

BVGer C-1385/2022 vom 28. April 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1385_2022

FR: TAF C-1385/2022 du 28 avril 2026

IT: TAF C-1385/2022 del 28 aprile 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20] i.V.m. Art. 40 Abst. 2 IVV [SR 831.201]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). 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), einzutreten.

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. Februar 2022, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Nachdem das erste Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Dezember 2014 abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnte im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 17. Februar 2022 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 BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 3.2

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 17. September 2018 erfolgten Neuanmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier primär die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG (SR 830.1) in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden - soweit nicht anders vermerkt - im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. Februar 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 Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4

Die Beschwerdeführerin hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IVSTA-act. 10 S. 2 f.), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob sie invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach 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. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit, 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).

E. 5.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung 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). Ist die Verwaltung, wie hier, auf die Neuanmeldung eingetreten und hat sie eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 5.4

Bei einer Neuanmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des BGer 8C_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1 m.w.H.).

E. 5.4.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2 und 5.4).

E. 5.4.2

Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuanmeldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neu-anmelde- bzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C_40/2024 E. 3.2.1 9C_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1). Im Rahmen einer solchen umfassenden Neuprüfung ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Rentenzusprache führt (Urteil des BGer 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 5.2; vgl. auch BGE 143 V 91 E. 4.2).

E. 5.5

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. 5.6

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision (oder Neuanmeldung) erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. Urteil des BGer 8C_553/2021 vom 13. April 2023 E. 4.2.4 m.H.).

E. 5.7

Geht es um psychische Erkrankungen 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. 6.1

In der ersten rentenablehnenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall am 29. Februar 2012 ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad 1 sowie eine Kontusion der oberen Brustwirbelsäule (BWS) erlitten habe, diese Verletzungen jedoch zu einer maximalen Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen geführt hätten. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis seien zwar weitere Diagnosen gestellt worden, jedoch hätten keine Funktionsdefizite objektiviert werden können. Da bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrischen Diagnosen vorlagen, wurden ihre Schmerzen - unter Hinweis auf die damals geltende «Überwindbarkeitspraxis» - aus rechtlicher Sicht als vollständig überwindbar erachtet. Infolgedessen wurde das Vorliegen

einer Invalidität im Sinne des Gesetzes verneint (IVSTA-act. 50).

E. 6.2

Die relevante medizinische Aktenlage seit dem 17. Dezember 2014 präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.2.1

Nach einem körperlichen Angriff gegenüber der Beschwerdeführerin wurden im Arztbericht der chirurgischen Notfallambulanz des E._____ vom 23. Oktober 2017 folgende Diagnosen angeführt: Schädel-Hirn-Trauma mit vegetativer Symptomatik, Schürfwunde Unterkiefer links, Rückenprellung im LWS-Bereich links. Es wurden Kühlung, Schonung und schmerzadaptierte Analgesie bei Bedarf empfohlen (IVSTA-act. 72 S. 7).

E. 6.2.2

Gemäss Brief vom 10. November 2017 hatte sich die Beschwerdeführerin am 7. November 2017 wegen einer Kniegelenksverstauchung rechts in einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis vorgestellt (IVSTA-act. 72 S. 8).

E. 6.2.3

Vom 1.-22. November 2017 hatte sich die Beschwerdeführerin in der F._____ aufgehalten. Im Kurbericht vom 21. November 2017 wurden Erschöpfungsdepression, allergische Diathese, Verdacht auf myofaszielles Syndrom, LWS-/HWS-Syndrom sowie Stressinkontinenz II genannt. Bei Entlassung wurde eine deutliche Besserung der myofaszialen Beschwerden sowie eine psychische Stabilisierung dokumentiert (IVSTA-act. 72 S. 9).

E. 6.2.4

Nach einem Verkehrsunfall am 1. Februar 2018 litt die Beschwerdeführerin an starken Nacken- und Kopfschmerzen (vgl. IVSTA-act. 66 S. 5 [Schadenmeldung UVG], 98 S. 10).

E. 6.2.5

Gemäss Berichten vom 2. und 7. Februar 2018 wurde die Beschwerdeführerin nach dem Verkehrsunfall im E._____ vom 1.-2. Februar 2018 stationärer behandelt. Es wurden die Diagnosen Schädelprellung mit vegetativer Begleitsymptomatik sowie HWS- und BWS-Distorsion genannt. Die Entlassung erfolgte auf eigenen Wunsch bei deutlich gebessertem Allgemeinzustand und Rückgang der Symptome jedoch nicht vollständig rückläufiger Schmerzsymptomatik der HWS. Es wurde körperliche Schonung für einige Tage empfohlen (vgl. IVSTA-act. 72 S. 10, 72 S. 13 = 74 S. 7, 93 S. 17 = 98 S. 11; vgl. auch IVSTA-act. 78 S. 7-9.).

E. 6.2.6

Am 7. Februar 2018 wurde die Beschwerdeführerin erneut im E._____ ambulant behandelt. Im gleichentags verfassten Bericht wurden folgende Diagnosen genannt: Zustand nach Verkehrsunfall, HWS-Zerrung, Ausschluss Schädel-Hirn-Trauma, Verdacht auf Migräne. Es wurden Schonung, Analgesie, neurologische Abklärung, Wiedervorstellung beim Hausarzt sowie Weiterführung der Physiotherapie empfohlen (IVSTA-act. 72 S. 14 = 74 S. 8).

E. 6.2.7

Im Bericht vom 9. März 2018 hielt der Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr. med. G._____ im Rahmen der Anamnese Folgendes fest: Zustand nach Auffahrunfall am 1. Februar, HWS-Schleudertrauma, jetzt Schwindel seit zwei Tagen und pfeifender Tinnitus rechts. In der Folge stellte Dr. med. G._____ folgende Diagnosen: Ausschluss Hörstörung, Normalhörigkeit beidseits, Zustand nach HWS-Schleudertrauma 2017 [recte: 2018], kein Anhalt für vestibulären Schwindel, Tinnitus rechts (IVSTA-act. 72 S. 12).

E. 6.2.8

Am 4. April 2018 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS durchgeführt. In der Beurteilung wurde festgehalten: Trisegmentale Bandscheibendegeneration mit bulging L3/L4, Dehydrierung mit Prolaps, links betont bei L4/L5 und medial subligamentär L5/S1 (IVSTA-act. 66 S. 1 = 98 S. 8).

E. 6.2.9

Am 19. April 2018 wurde eine MRT der HWS durchgeführt. Dabei ergaben sich folgende Befunde: keine entzündliche oder maligne Mark-Raum-Infiltration, leichte links-konvexe Schwingung zervikal, deutliche Steilhaltung der HWS, gegenüber der Voruntersuchung 05/2016 Befundprogress mit knöchern gestütztem medialen Prolaps C5/C6 auf dem Boden einer breiten Protrusion, die rechts nach neuroforaminal einstrahlt, in C4/C5 konstante rechts ausgezogene Protrusion, kein miterfasster thorakaler Prolaps, kein Myelopathiesignal (IVSTA-act. 66 S. 2 f. = 72 S. 16 = 74 S. 11).

E. 6.2.10

Gemäss Bericht vom 21. April 2018 des Internisten Dr. med. H._____ habe sich die Beschwerdeführerin am 5. Februar 2018 nach dem Unfall am 1. Februar 2018 bei ihm vorgestellt. HWS und LWS seien stark verspannt und blockiert gewesen. Die Diagnosen LWS-Syndrom und Schädelprellung seien gestellt worden. Nach Durchführung von Krankengymnastik habe sich die Beschwerdeführerin am 19. Februar 2018 erneut vorgestellt. Es hätten noch immer erhebliche Verspannungen vorgelegen und es sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 19. Februar bis 23. März 2018 attestiert worden. Bei der Vorstellung am 8. März 2018 sei die HWS noch immer stark verspannt und blockiert gewesen (IVSTA-act. 72 S. 15 = 74 S. 6).

E. 6.2.11

Im Bericht vom 8. Mai 2018 zuhanden der Unfallversicherung führte Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, aus, die Beschwerdeführerin sei im Erstkontakt von der Schmerzproblematik sehr beeinträchtigt, im formalen Gedankengang auf die Symptomatik eingeengt, ratlos und hoffnungslos gewesen. Aktuell zeige sich neben der Schmerzsymptomatik eine ausgeprägte depressive Symptomatik mit Niedergestimmtheit, Antriebslosigkeit und Interessenverlust. Die Beschwerdeführerin sei alleinerziehende Mutter von zwei kleinen Kindern, sodass eine stationäre Behandlung problematisch sei. Es wird regelmässige Krankengymnastik, antidepressive Medikation und tagesklinische Behandlung empfohlen. Aktuell sei die Beschwerdeführerin bis auf weiteres arbeitsunfähig (IVSTA-act. 74 S. 9 f.).

E. 6.2.12

Gemäss Bericht vom 7. Juni 2018 hat Dr. med. I._____ am 17. Mai 2018 die Beschwerdeführerin untersucht. Er nannte folgende Diagnosen: Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), zervikaler Bandscheibenvorfall (ICD-10 M50.2) und lumbaler

Bandscheibenvorfall (ICD-10 M51.2). Es sei zunächst Krankengymnastik verordnet worden. Unter Medikation habe sich die depressive Symptomatik gebessert. Die Stimmung habe sich stabilisiert. Die Beschwerdeführerin imponiere weiterhin sehr auf die Schmerzsymptomatik fokussiert. Die Medikation sei erhöht worden. Zudem sei eine Anmeldung für eine stationäre psychosomatische Behandlung erfolgt, für welche sich die Beschwerdeführerin nun auf der Warteliste befinde (IVSTA-act. 72 S. 17 f.).

E. 6.2.13

Im Bericht vom 12. Juli 2018 wiederholte Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, die soeben angeführten Diagnosen. Als aktuelle Befunde nannte er Schmerzen im zervikalen und lumbalen Bereich, gedrückte Stimmung und Antriebsminderung. Es liege eine depressive Symptomatik sowie eine Schmerzsymptomatik bei Bandscheibenvorfällen auf mehreren Etagen vor. Aktuell leide die Beschwerdeführerin unter schwerer depressiver Symptomatik, weshalb sie ihren alltäglichen Aktivitäten nicht nachgehen könne, bei schwerer Antriebslosigkeit, Niedergestimmtheit und Interessenverlust. Sie sei bis auf weiteres arbeitsunfähig. Eine stationäre Behandlung sei indiziert (IVSTA-act. 93 S. 18-20).

E. 6.2.14

Gemäss Entlassbrief vom 20. August 2018 wurde die Beschwerdeführerin im E._____, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, vom 18. Juli 2018 bis 9. August 2018 stationär behandelt. Als Diagnose wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) angeführt (IVSTA-act. 101 S. 2 ff.). Die Seiten 4 und 5 des Entlassberichts fehlen in den vorinstanzlichen Akten und wurden erst im Beschwerdeverfahren nachträglich eingeholt. Diese Seiten enthalten insbesondere Angaben zur Diagnostik, Beurteilung, Therapie und zum Verlauf. Zusammengefasst wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin würde ein mittlerweile chronischer Schmerz vor allem im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule nach Auffahrunfall vom 1. Februar 2018 vorliegen. Dieser sei nicht alleine durch organische Ursachen erklärbar. Es würden zusätzliche psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen, so sei die Beschwerdeführerin alleinerziehend und es bestünden unerbittliche Ansprüche an die eigene Funktionalität bzw. Perfektionismus. Aufgrund eines eindeutigen Zusammenhangs zwischen der Schmerzsymptomatik und den aufrechterhaltenden Faktoren (zu Grunde liegende Schemata bei der Beschwerdeführerin sowie psychosoziale Belastungssituationen) habe man der Beschwerdeführerin nahegelegt, auch im weiteren Verlauf eine ambulante Therapiemassnahme aufzugreifen. Zum Zeitpunkt der Entlassung sei eine Wiedereingliederungsmassnahme noch nicht denkbar erschienen. Auch ohne Medikation sei durch die physiotherapeutischen Massnahmen eine deutliche Verbesserung erzielt worden (BVGer-act. 23 S. 4 f.).

E. 6.2.15

Im Verlaufsbericht vom 22. November 2018 nannte Dr. med. I._____ folgende Diagnosen: mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), zervikaler Bandscheibenvorfall (ICD-10 M50.2), lumbaler Bandscheibenvorfall (ICD-10 M51.2), anhaltende somatoforme schmerzhaftige Störung (ICD-10 F45.4). Aktuell klage die Patientin über starke Rückenschmerzen sowie Schmerzen im Nackenbereich und berichte von einer Antriebsminderung, gedrückte bis gereizte Stimmung sowie ständiges Überforderungsgefühl. Objektiv sei von einer depressiven Symptomatik mit gedrückter Stimmung und ausgeprägter Antriebsminderung auszugehen. Die Konzentration und das

Auffassungsvermögen seien leicht reduziert. Es gebe keinen Anhalt für psychotisches Erleben. Im formalen Gedankengang imponiere die Patientin ratlos, hoffnungslos und auf die Schmerzproblematik fokussiert. Aktuell sei die Patientin nicht in der Lage, ein durchgehendes Leistungsniveau aufrecht zu erhalten. Sie gerate schnell in Überforderungszustände, könne ihre Kompetenzen nicht ausreichend anwenden und dementsprechend ihren Alltag bewältigen. Sie sei bis auf weiteres arbeitsunfähig (IVSTA-act. 66 S. 3 f. = 93 S. 11 f.).

E. 6.2.16

In seinem Bericht vom 7. Januar 2019 bestätigte Dr. med. I. _____ die gestellten Diagnosen (mittelgradige depressive Episode, zervikaler Bandscheibenvorfall, lumbaler Bandscheibenvorfall). Weiter hielt er fest, die Beschwerdeführerin berichte unter einer regelmässigen physiotherapeutischen Behandlung von einer Besserung der Schmerzsymptomatik und Verspannungen im Nackenbereich. Die Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein würden weiterhin bestehen. Bezüglich der depressiven Symptomatik berichte die Beschwerdeführerin von einer mässigen Besserung der Stimmung und des Antriebes. Dr. med. I. _____ empfiehlt die Fortführung der Krankengymnastik und der medikamentösen Therapie, ferner eine Mutter-Kind-Kur (IVSTA-act. 72 S. 19 f.).

E. 6.2.17

Gemäss Bericht vom 1. April 2019 war die Beschwerdeführerin vom 10. August 2017 bis 21. April 2018 in ambulanter Behandlung beim Internisten Dr. med. H. _____. Für folgende Zeiträume hat er eine umfassende Arbeitsunfähigkeit attestiert: 17.-31. August 2017, 19.-27. Oktober 2017, 23. November 2017 und 19. Februar 2018 bis 23. März 2018. Als Diagnosen werden HWS- und LWS-Distorsion sowie Depression genannt. Die Prognose für die Arbeitsfähigkeit wird als gut eingeschätzt. Da die Beschwerdeführerin seit April 2018 nicht mehr bei Dr. med. H. _____ war, könne er keine Angaben zur aktuellen Situation machen (IVSTA-act. 72 S. 1-5).

E. 6.2.18

Am 9. April 2019 wurde im Rahmen einer Verlaufskontrolle eine MRT der LWS durchgeführt. Dabei wurde gegenüber April 2018 ein Befundprogress festgestellt mit nun auch medianem Prolaps L3/4 sowie etwas betonterem Prolaps rechts paramedian/mediolateral L5/S1 (IVSTA-act. 98 S. 9).

E. 6.2.19

Gemäss Bericht vom 23. Mai 2019 von Dr. med. J. _____ befinde sich die Beschwerdeführerin seit 22. Februar 2018 in seiner ambulanten Behandlung im Regelfall alle vier Wochen. Ab dem 23. Februar 2018 sei bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Die initiale Vorstellung der Beschwerdeführerin sei im Februar 2018 erfolgt bei Zustand nach einem Verkehrsunfall aufgrund von Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den rechten Arm sowie in das linke Bein ausstrahlende Rückenschmerzen. Bereits bei der Erstvorstellung habe sich die Beschwerdeführerin psychisch destabilisiert gezeigt. Im Verlauf sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Ferner habe sich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gezeigt. Aktuell klage die Beschwerdeführerin über massive Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das linke Bein und Urininkontinenz. Im objektiven Befund sei die Beschwerdeführerin im Kontakt freundlich, zugewandt. Die

Stimmung sei gedrückt, im Affekt zeige sich die Beschwerdeführerin zum negativen Pol verschoben bei erhaltener Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb sei aktuell wieder reduziert. Im formalen Gedankengang zeige sich die Beschwerdeführerin auf die Schmerzsymptomatik eingeengt. Es gebe keinen Anhalt für psychotisches Erleben, keine Zwänge. Existenzängste würden berichtet. Von Suizidalität zeige sich die Patientin klar und glaubhaft distanziert. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden lumbaler Bandscheibenvorfall (ICD-10 M51.2), zervikaler Bandscheibenvorfall (ICD-10 M50.2), mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; Erstdiagnose April 2018) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; Erstdiagnose Juli 2018) angeführt. Insgesamt sei die Prognose der Arbeitsfähigkeit trotz längerer Arbeitsunfähigkeits-Zeiten bei multimodaler Behandlung in einer geeigneten Klinik als günstig zu bewerten. Aktuell stünden die Schmerzsymptomatik und der neu aufgetretene Bandscheibenvorfall im Vordergrund. Es sei eine neurochirurgische Vorstellung geplant. Ferner befinde sich die Beschwerdeführerin in regelmässiger ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Aktuell würden bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, bei der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie bei der Durchhaltefähigkeit Funktionseinschränkungen bestehen. An der Fahreignung würden keine Zweifel bestehen. Aktuell sei eine dem Leiden angepasste Tätigkeit mit unter drei Stunden pro Tag zumutbar. Dr. med. J. _____ erachtete eine stationäre Behandlung als dringend indiziert, wobei er insgesamt die Prognose als gut einschätze. Aktuell stünden die depressive Symptomatik sowie Schmerzsymptomatik der Eingliederung im Wege. Die Beschwerdeführerin sei in der Haushaltsführung eingeschränkt, insbesondere die Hausarbeit bereite ihr grosse Schmerzen, weswegen eine Haushaltshilfe eingestellt sei. Ambulant habe nur eine geringe Stabilisierung der psychischen Verfassung erreicht werden können. Erschwerend käme der Befundprogress der Bandscheibendegeneration hinzu (Bandscheibenvorfall L3/4 und L5/S1-Bereich). Eine neurochirurgische Abklärung sei bereits anberaunt. Der weitere Verlauf sei mitunter vom weiteren Prozedere abhängig (IVSTA-act. 90 S. 1-8).

E. 6.2.20

Im Ambulanzbrief vom 18. Juni 2019 nannte der Neurochirurg K. _____, L. _____ Klinikum, die Diagnosen chronisches Schmerzsyndrom, lumbales Facettensyndrom, Iliosakralgelenk (ISG)-Syndrom beidseits sowie HWS-Syndrom. Nach Angaben der Patientin seien die Nacken- und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel nach einem Autounfall am 1. Februar 2018 aufgetreten. Die Schmerzen würden beim Sitzen sowie bei Aktivitäten zunehmen. Die neurologische Untersuchung wurde als weitgehend unauffällig beschrieben und es wurden Druckschmerzen im LWS- und HWS-Bereich festgestellt. In der mitgebrachten MRT der LWS würden sich bis auf Bandscheibenprotrusionen kein grösserer Bandscheibenvorfall oder Spinalkanalstenose finden. Es bestehe aktuell keine Indikation zur operativen Behandlung. Es wurde die Durchführung von schmerztherapeutischen Massnahmen sowie der Unterstützung mit Facettengelenksinfiltration sowie ISG-Infiltration empfohlen (IVSTA-act. 98 S. 6 f. = 103 S. 8 f.).

E. 6.2.21

Gemäss Ambulanzbrief vom 10. September 2019 von Dr. M. _____ habe sich die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmender Nacken- und Schulterschmerzen erneut im L. _____ Klinikum vorgestellt. Als Diagnosen werden wiederum chronisches

Schmerzsyndrom, lumbales Facettensyndrom, Iliosakralgelenk (ISG)-Syndrom beidseits sowie HWS-Syndrom angeführt. Bei der neurologischen Untersuchung weise die Beschwerdeführerin kein Defizit auf. Es bestehe eine ausgeprägte Druck- und Klopfdolenz im ISG und den Facettengelenken LWK4-SWK1 beidseits. In der mitgebrachten MRT der LWS vom 9. April 2019 hätten sich lediglich Bandscheibenprotrusionen, LWK 3/4 und LWK 5/SWK1 ohne Stenosierung oder Nervenwurzelkompressionen gefunden. Im MRT-Befund der HWS vom 19. April 2018 werde ein medialer Prolaps HWK 5/6 mit Myelonkontakt beschrieben. Es bestehe weiterhin keine Indikation zur operativen Behandlung. Empfohlen wurde weiterhin die Durchführung der schmerztherapeutischen Massnahmen, inkl. Facettengelenksinfiltration sowie ISG-Infiltration beidseits. Bei persistierenden Nacken-/Schulterschmerzen wurde die Durchführung einer MRT der HWS empfohlen (IVSTA-act. 103 S. 10 f.).

E. 6.2.22

Mit Bericht vom 16. Oktober 2019 nannte der Neurochirurg K. _____ als Diagnosen ISG-Syndrom, lumbales Facettensyndrom, Nuchalgie sowie posttraumatische chronische Schmerzen. Die Prognose zur Eingliederung sei positiv, wobei die psychische Belastung und die Schmerzen einer Eingliederung im Wege stehen würden (IVSTA-act. 103 S. 3-7).

E. 6.2.23

Im Bericht vom 18. Dezember 2019 führte Dr. med. I. _____ folgende Diagnosen an: anhaltende somatoforme schmerzhaftige Störungen (ICD-10 F45.4), mittelgradige depressive Episode, teilremittiert (ICD-10 F 32.1), Lendenwirbelkörper-Bandscheibenvorfall (ICD-10 M50.2), Bandscheibenprotrusion, differentialdiagnostisch Vorfall in LWS-Bereichen (ICD-10 M[5]1.2). Durchhaltevermögen und Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert, die Flexibilität sei eingeschränkt. Ein längeres Sitzen sei aufgrund der Schmerzsymptomatik nicht möglich. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit auf 50 % einzuschätzen. Bezüglich der depressiven Symptomatik habe insgesamt eine wesentliche Besserung erreicht werden können. Die depressive Symptomatik sei derzeit als teilremittiert einzuschätzen. An diagnostischen Kriterien würden wechselhafte Stimmung, reduzierter, Antrieb, teilweise Interessenverlust sowie Schlafstörungen vorliegen. Die Beschwerdeführerin befinde sich regelmässig in ambulanter psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Eine berufliche Wiedereingliederung mit einem Arbeitspensum beginnend von 50 % sei in einer leidensadaptierten Tätigkeit möglich. Im Verlauf sei eine Steigerung des Arbeitspensums denkbar (IVSTA-act. 111).

E. 6.2.24

Laut undatiertem Bericht von Dr. med. J. _____ (Eingang bei der kantonalen IV-Stelle am 30. Dezember 2019) bestehe bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte Schmerzsymptomatik im HWS-LWS-Bereich sowie eine mittelgradige depressive Episode. Aktuell liege eine Besserung der psychischen Verfassung vor, wobei Schmerzexazerbationen weiterhin bestünden. Es wird vom 23. Februar 2018 bis 16. Dezember 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert und vom 17. Dezember 2019 bis 17. Februar 2020 eine solche von 50 %. Es bestehe ein reduziertes Durchhaltevermögen sowie eine Schmerzsymptomatik beim Sitzen und langem Stehen. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei gut. Die psychotherapeutischen und medikamentösen Therapien seien fortzuführen. Gegenwärtig übe sie eine selbständige Tätigkeit in einem Kosmetikstudio aus (Telefondienst für Terminvereinbarungen, Aufklärungsgespräche vor Behandlung;

IVSTA-act. 110).

E. 6.2.25

Die Vorinstanz veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung. Die Beschwerdeführerin wurde am 27. September 2021 im ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch untersucht. Das polydisziplinäre Gutachten datiert vom 30. November 2021 (IVSTA-act. 180).

E. 6.2.25.1

Der internistische Gutachter Dr. med. O. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte keinerlei Diagnosen, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht negativ beeinflussen würden (IVSTA-act. 180 S. 23).

E. 6.2.25.2

Der psychiatrische Gutachter P. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Betreffend die Herleitung der Diagnose führte er aus, die Beschwerdeführerin habe körperliche Beschwerden, vor allem Nacken- und Rückenschmerzen beklagt, wobei diese jedoch nur sehr vage und ohne klare Lokalisation berichtet worden seien. Die Beschwerden seien ohne jedweden Leidensdruck geschildert worden. Die Beschwerdeführerin habe keine Angaben zur Intensität, der Lokalisation und einer möglichen Veränderung der Schmerzsymptomatik im Tagesverlauf machen können. Sie sei bereits bei vielen Ärzten gewesen, es habe ihr jedoch bislang niemand helfen können. Für die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden hätten bislang keine «psychoanatomischen» Befunde erhoben werden können. Ferner hielt der psychiatrische Gutachter fest, bezüglich der affektiven Komponente zeige die Beschwerdeführerin eine ausgeglichene Stimmungslage mit einem normalen Antrieb und einer guten affektiven Modulationsfähigkeit. Insbesondere fänden sich keine Hinweise auf eine depressive Symptomatik. Es sei somit kein Störungsbild aus dem Spektrum der affektiven Erkrankungen zu stellen. Sodann wird festgehalten, insgesamt würden keine auffälligen psychosozialen Belastungsfaktoren bestehen, aus welchen heraus die Schmerzsymptomatik zumindest teilweise zu erklären wäre (stabile familiäre Verhältnisse, Eigenheim, keine Schulden; IVSTA-act. 180 S. 36 f.). Die Beschwerdeführerin befinde sich seit Februar 2020 nicht mehr in ambulanter fachpsychiatrischer Behandlung, auch würden keine Psychopharmaka eingenommen. Im Sommer 2018 habe eine recht kurze stationäre psychosomatische Behandlung stattgefunden, im entsprechenden Arztbericht würden sich jedoch keine Angaben zum Verlauf der stationären Behandlung finden (Anmerkung: Es handelt sich dabei um die fehlenden Seiten des Entlassbriefes vom 20. August 2018 vgl. vorstehende E. 6.2.14 sowie nachstehende E. 8.2). In der Untersuchung hätten sich erhebliche Tendenzen für eine Aggravation und Simulation von Beschwerden gefunden. Die Beschwerdeführerin habe insbesondere angegeben, unter massiven Konzentrations- und Gedächtnisstörungen zu leiden. Auch Fragen nach herausragenden biographischen Daten habe sie mit jeweils «ich weiss nicht» beantwortet. Sie habe das aktuelle Datum nicht benennen können, ebenso wenig ihre eigene Telefonnummer oder die ihres Partners, auch habe sie ihre Adresse nicht benennen können und wann sie in die Schweiz gekommen sei. Sodann habe sie sich trotz der von ihr beklagten erheblichen kognitiven Störungen in der Lage gesehen, mit ihren Kindern regelmässig Hausaufgaben zu machen und sogar ein Auto zu führen. Ihre Einschränkungen seien immer wieder bekräftigt worden. Gesamthaft würden sich bei der

Alltagsgestaltung aus psychiatrischer Sicht keine erheblichen Einschränkungen zeigen (IVSTA-act. 180 S. 37). Im Rahmen der psychiatrischen Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin beklage seit einem Verkehrsunfall im Jahre 2018 pathoanatomisch nicht hinreichend begründbare Schmerzen, durch welche sie ihren Angaben nach kaum noch in der Lage sei, ein angemessenes Funktionsniveau in verschiedenen Bereichen aufrecht zu erhalten. Psychosoziale Belastungsfaktoren seien im Zeitpunkt der Untersuchung nicht feststellbar gewesen. Es hätten sich jedoch erhebliche Aggravations- und Simulationstendenzen gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei durchaus zur Erledigung auch komplexer Angelegenheiten in der Alltagsgestaltung in der Lage, sodass insgesamt nicht von einer erheblichen Schwere des Störungsbildes auszugehen sei. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % mindestens seit der Erstellung dieses Gutachtens (IVSTA-act. 180 S. 38). Bei einer weiteren Tendenz zur Chronifizierung sei derzeit leider davon auszugehen, dass sich die Schmerzsymptomatik nicht bessern werde. Es würden jedoch deutliche Aggravations- und Simulationstendenzen bestehen. Auch würde derzeit keine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehen. Es werde jedoch empfohlen, eine solche in die Wege zu leiten, sollte sich die Schmerzsymptomatik weiter verschlechtern (IVSTA-act. 180 S. 39).

E. 6.2.25.3

Der rheumatologische Gutachter Dr. med. O. _____, FMH Rheumatologie, nannte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen intermittierendes lumbospondylogenes sowie zervikospondylogenes Schmerzsyndrom. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen Verdacht auf Somatisierungsstörung sowie eine Fussfehlstatik an. Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung führte der rheumatologische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin beklage seit dem 1. Februar 2018 einerseits intermittierende zervikale, blockierend anmutende HWS-Beschwerden mit sehr unterschiedlicher Intensität und unterschiedlichem Auftreten. Der diesbezügliche aktuelle detaillierte Status der HWS habe eine völlig freie Bewegungsfähigkeit der HWS ohne relevante reaktive Myogelosen am Nacken-Schultergürtel und insbesondere klinisch keinerlei Hinweise weder für aktuelle noch residuelle sensomotorische zerviko-radikuläre Ausfälle ergeben. Ebenfalls seit dem Ereignis von Februar 2018 klage die Beschwerdeführerin immer wieder über lumbogluteale Beschwerden mit einer Schmerzexazerbation nun im August 2021 in den Ferien in der Türkei. Die Beschwerdeführerin habe anamnestisch offensichtlich eine derart ausgeprägte Schmerzsymptomatik aufgewiesen, dass sie sich in Notfallstationen von zwei Kliniken in der Türkei präsentiert habe, sodass die dortigen Ärzte - laut mündlichen Angaben der Beschwerdeführerin - sogar eine opioidhaltige Therapie inkl. Infusionstherapien durchgeführt hätten. Bei der Rückkehr nach Deutschland habe offensichtlich aus orthopädischer Sicht keine zwingende Indikation zur unmittelbaren Durchführung einer erneuten Bildgebung bestanden. Die aktuelle klinisch-segmentale Untersuchung der LWS habe einzig eine Dysfunktion in den Segmenten L4/5 rechts und L5/S1 links ergeben, durchaus kompatibel mit den bekannten lokalen Diskopathien. Es würden sich kaum nennenswerte Myogelosen im Beckengürtel zeigen. Der neurologische Status habe weder aktuelle noch residuelle sensomotorisch lumboradikuläre Ausfälle ergeben. Es habe eine ausgedehnte Hypästhesie, beginnend bereits proximal des Beckengürtels, subumbilikal linksseitig festgestellt werden können, das gesamte Bein betreffend bei ansonsten völlig normalen Kraftverhältnissen und symmetrisch erheblichen Muskeleigenreflexen und negativen Nervendehnungstests. Diese diffuse Sensibilitätsstörung könne keinerlei

somatischem Korrelat zugeordnet werden. Der gesamte weitere klinische Gelenkstatus sei komplett unauffällig gewesen. Das gesamte Verhalten der Beschwerdeführerin sei bei Anamnese und Status zum Teil sehr auffällig gewesen. So habe sie bereits zu Beginn der Anamneseerhebung über einen plötzlichen Schwindel und Unwohlsein und pektanginöse Druckgefühle geklagt, unter Ablenkung und Fortführung der Anamnese seien diese Symptome spontanrasch regredient gewesen. Im liegenden Status habe plötzlich ein Auftreten von Zuckungen der Schultergürtelmuskulatur imponiert; auch diese Symptome seien unter Ablenkung sehr rasch und anhaltend regredient gewesen. Nach Durchführung des Status bei Anziehen der Kleidungsstücke habe die Explorandin über ein plötzliches Gefühl wie «Schüttelfrost» berichtet; sie sei aber völlig ruhig und entspannt dagestanden. Irgendwelche Zuckungen seien eindeutig nicht zu beobachten gewesen. Diese vegetativ anmutenden Schilderungen könnten aus klinisch-rheumatologisch-internistischer Sicht in keiner Art und Weise erklärt werden und liessen den Verdacht auf eine ganz erhebliche funktionelle Überlagerung der beklagten Schmerzen zu. Dementsprechend sei das gesamte Ausmass der nun seit mehreren Jahren beklagten Beschwerden rein aus Sicht des Bewegungsapparates in keiner Art und Weise adäquat zu erklären. Zur Gewährung von gewissen Arbeitspausen könne eine um 10 % reduzierte Leistungsfähigkeit angenommen werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer angepassten - körperlich leichten bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende - Tätigkeit betrage 90 %. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine subjektiv erhebliche Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit einer sekundären Selbstlimitierung und allfälligem sekundärem Krankheitsgewinn. Es sei nicht davon auszugehen, dass durch spezifische, auf den Bewegungsapparat orientierte Massnahmen das Schmerzbild positiv beeinflusst werden könne (IVSTA-act. 180 S. 45 f.).

E. 6.2.25.4

In der Konsensbeurteilung wurden folgende Diagnosen genannt (IVSTA-act. 180 S. 15 f.):
Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5) - Aktuell klinisch Dysfunktion der Segmente L4/5 rechts und L5/S1 links ohne jegliche sensomotorische lumboradikuläre Ausfälle - Radiomorphologisch im MRT LWS von 04/19 bekannter Diskusprolaps L4/5 breitbasig im Segment L5/S1 leicht progredienter rechts paramedianer Diskusprolaps mit möglicher Affektion der S1-Wurzel ohne signifikante neuroforaminale Enge - Intermittierendes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - Radiomorphologisch im MRT HWS von 04/18 Diskusprolaps C5/6 rechtsbetont ohne zervicale Myelopathie - Klinisch keinerlei Hinweise für aktuelle sensomotorische zervikoradikuläre Ausfälle
Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Verdacht auf Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Fussfehlstatik (ICD-10 R29)
Im Rahmen der interdisziplinären medizinischen Beurteilung wurde zusammenfassend ausgeführt, das gesamte Verhalten der Beschwerdeführerin bei Anamnese und Status sei zum Teil sehr auffällig gewesen. Das Ausmass der nun seit dem Autoauffahrunfall vom Februar 2018 beklagten anhaltenden Beschwerden am Bewegungsapparat seien in keiner Art und Weise pathoanatomisch adäquat zu erklären. Es sei von einer hochgradigen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit sekundärer Selbstlimitierung und einer funktionellen Überlagerung auszugehen. Weitere objektivierbare relevante Diagnosen hätten aus klinisch rheumatologischer Sicht nicht festgestellt werden können. Die fachärztliche psychiatrische Evaluation habe die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ergeben. Da in den vergangenen Jahren

das Ausmass der beklagten Beschwerdesymptomatik nie adäquat pathoanatomisch habe erklärt werden können, erfülle die Beschwerdeführerin aus Sicht des Psychiaters die Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Ein Störungsbild aus dem Spektrum der affektiven Erkrankungen habe nicht festgestellt werden können. Die allgemeininternistische Anamnese sei bis auf eine anamnestisch intermittierende Medikamentenunverträglichkeit völlig unauffällig gewesen. Insgesamt bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv anhaltend beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat und den objektivierbaren, effektiv feststellbaren pathoanatomischen Befunden am Bewegungsapparat, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als wegweisend beurteilt werden könne. Nach dem Unfallereignis vom 1. Februar 2018 könne maximal für 6-8 Wochen eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit retrospektiv angenommen werden. Spätestens ab April 2018 gelte eine Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung eines leicht erhöhten Pausenbedarfs und etwas reduzierten Rendements (vgl. IVSTA-act. 180 S. 16 f., 38).

E. 7.1

Die angefochtene Verfügung vom 17. Februar 2022 stützt sich im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 30. November 2021. Entsprechend geht die Vorinstanz davon aus, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin sowie in adaptierten Tätigkeiten vom 1. Februar 2018 bis 31. März 2018 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Seit dem 1. April 2018 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während der gesetzlichen einjährigen Wartezeit ab 1. Februar 2018 betrage 33 %. Mangels einer Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres, habe ein allfälliger Rentenanspruch per Ablauf des Wartejahres nicht entstehen können, weshalb sich die Erstellung eines Einkommensvergleich erübrige. In der Folge hat die Vorinstanz das Leistungsbegehren abgewiesen und beantragt die Abweisung der vorliegenden Beschwerde (vgl. IVSTA-act. 200; BVGer-act. 4).

E. 7.2

Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz sei ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen und das interdisziplinäre Gutachten vom 30. November 2021 sei mangelhaft. So sei angesichts der neurologischen Befunde der Beizug eines Neurologen angezeigt, die Ausführungen betreffend Arbeitsfähigkeit, Aggravation und Simulation seien nicht nachvollziehbar und es fehle eine Indikatorenprüfung. Es sei daher gestützt auf die bisherige medizinische Beurteilung eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Im Rahmen der Invaliditätsbemessung sei ein Leidensabzug von 20 % zu gewähren. Eventualiter sei ein polidisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen zur Frage der funktionellen Beeinträchtigung und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese eine unabhängige verwaltungsexterne Begutachtung durchführe (vgl. BVGer-act. 1).

E. 8

Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgeblichen Vergleichszeitraum zwischen der (ersten) leistungsverneinenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 und der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2022 eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, insbesondere des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, eingetreten

ist und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sacherhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Ausgangspunkt der Prüfung bildet das interdisziplinäre Gutachten vom 30. November 2021.

E. 8.1

Für den Beweiswert eines Gutachtens ist grundlegend, ob es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist (vgl. vorstehende E. 5.6). Dabei ist entscheidend, dass die Begutachtungsstelle, über das vollständige medizinische Dossier verfügt und ihre Beurteilung in Kenntnis der Unterlagen abgegeben hat (Urteil des BGer 9C_212/2015 vom 9. Juni 2015 E. 4.). Ein Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, ist unvollständig und es fehlt ihm die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlüsse, welche die Experten auf der Grundlage der von ihnen selbst erhobenen Befunde gezogen haben, an sich einleuchten und nachvollziehbar sind. Basiert das Gutachten nicht auf der Kenntnis der gesamten Vorakten, wird es formell den durch die Rechtsprechung entwickelten Kriterien nicht gerecht. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen (Urteil des BGer 8C_861/2009 vom 20. April 2010 E.3.1 m.w.H.; Urteil des BVGer C-6147/2018 vom 14. April 2020 E. 7.1). Nicht vollständig ist ein medizinisches Gutachten unter anderem dann, wenn der Gutachter wesentliche Anknüpfungstatsachen, d.h. in den Vorakten enthaltene tatsächliche Grundlagen nicht beachtet (Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.4.1 m.H.).

E. 8.2

Im vorliegenden Fall fehlen in den Vorakten die Seiten 4 und 5 des Entlassbriefes vom 20. August 2018 betreffend den stationären Aufenthalt vom 18. Juli 2018 bis 9. August 2018. Die genannten Seiten lagen auch den Gutachtern nicht vor. Der psychiatrische Teilgutachter bemängelte ausdrücklich, dass sich im genannten Bericht keine Angaben zum Verlauf der stationären Behandlung finden würden und nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt in einer Fachklinik zu erwarten gewesen wäre, dass zumindest einige Angaben zum Zustandsbild bei Austritt und eine prognostische Einschätzung genannt würden (IVSTA-act. 180 S. 37). Bei näherer Betrachtung wäre erkennbar gewesen, dass der jeweils mit «Seite x von 6» paginierte Entlassbrief unvollständig war. Dennoch haben weder die Gutachter noch die Vorinstanz bemerkt, dass die Seiten 4 und 5 fehlten. Infolgedessen fehlt im Gutachten eine Auseinandersetzung mit den auf den fehlenden Seiten gemachten Angaben zur Diagnostik, Beurteilung, Therapie und zum Verlauf. Dieser Mangel fällt besonders ins Gewicht, weil die Feststellungen im Entlassbrief nicht im Einklang mit der gutachterlichen Annahme einer seit 1. April 2018 bestehenden Arbeitsfähigkeit von 80 % stehen. So wurde im Entlassbrief unter anderem ausgeführt, beim wöchentlich durchgeführten Fragebogen zur Depression seien zunächst sehr hohe Werte ermittelt worden. Des Weiteren wurden Verhaltensmuster und psychosoziale Belastungsfaktoren (alleinerziehend, unerbittliche Ansprüche an die eigene Funktionalität bzw. Perfektionismus) als aufrechterhaltende Faktoren für die Schmerzsymptomatik angeführt. Schliesslich wurde ausdrücklich festgehalten, im Zeitpunkt der Entlassung sei eine Wiedereingliederungsmassnahme noch nicht denkbar erschienen. Gerade diese Aspekte hätten einer fachmedizinischen Einordnung und Beurteilung - anhand eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 - bedurft (zur Bewertung sozialer Belastungen im Rahmen der Indikatorenprüfung Urteil des BGer 8C_441/2024 vom 31. Januar 2025 E. 6.1 m.H.).

E. 8.3

Sodann fällt auf, dass in den echtzeitlichen Berichten der behandelnden Fachärzte Dr. med. I. _____ und Dr. med. J. _____ im Zeitraum von Mai 2018 bis Dezember 2019 wiederholt eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden ist bei umfassender Arbeitsunfähigkeit. Erst im Bericht vom 18. Dezember 2019 hat Dr. med. I. _____ eine Teilremission der depressiven Symptomatik festgestellt und eine berufliche Wiedereingliederung mit einem Arbeitspensum beginnend von 50 % als möglich erachtet. Im interdisziplinären Gutachten findet sich keine Auseinandersetzung mit diesen Berichten und dem sich daraus ergebenden Verlauf des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Der psychiatrische Teilgutachter begnügt sich lediglich mit der Feststellung, dass eine mittelgradige depressive Episode angegeben werde, welche zum Untersuchungszeitpunkt jedoch nicht mehr bestanden habe (IVSTA-act. 180 S. 37). Dies mag zwar durchaus zutreffen, doch darf allein daraus - ohne Würdigung der echtzeitlichen Berichte - kein Rückschluss auf den Verlauf des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit gezogen werden. Die medizinischen Vorakten wurden somit unzureichend berücksichtigt, sodass sich das interdisziplinäre Gutachten auch in dieser Hinsicht als unvollständig erweist.

E. 8.4

Schliesslich ist festzuhalten, dass den Gutachtern der im Einwand vom 17. Februar 2021 der Pensionskasse der C. _____ erwähnte RAD Bericht vom 16. oder 18. Dezember 2020, in welchem als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) genannt wurde (vgl. IVSTA-act. 146 S. 2), ebenfalls nicht vorlag und daher auch nicht in die Beurteilung einbezogen werden konnte. Zu erwähnen bleibt, dass dieser Bericht bis zum heutigen Zeitpunkt nicht aktenkundig ist. Der Vollständigkeit halber sei festgehalten, dass auch die nach dem Gutachten datierenden, in der Verfügung vom 17. Februar 2022 erwähnten RAD-Berichte vom 7. Dezember 2021 und vom 2. Februar 2022 nicht in den Vorakten enthalten sind.

E. 8.5

Das interdisziplinäre Gutachten vom 30. November 2021, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten, erweist sich somit in mehrfacher Hinsicht als unvollständig und hält den Beweisanforderungen nicht stand. Folglich lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen, ob und gegebenenfalls inwiefern seit der (ersten) leistungsverneinenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 eine anspruchserhebliche Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Der rechtserhebliche (medizinische) Sachverhalt erweist sich als nicht rechtsgenügend abgeklärt.

E. 8.6

Nach dem Gesagten fehlen aktuell für die Beurteilung der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes die verlangten medizinischen Abklärungsergebnisse, welche aufzeigen würden, welche Einschränkungen beachtet werden müssten und welches noch vorhandene Leistungspotential bei der Auswahl möglicher Tätigkeiten berücksichtigt werden könnte, weshalb die Rügen erwerblicher Natur nicht geprüft werden können.

E. 9.1

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. 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).

E. 9.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (vgl. vorstehenden E. 8.2 und 8.4) eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen 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 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). Soweit die Beschwerdeführerin den Beizug eines Neurologen beantragt, ist anzumerken, dass die aktenkundigen neurologischen Untersuchungen im L._____ Klinikum als unauffällig beschrieben worden sind (vgl. vorstehende E. 6.2.20 f.), sodass gestützt auf die derzeit bekannte Aktenlage (noch) kein dringender Anlass für eine neurologische Begutachtung besteht.

E. 9.3

Die Gutachter werden dabei insbesondere zu beurteilen haben, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin in der Zeit seit der ersten abweisenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 verändert hat bzw. welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bestehen.

E. 9.4

Die interdisziplinäre Begutachtung hat grundsätzlich in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m 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 - vorliegend unter Ausschluss des N._____ GmbH - 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. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

E. 9.5

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).

E. 10.1

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). 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). 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. 10.2

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

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