie sei wieder in der Lage, die Aktivitäten des alltäglichen Lebens selbstständig zu bewältigen. Einschränkungen beständen noch für Arbeiten in gebückter Haltung, kniend oder im Hochsitz, kein Heben, Tragen bzw. Bewegen von Lasten über 10 kg (act. 40 S. 37).

7.3.4 Bezüglich des Fussleidens reichte die Beschwerdeführerin im Verfahren der Neu anmeldung für den vorliegend relevanten Zeitraum (vgl. oben E. 7.1) Arztberichte von Dr. med. S. _____ und T. _____ vom 16. September 2019, von Dr. med. Dr. hc. Z. _____ und Dr. Aa. _____ vom 26. Januar 2021 und von Dr. med. Bb. _____ vom 15. April 2021 sowie den OP-Bericht von Dr. med. Cc. _____ vom 7. Mai 2021 ein. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 und 2012 wegen Beschwerden aufgrund eines Hallux valgus beim linken Fuss Korrektur-Operationen vornehmen liess. Den Arztberichten von Dr. med. Dr. hc. Z. _____ und Dr. Aa. _____ vom 26. Januar 2021 und von Dr. med. Bb. _____ vom 15. April 2021 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am linken Fuss an einer Metatarsalgie leidet und das MRT des rechten oberen Sprunggelenks vom 15. April 2021 eine

Teilruptur des Aussenbandes mit Ruptur des Lig. Talofibulare anterius, keine Ruptur des Innenbandes, vorderes Syndesmosenband intakt, leichte Zerrung des hinteren Syndesmosenbandes, kleiner Längsriss des Peroneus longus-Sehne bei Eintritt in das Fussgewölbe, sowie eine fortgeschrittene Arthrose im Lisfranc-Gelenk ergab (act. 40 S. 9 ff.; act. 58).

7.3.5 Im Weiteren reichte die Beschwerdeführerin Arztberichte ein, die auf Basaliome an der Unterlippe und an der Stirn hinweisen, die in den Jahren 2018 und 2019 operativ entfernt wurden (act. 40 S. 1 ff.).

7.3.6 Dr. med. Dd. _____ (Internist, Betriebsarzt, Q. _____) hielt mit Kurzbericht vom 13. Oktober 2020 und Arztbericht vom 19. Oktober 2020 als Diagnosen eine akute Krisensituation (F43.0) sowie eine Gonarthrose (M17.96) fest und führte aus, dass die Beschwerdeführerin akute massive psychische Belastungen am Arbeitsplatz mit multiplen psychosomatischen Beschwerden wie z.B. rezidivierende hypertensive Krisen habe. Sie sei seit dem 13. August arbeitsunfähig (act. 82 S. 251 ff.). Mit fachärztlichem Attest vom 30. November 2020 attestierte Dr. med. Dd. _____, dass die Beschwerdeführerin vom 13. August bis 11. Oktober 2020 auf Grund psychosomatischer Beschwerden, bedingt durch Probleme am Arbeitsplatz, arbeitsunfähig gewesen sei (act. 40 S. 41). In seinem Formularbericht vom 3. Dezember 2020 nannte Ee. _____, Facharzt für psychosomatische Medizin/Psychotherapie, Ff. _____, die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (Z56), empfahl eine ambulante Psychotherapie und hielt fest, «bei Bedarf stützendes Gespräch möglich!» (act. 40 S. 40).

7.3.7 Am 17. August 2021 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. Gg. _____ im Auftrag des Unfallversicherers begutachtet. Der Arzt diagnostizierte betreffend das rechte Knie einen Status nach VKB-Revision (VKB-Durchzugsnaht) 1984 mit intermittierenden, konklusiven, verschiedenen langen, belastungsbedingten Episoden bis 2011 aufgrund der klinisch festgestellten relevanten Insuffizienz des VKB's (intraoperative Feststellung: komplette alte vordere Kreuzbandruptur) und den teilweise sekundären chondralen Reaktionen, einen Status nach Kontusion ohne äusserlich erkennbare Folgen am 11. April 2011, einen Status nach leichter Infraktion einer idiopathischen Osteonekrose im medialen Femurkondylus, einen Status nach Arthroskopie am 30. Oktober 2012 mit VKB-Plastik (Semitendinosus-/Gracilissehnen-Transplant), Notchplastik, medialer Teilmenispektomie und Mikrofakturierung des osteonekrotischen Bereichs im

medialen Femurkondylus, einen Status nach erneuter Arthroskopie und nachfolgender, tibial aufklappender valgusierender Umstellungsosteotomie mit Slope-Korrektur am 13. März 2013, einen Status nach Plattenentfernung am 18. Juni 2014 sowie einen Status nach Knieprothese am 13. Oktober 2020 mit primärer Gonarthrose und lateralen Beschwerden. Aus den Akten ergebe sich schlüssig (nicht nur überwiegend wahrscheinlich), dass im rechten Knieinnenraum nie und im periartikular-medialen Bereich des Knies nur eine vorübergehende Folge (Weichteilverletzung, welche aber zeitgerecht und folgenlos geheilt sei und Gegenteiliges weder dokumentiert noch wahrscheinlich sei) der inkriminierten Kontusion bestanden habe. Dass die Beschwerden angedauert hätten und exazerbiert seien, sei auf die ereignisfremde und schicksalhaft ablaufende Osteonekrose im Bereich der Belastungszone des rechten medialen Femurkondylus (innerer Fortsatz des Oberschenkelknochens, der das Kniegelenk bildet) zurückzuführen und habe seither alle, das Knie betreffende Behandlungen indiziert. Betreffend den linken Fuss stellte Dr. med. Gg. _____ multiple Eingriffe mit Restbeschwerden fest und betreffend den rechten Fuss eine degenerative und symptomatische Mittelfussveränderung (act. 79 S. 30). Der Gutachter kritisierte die Einschätzungen von Dr. med. J. _____ (act. 17 S. 9 ff.; act. 54 S. 19 ff.) aufgrund von inkompletten Überlegungen. Eine nochmalige kritische Überarbeitung der Einschätzungen habe Dr. med. J. _____ als nicht notwendig erachtet (act. 54 S. 75 ff.), was nicht nur in Anbetracht der seither vergangenen Zeit nicht lege artis sowie unseriös und irreführend sei. Der Bericht aus dem Jahre 2011 weise Fehler und Unklarheiten auf, unter anderem, weil damals kein Status «nach mehreren» VKB-Eingriffen bestanden habe, sondern nur ein VKB-Eingriff stattgefunden habe (act. 79 S. 27 f.).

Der Gutachter hielt fest, dass die geschilderten und aus Sicht der Beschwerdeführerin eine uneingeschränkte Wiedereingliederung in den angestammten Arbeitsprozess verhindernden Beschwerden weder klinisch noch radiologisch umfassend erklär- oder nachvollziehbar seien. Die Beschwerdeführerin werde durch die unkritische und nicht fachlich objektivier- und/oder begründbare Beurteilung der andauernden ärztlichen Bescheinigung von Unfallfolgen mit Bestätigung der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer subjektiven Leidensverstärkung (iatrogen prolongierte Befindlichkeitsstörung) seit langem unterstützt. Die Befunde seien weder am rechten Knie noch an den Füßen – unabhängig davon, ob die geltend gemachten Probleme unfallbedingt oder auf eine idiopathische primäre Ätiologie zurückzuführen sind – klinisch oder radiologisch auch nur annähernd so ausgeprägt, dass sich daraus eine signifikante, den Alltag oder das

Berufsleben möglicherweise, sicher aber nicht wahrscheinlich messbare Einschränkung ableiten und hinreichend mit einem objektivierbaren pathologischen Substrat begründen liesse. Die Beschwerden seien als Verdeutlichung zu interpretieren; dies sei auch daran zu erkennen, dass nach den jeweils technisch komplikationslos verlaufenen Operationen am Knie äusserst prolongierte stationäre Rehabilitationsmassnahmen stattgefunden hätten, ohne dass es hierfür eine nachvollziehbare Begründung gegeben habe oder dies mit den zeitnah dokumentierten klinischen Befunden aus der Retrospektive annähernd erklär- oder nachvollziehbar sei (act. 79 S. 28 ff.).

Was die Arbeitsunfähigkeit betreffe, seien die überwiegend wahrscheinlichen Kontusionsfolgen an den Weichteilen längst ausgeheilt und sei daher – seit der zeitgerechten Heilung – eine Beeinträchtigung des Alltags oder der beruflichen Tätigkeit nicht ausgewiesen. Auch die aktuellen klinischen und radiologischen ereignisfremden Befunde könnten die weiterhin anhaltend geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht annähernd, geschweige denn umfassend oder hinreichend erklären. Dies gelte sowohl im Zusammenhang mit dem hier zu beurteilenden rechten Knie als auch den Befunden an den Füßen. Als technische Operationsassistentin in leitender Funktion (als fast ausschliesslich stehende Tätigkeit) könne seit mindestens dem 21. Januar 2021 aus orthopädisch-traumatologischer Sicht weder eine unfallbedingte noch eine ereignisfremde Begründung für eine Einschränkung der Tätigkeit im angestammten Beruf anerkannt werden (act. 79 S. 35 f.).

7.3.8 Der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. F. _____ vom 28. Oktober 2021 ist zu entnehmen, dass er sich auf das wissenschaftliche Gutachten von Dr. med. Gg. _____ vom 16. September 2021 abstützt. Er qualifiziert das Gutachten inhaltlich und formal als korrekt. Darin werde nicht nur die Frage der Unfallkausalität der Kniebeschwerden beleuchtet und verneint. Gestützt auf die vom Gutachter gestellten Diagnosen bestehe in der angestammten Tätigkeit als leitende Operations-Schwester eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch bei Berücksichtigung der ereignisfremden Diagnosen bezüglich des Unfalls. Diese Beurteilung sei versicherungsmedizinisch plausibel und nachvollziehbar. Medizinisch-theoretisch habe wegen der Implantation einer Kniegelenktotalprothese am 13. Oktober 2020 bis zur gutachterlichen Untersuchung am 17. August 2021 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 18. August 2021 sei die Beschwerdeführerin wieder zu 100 % arbeitsfähig für die angestammte Tätigkeit und auf dem freien Arbeitsmarkt gewesen. Es gebe keine weiteren

Einschränkungen und ein Belastungsprofil entfalle (act. 102 S. 14 ff.). Bezüglich des neu eingereichten Sprechstundenberichts des Hh. _____-Krankenhauses vom 10. November 2021 (act. 94 S. 9), der die degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten Fusses beschreibe und eine Schuhzurichtung als konservative Therapie empfehle, hält der RAD-Arzt fest, dass diese Beschwerden schon Gegenstand des unabhängigen Gutachtens von Dr. med. Gg. _____ gewesen seien. Die Forderung nach einem polydisziplinären Gutachten ohne relevante neue Diagnosen oder Befunde aus anderen Fachgebieten komme einer Suche nach Zufallsbefunden gleich und sei versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar. Der Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei nur vorübergehend und nicht langandauernd gewesen. Zudem lägen keine funktionellen Einschränkungen im Haushalt vor (act. 102 S. 14 ff.).

7.4

7.4.1 Die Beschwerdeführerin führt im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens an, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Ablehnung ihres Rentengesuchs am 9. Dezember 2013 signifikant verschlechtert habe. In Bezug auf beide Füße und das rechte Bein lägen medizinisch fundierte Einschränkungen vor, die sich signifikant auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die Patientin zeige Symptome einer exazerbierten Erkrankung, die eine signifikante Beeinträchtigung der körperlichen Verfassung zur Folge hätten. So sei sie beispielsweise kaum mehr in der Lage, das rechte Bein zu belasten. Die Beschwerdeführerin führt erneut an, dass das Gutachten von Dr. med. Gg. _____ als ein unfallversicherungsrechtliches Gutachten zu betrachten sei, welches sich auf die Frage der Unfallkausalität konzentriere. Die Vorinstanz habe auf diesen Einwand nicht reagiert. In dem vorliegenden Gutachten erfolge weder die Erhebung eines Belastungsprofils noch eine Prognose bezüglich der Dauerhaftigkeit der gesundheitlichen Einschränkungen. Das Gutachten von Dr. med. Gg. _____ weise signifikante Mängel auf, die eine Nachvollziehbarkeit und Beweiskraft einschränkten. Die Ausrichtung des Gutachtens auf die Leistungseinstellung gegenüber der Unfallversicherung stehe im Vordergrund, während die Untersuchung der Unfallkausalität und die Bewertung der erwerblichen Einschränkungen der gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin vernachlässigt würden. Des Weiteren führt die Beschwerdeführerin an, dass der Gutachter Dr. med. Gg. _____ als von vornherein befangen zu beurteilen sei und er somit von vornherein nicht als Experte herangezogen werden könne. Zu Beginn des Explorationsgesprächs sei die Beschwerdeführerin mit einem Bild des Operationssaals der Klinik B. _____

konfrontiert worden, bei der es sich um den früheren Arbeitgeber der Beschwerdeführerin handle. Zudem sei ihr seitens des Arztes versichert worden, dass eine Verletzung am Operationstisch ausgeschlossen werden könne. Darüber hinaus habe er ihr dargelegt, dass sämtliche zuvor durchgeführten Operationen fehlerhaft und obsolet gewesen seien, obschon er zu diesem Zeitpunkt nicht einmal über sämtliche relevante ärztliche Berichte verfügt habe. Diese Schlussfolgerung indiziere, dass der Gutachter seine Schlussfolgerungen nicht auf einer soliden Grundlage medizinischer Aktenlage getroffen habe, sondern vielmehr aufgrund einer vorgefassten Meinung. Aus dem gesamten Ablauf der Begutachtung, der sich auch im Gutachten widerspiegeln lasse, lasse sich eine manifeste Voreingenommenheit ableiten. Es sei darauf hingewiesen, dass dem Gutachter dieser Vorbehalt nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden sei. Dies resultiere in einer unzureichenden Sachverhaltsabklärung an dieser Stelle (BVGer-act. 1).

7.4.2 Das bislang von der Vorinstanz nicht durchgeführte, aber geforderte polydisziplinäre Gutachten sei insbesondere auch deshalb angezeigt, weil der Gutachter Dr. med. Gg. _____ mehrfach darauf verweise, dass sich die Beschwerdeführerin subjektiv augenscheinlich nicht arbeitsfähig sehe. Es handle sich hierbei um eine Ausführung, die jeglicher medizinischer Substanz entbehre und sich daher nicht nachvollziehen lasse. Die Arbeitsfähigkeit in einer potenziell angepassten Tätigkeit sei seitens der Vorinstanz nicht evaluiert worden und es sei kein Belastungsprofil erstellt worden. Die vorliegende Sachlage lasse den Schluss zu, dass die medizinische Angelegenheit seitens der Vorinstanz nicht hinreichend erörtert worden sei. Aus diesem Grund sei es zwingend erforderlich, dass die Vorinstanz ein Gutachten in Auftrag gebe und einhole (BVGer-act. 1)

7.4.3 In der Beschwerde wird zusätzlich auf den bereits eingereichten Bericht von Dr. med. Dr. h. c. Z. _____ sowie Dr. Aa. _____ vom Hh. _____ Krankenhaus vom 10. November 2021 verwiesen (act. 94 S. 9 f.). In Bezug auf den Fuss links äussert Dr. Aa. _____ in ihrer Beurteilung vom 26. Januar 2021 die Auffassung, dass bei anhaltenden Beschwerden gegebenenfalls eine minimalinvasive Osteotomie der Metatarsalia II-IV erforderlich sei. Der Operationstermin stehe zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht fest. Die Operation könne erst nach vollständiger Wiederherstellung der Belastbarkeit des rechten Beins durchgeführt werden. Die medizinischen Berichte vom 26. Januar 2021 und vom 10. November 2021 legten nahe, dass insbesondere in Bezug auf beide Füße sowie das rechte Bein noch erhebliche, medizinisch begründete Einschränkungen vorliegen würden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Es sei von

essentieller Bedeutung, dass die Analyse der vorliegenden Daten mit äusserster Sorgfalt erfolge (BVGer-act. 1).

7.4.4 Gemäss den Ausführungen von Dr. med. J. _____ im Bericht vom 10. Januar 2012, dessen Ergebnis er im neueren Bericht vom 10. September 2020 bestätigt habe, sei aufgrund des erlittenen Unfalls eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes zu verzeichnen. In der Konsequenz sei die gesundheitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als erwiesen zu betrachten (BVGer-act. 1 Ziff. 2.5). Aufgrund der eindeutigen medizinischen Aktenlage sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin in ihrer ursprünglichen Tätigkeit als vollständig arbeitsunfähig zu betrachten sei. Andernfalls wäre sie in der Vergangenheit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen. Die Vorinstanz orientiere sich in ihrer Beurteilung ausschliesslich am Gutachten von Dr. med. Gg. _____ und setze sich mit den divergierenden medizinischen Akten nicht hinreichend auseinander (BVGer-act. 1 Ziff. 2.6).

7.5 Zur Beurteilung des RAD-Arztes ist Folgendes festzuhalten:

7.5.1 Aus den Akten geht hervor, dass zwischen dem 9. Dezember 2013 und dem 18. Januar 2022 – unter Vorbehalt des Nachfolgenden – keine gänzlich neuen, bislang unbekanntem Diagnosen gestellt worden sind. Am 13. Oktober 2020 wurde eine Kniegelenktotalprothese am rechten Knie implantiert (vgl. E. 7.3.3). Zusätzlich reichte die Beschwerdeführerin neue ärztliche Unterlagen zu ihrem Fussleiden ein (vgl. E. C.a, E. 7.3.4), wobei unter anderem eine weitere Operation des linken Fusses in Aussicht gestellt wurde (act. 57). Das Vorliegen neuer Diagnosen oder Eingriffe allein ist jedoch nicht ausreichend, um eine signifikante Veränderung des Gesundheitszustandes zu belegen (vgl. oben E. 6.5). Für die Bestimmung des Rentenanspruchs ist vielmehr – unabhängig von der Diagnose und unbezogen der Ätiologie – entscheidend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit ausgewiesen ist (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_827/2018 vom 10. April 2019 E. 6.2.2 m.w.H.). In dieser Hinsicht ist festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. med. Gg. _____ zwar methodisch nachvollziehbar zur Frage der Unfallkausalität Stellung nimmt, für die Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der funktionellen Folgen jedoch unzureichend bleibt, wie nachfolgend aufzuzeigen ist: In der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin wurden die Auswirkungen der Knie-TEP sowie der dokumentierten Fuss-Problematik nicht in der erforderlichen Tiefe geprüft. Der Gutachter beschränkt sich hinsichtlich der Füsse im Wesentlichen auf die

Feststellung multipler Eingriffe links und degenerativer Mittelfussveränderungen rechts, ohne deren funktionelle Auswirkungen näher zu analysieren. Die geltend gemachten Beschwerden werden summarisch als Verdeutlichung qualifiziert, ohne eine differenzierte Auseinandersetzung mit den konkret geschilderten Einschränkungen beim Gehen und Stehen vorzunehmen. Ebenso bleibt unbegründet, weshalb die dokumentierten degenerativen Befunde – trotz attestierter Symptomatik und dem Umstand, dass weitere operative Massnahmen «angedacht» sind und die vorgeführten Schuheinlagen als ungenügend beurteilt wurden – nicht geeignet sein sollen, eine relevante funktionelle Einschränkung im Alltag oder Erwerbsleben zu begründen. Statt einer fachlich vertieften Beurteilung wird die Problematik teilweise polemisch zurückgewiesen («Absurdität, die nicht zu übertreffen ist»), was den Anforderungen an eine sachliche, medizinisch nachvollziehbare Einschätzung nicht genügt. Damit fehlt es an einer tragfähigen Grundlage für die Beurteilung, ob und in welchem Ausmass die kombinierte Knie- und Fussproblematik die Belastbarkeit in den für die Invaliditätsbemessung zentralen Bereichen Stehen, Gehen und Tragen einschränkt. Namentlich bleibt offen, ob die degenerativen Veränderungen an den Füßen in ihrem funktionellen Zusammenwirken mit der Knieendoprothese zusätzliche Einschränkungen bewirken, ob durch geeignete konservative oder operative Therapien eine wesentliche Verbesserung zu erwarten wäre und in welchem Umfang die geltend gemachten Schmerzen und Belastungsgrenzen auf objektivierbare Befunde zurückgeführt werden können. Angesichts der medizinischen Komplexität, die sowohl orthopädische wie auch rehabilitationsmedizinische Fachkenntnis erfordert, kann auf eine unabhängige fachärztliche Abklärung nicht verzichtet werden. Nur eine solche erlaubt eine fachübergreifende Würdigung der Knie- und Fussbefunde, die Erfassung der funktionellen Folgen im Alltag sowie die Beurteilung der Zumutbarkeit in der angestammten wie auch in leidensangepassten Tätigkeiten. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der Beweiswert eines (hier im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren erstellten) Gutachtens im Rahmen einer Neuanmeldung entscheidend davon abhängt, ob es sich hinreichend auf die für Art. 87 Abs. 3 IVV massgebende Frage einer erheblichen Änderung des Sachverhalts seit rechtskräftiger Ablehnung des früheren Leistungsgesuchs bezieht (vgl. oben E. 6.5; Urteil BVGer C-5626/2017 E. 6.5.1). Eine explizite Äusserung von Dr. med. Gg. _____ zu dieser spezifischen Fragestellung ist nicht ersichtlich. Die Eignung des unfallversicherungsrechtlichen Gutachtens für die invalidenrechtliche Fragestellung ist bereits an dieser Stelle zu bezweifeln. Die ergänzenden Feststellungen des RAD-Arztes (100 % Arbeitsunfähigkeit vom 13. Oktober 2020 bis 17. August 2021 aufgrund Implantation einer

Kniegelenkstotalprothese) beruhen lediglich auf allgemeinmedizinischer Einschätzung; Zwar benötigen RAD-Ärzte nicht zwingend einen spezifischen Facharztstitel, wenn sie lediglich die vorhandenen Akten würdigen, ohne einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu erstellen. Beschränken sie sich jedoch nicht darauf, die ihnen vorliegenden Berichte und Gutachten zu würdigen, sondern nehmen sie eigenständige medizinische Beurteilungen vor, setzt dies eine spezifische fachärztliche Qualifikation voraus (vgl. Urteil des BGer 8C_342/2023 vom 7. Dezember 2023 E. 5.7.3 mit Hinweisen; eingehend: Susanne Bollinger, Recht und Medizin: RAD – zuständig und auch kompetent?, HAVE 2023, 281 ff.). Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass der RAD-Arzt sich nicht auf eine Aktenwürdigung beschränkte. Vielmehr nahm er mit den ergänzenden Feststellungen eine eigenständige medizinische Beurteilung über die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin vor, die eine spezifische fachärztliche Qualifikation voraussetzt. Zudem bildete seine Beurteilung die Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs.

7.5.2 Im vorliegenden Verfahren ist zu klären, ob die Vorinstanz in ihrer Verfügung vom 18. Januar 2022 zu Recht davon ausging, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als leitende Operationschwester wie auch in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist. Es ist dabei von essentieller Bedeutung, dass die Analyse der aktenkundigen Berichte der behandelnden (Fach-) Ärzte mit äusserster Sorgfalt erfolgt. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten abweichenden ärztlichen Einschätzungen, namentlich die Berichte von Dr. med. Dr. h. c. Z. _____ und Dr. Aa. _____ vom 26. Januar 2021 sowie der Bericht des Hh. _____-Krankenhauses vom 10. November 2021, wurden von der Vorinstanz zwar zur Kenntnis genommen, jedoch nicht in einer Weise gewürdigt, die den Anforderungen an eine umfassende Abklärung im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG entspricht (vgl. E. 7.5.8).

7.5.3 Die Beschwerdeführerin rügt, dass das Gutachten von Dr. med. Gg. _____ eine einseitige Fokussierung auf unfallversicherungsrechtliche Fragestellungen aufweise, keine nachvollziehbare Prognose hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen enthalte und aufgrund der gesamten Begutachtungssituation von Befangenheit geprägt sei. In Bezug auf den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. Gg. _____ ist zunächst festzuhalten, dass gemäss der konstanten Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 1.3.4) Gutachten externer Sachverständiger, die im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, volle Beweiskraft geniessen, sofern sie umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden

berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurden und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Begründung der Schlussfolgerungen einleuchten. Es sei jedoch angemerkt, dass diese Grundsätze nur unter der Prämisse Gültigkeit besitzen, dass keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

Im vorliegenden Fall bestehen signifikante Indizien, die die Schlüssigkeit und Vollständigkeit des Gutachtens anzweifeln lassen. So legt das vorhandene Gutachten den Schwerpunkt auf die Analyse der Unfallkausalität der Knieproblematik, ohne jedoch in der für die Invalidenversicherung entscheidenden Weise die seit 2018 zunehmend dokumentierten degenerativen und traumatisch überlagerten Veränderungen zu würdigen. Die mehrfache operative Behandlung – Arthroskopien, Umstellungsosteotomie und schliesslich die Implantation einer Kniegelenktotalprothese im Oktober 2020 – wird zwar referiert, indessen fehlt eine differenzierte Auseinandersetzung mit deren funktionellen Folgen. Dass der Gutachter die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einschränkungen beim Stehen und Gehen sowie die erhobenen Belastungsgrenzen pauschal als Verdeutlichung qualifiziert, ohne zu begründen, weshalb diese nicht zumindest teilweise im Zusammenhang mit den dokumentierten degenerativen Veränderungen und dem endoprothetischen Eingriff plausibel erscheinen könnten, vermag nicht zu überzeugen. Das Bundesgericht hält hierzu fest, dass, soweit die Anzeichen auf eine Aggravation neben einer ausgewiesenen selbstständigen Gesundheitsschädigung auftreten, deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen sind (BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 8C_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.2). Dies ist hier nicht erfolgt. Des Weiteren enthält das Gutachten keine Auseinandersetzung mit der longitudinalen Entwicklung des vorliegenden Beschwerdebildes. Es bleibt offen, inwiefern die nachgewiesene progrediente Gonarthrose, die degenerativen Veränderungen und die wiederholten Operationen zu einer schrittweisen funktionellen Einschränkung führten, die für die Beurteilung der verbleibenden Leistungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung ist. Das vorliegende Gutachten weist damit keine inhaltliche Tragfähigkeit und umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf.

7.5.4 Ein weiteres signifikantes Indiz gegen die Schlüssigkeit des Gutachtens ist die unzureichende Auseinandersetzung mit den aktuellen Befunden zur Fussproblematik. Die Beschwerdeführerin hat fachärztliche Befunde eingereicht, die signifikante degenerative Veränderungen im Bereich des Lisfranc-Gelenks sowie eine Teilruptur des Ligamentum talofibulare anterius dokumentieren. Diese Befunde datieren aus dem Jahr 2021 und

fallen somit klar in den für die Neuanschuldung relevanten Zeitraum. Gleichwohl werden sie im vorliegenden Gutachten lediglich am Rande erwähnt, ohne dass eine substantielle Analyse ihrer funktionellen Auswirkungen vorgenommen wird. Es konnte bislang keine Antwort auf die zentrale Frage gefunden werden, inwiefern die vorliegenden Fussbeschwerden die Steh- und Gehfähigkeit beeinflussen. Beide sind für die bisherige Tätigkeit als Operationsschwester von entscheidender Bedeutung. Gemäss der invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die sich am Gesamtbild der gesundheitlichen Beeinträchtigungen orientiert, manifestiert sich in diesem Fall eine signifikante Lücke. Die pauschale Qualifikation, die Fussbeschwerden seien klinisch und radiologisch nicht erklärbar, ersetzt keine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den neueren bildgebenden Befunden und deren potenzieller funktioneller Relevanz. In Anbetracht der vorliegenden Umstände mangelt es dem Gutachten an der erforderlichen Schlüssigkeit und Vollständigkeit, um als fundierte Grundlage für die IV-rechtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu dienen (vgl. hierzu konkret unten E. 7.5.7).

7.5.5 Weiter erscheinen allfällige Einschränkungen in psychischer Hinsicht nicht hinreichend abgeklärt: Gemäss den Akten der Vorinstanz wurde von einem Facharzt für psychosomatische Medizin/Psychotherapie die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) gestellt (vgl. E. 7.3.6). In der vorliegenden Beurteilung wird diese als «lediglich vorübergehend» klassifiziert, ohne dass eine umfassende fachärztliche Evaluation stattgefunden hätte (vgl. IV-act. 102 S. 17). Die psychischen Faktoren erscheinen damit nicht hinreichend geklärt. Es kann weder aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin selbst kein psychisches Leiden geltend macht, noch daraus, dass ihr Rechtsvertreter diesen Aspekt in der Beschwerde nicht aufgreift, geschlossen werden, eine Abklärung sei entbehrlich. Vielmehr bedarf es zur verlässlichen Beurteilung einer sorgfältigen psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Untersuchung.

7.5.6 Seitens der Vorinstanz wurde eine Prüfung der Rüge der Voreingenommenheit des Gutachters unterlassen. Es trifft zwar zu, dass allein die Tatsache, dass ein Gutachter kritische Bemerkungen gegenüber der versicherten Person oder gegenüber früheren medizinischen Einschätzungen äussert, noch keinen Ausstandsgrund zu begründen vermag. Gemäss der Rechtsprechung ist jedoch eine ernsthafte Prüfung des Anscheins der Befangenheit erforderlich, wenn die versicherte Person konkrete Vorwürfe hinsichtlich einer vorab festgelegten Schlussfolgerung des Gutachters

erhebt (BGE 132 V 93 E. 7.2.2; Urteil des BGer 8C_227/2013 vom 22. August 2013). Die Beschwerdeführerin schildert konkrete Vorkommnisse während der Exploration, die geeignet sind, Zweifel an der Unvoreingenommenheit des Gutachters zu wecken (vgl. die in E.7.4.1 geschilderten Vorkommnisse; BVGer-act. 1 Ziff. 2.2). Die Frage, ob damit tatsächlich ein Ausstandsgrund vorliegt, braucht an dieser Stelle jedoch nicht erörtert werden. Die vorliegende Entscheidung ist dahingehend zu kritisieren, dass die Vorinstanz die substantiierten Einwände ohne eine adäquate Prüfung verworfen hat. Dies steht im Widerspruch zum Untersuchungsgrundsatz sowie dem Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine sorgfältige und faire Abklärung. Es wäre angezeigt gewesen, zumindest ergänzende Stellungnahmen einzuholen oder die Begutachtung einer anderen, neutralen Fachperson zu übertragen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Wortwahl und Argumentation des Gutachters nicht in allen Teilen den an die gebotene Neutralität und Sachlichkeit zu stellenden Anforderungen genügt. Wenn er etwa Vorgutachten als «eine Absurdität, die nicht zu übertreffen ist» (act. 79 S. 39) bezeichnet, einen Vorgutachter als «sehr (selbst)kritikarm» (act. 79 S. 28) qualifiziert oder sich zum «Verdacht auf Befangenheit» (act. 79 S. 39) äussert, handelt es sich um wertende Bemerkungen ohne unmittelbaren medizinischen Bezug. Es ist festzustellen, dass dies ebenso Gültigkeit besitzt, sofern er sich unter Verweis auf Fotografien aus dem Internet (act. 79 S. 29) zum Unfallhergang äussert. Derartige Ausführungen sind als spekulativ einzustufen und überschreiten den medizinischen Begutachtungsauftrag. In Anbetracht der vorliegenden Formulierungen bestehen signifikante Zweifel an der geforderten Objektivität des vorliegenden Gutachtens (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2; Urteil des BGer 8C_665/2015 E. 5.2).

7.5.7 Es bleibt festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. med. Gg. _____ die Thematik der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht behandelt. Der Gutachter konstatiert, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit uneingeschränkt gegeben ist. Jedoch wird ausser Acht gelassen, dass im Rahmen der Invalidenversicherung nicht nur die bisherige, sondern auch eine allfällige angepasste Tätigkeit von Relevanz ist. In Anbetracht der durchgeführten Kniegelenktotalprothese sowie der multiplen Fussoperationen wäre die Erstellung eines differenzierten Belastungsprofils erforderlich gewesen, welches die funktionellen Möglichkeiten und Einschränkungen der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit berücksichtigt. Eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann nur nach entsprechender Prüfung erfolgen.

7.5.8 Schliesslich ist festzuhalten, dass die Vorinstanz die ergänzenden Berichte des Hh. _____-Krankenhauses vom 10. November 2021 sowie die Stellungnahmen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht in gebotener Weise berücksichtigt hat. Die eingereichten Arztberichte dokumentieren eine Lisfranc-Arthrose mit klinisch fassbarer Instabilität und Schmerz wiedererkennung. Sie konkretisieren die oben (E. 7.5.4) angesprochene Grundsatzproblematik und enthalten therapeutische Empfehlungen (Schuhzurichtung, Abrollhilfe, Röntgenreizbestrahlung, Physiotherapie). Diese Empfehlungen weisen auf eine persistierende funktionelle Einschränkung mit Relevanz für das längerdauernde Stehen und Gehen hin. Jedoch stützte sich der RAD in seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2021 im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. Gg. _____, ohne die neuen ärztlichen Befunde im Nachgang eigenständig zu analysieren. Der Hinweis, es handle sich um eine «Suche nach Zufallsbefunden», stellt keine adäquate Ersatzleistung für eine sachliche Auseinandersetzung mit den dokumentierten degenerativen Veränderungen und den konkret beschriebenen klinischen Einschränkungen dar. Die gebotene eigenständige, kritische Würdigung der Aktenlage gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG ist demnach nicht gegeben. Dieser Umstand ist insbesondere vor dem Hintergrund von signifikanter Relevanz, da die behandelnden Ärztinnen – namentlich Dr. Aa. _____ und Dr. med. li _____ – die vorliegenden Beschwerden nachvollziehbar sowohl auf die Fussveränderungen als auch auf die postoperative Situation nach Knie-TEP zurückführen und zumindest übergangsweise eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren.

7.5.9 In Anbetracht der obenstehenden Ausführungen ist festzustellen, dass die medizinische Sachverhaltsabklärung Lücken aufweist und die Beweiswürdigung der Vorinstanz nicht hinreichend ist. Aufgrund der divergierenden medizinischen Einschätzungen sowie der vom Gericht festgestellten Mängel in der Erhebung des relevanten Gesundheitszustandes lässt sich die Restarbeitsfähigkeit nicht abschliessend klären. Es bestehen damit erhebliche Zweifel an der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit August 2021, wie es das Gutachten von Dr. med. Gg. _____ nahelegt. Die Zweifel betreffen nicht ausschliesslich die Schlüssigkeit der Diagnosen, sondern auch deren vollständige Berücksichtigung und insbesondere die angemessene Bewertung der funktionellen Auswirkungen und die Prognose. Aufgrund der divergierenden Einschätzungen zwischen Gutachten, RAD und Behandelnden ist eine unabhängige, polydisziplinäre Begutachtung erforderlich, um die tatsächliche funktionelle Leistungsfähigkeit – sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit – zuverlässig zu klären.

8.

Zusammengefasst ist Folgendes festzuhalten:

8.1 Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen. In Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG ist die Sache daher zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die vorliegende Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Gemäss dieser ist eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

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 erscheinen Expertisen in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie, Rheumatologie und Innere Medizin erforderlich. Aufgrund der wiederholt dokumentierten psychischen Belastungen sowie der Hinweise auf psychosomatische Komponenten ist auch die Disziplin der Psychiatrie zu involvieren. Die Entscheidung, ob zusätzliche Fachbereiche, beispielsweise aus dem Bereich der Neurologie, erforderlich sind, obliegt den Gutachterinnen und Gutachtern. Die vorliegende Begutachtung hat nach den Standards der Schweizerischen Versicherungsmedizin zu erfolgen. Zudem ist es essenziell, dass sämtliche erhobenen Befunde in einer interdisziplinären Gesamtschau und in ihrem Verlauf gewürdigt werden. Ferner ist die Erstellung eines differenzierten Belastungsprofils erforderlich, welches die funktionellen Möglichkeiten und Einschränkungen der Beschwerdeführerin in bisheriger und angepasster Tätigkeit realistisch abbildet. Im Falle einer Restarbeitsfähigkeit in der bisherigen und/oder in einer angepassten Tätigkeit stellt sich schliesslich die Frage nach der Verwertbarkeit derselben angesichts des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin (mit Jahrgang 1961).

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. 72^{bis} 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).

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 verfügungsweise 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.

9.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder 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)

9.2 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).

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

wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (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 ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.]) gerechtfertigt. Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 18. Januar 2022 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Anja Valier

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: