

BVGer C-2985/2021 vom 7. September 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2985_2021

FR: TAF C-2985/2021 du 7 septembre 2023

IT: TAF C-2985/2021 del 7 settembre 2023

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem ihr mit Zwischenverfügung vom 11. November 2021 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden war, so dass sie keinen Verfahrenskostenvorschuss zu

C-2985/2021 Seite 9 leisten hatte, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 26. Mai 2021, mit welcher die Vorinstanz das neue Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 15. Januar 2019 abgewiesen hat. Bereits mit Verfügung vom 26. Juni 2017 hat die Vorinstanz das erste Gesuch der Beschwerdeführerin um eine schweizerische Invalidenrente abgewiesen. Damit ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist Französin, wohnt in Frankreich und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen vorliegend 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 (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) 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 Koordinierungs-

vorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 26. Mai 2021 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535) insbesondere des

C-2985/2021 Seite 10 IVG und des ATSG finden demgegenüber vorliegend noch keine Anwendung.

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 26. Mai 2021) 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). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.4

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es 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. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m. H.).

E. 4.1

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

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin war vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens als Grenzgängerin in (...) (im Kanton D. _____) erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Frankreich) und damit im nahen Grenzraum zur Schweiz, wo sie noch heute lebt. Sie macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig, währenddem die angefochtene

Verfügung vom 26. Mai 2021 zu Recht von der IVSTA erlassen wurde.

C-2985/2021 Seite 11

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).

E. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c).

E. 5.3

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 5.4

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrads von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft

C-2985/2021 Seite 12 entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustands 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). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision – durch einen Vergleich des

Sachverhalts, 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; vgl. dazu unten E. 5.8).

E. 5.5

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

E. 5.6

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Darstellung 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).

E. 5.7

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 darf das Gericht den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465

C-2985/2021 Seite 13 E. 4.4 m. w. H.). 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 mit Hinweis insbesondere 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 versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee; vgl. auch BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m. w. H.). Die Stellungnahmen des RAD, 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_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m. w. H).

E. 5.8

Der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanschuldung erstellten Gutachtens hängt, analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen, wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert,

C-2985/2021 Seite 14 wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m. H.; 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

E. 5.9

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E.

4.3.2]) und «sozialer Kon- text» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhal- tens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und be- handlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens- druck (E. 4.4.2).

E. 6

Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung vom 15. Januar 2019 eingetreten und hat den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nach einer

C-2985/2021 Seite 15 materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2021 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinen- den Verfügung vom 26. Juni 2017 (vorliegender Ausgangspunkt) und der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2021 (vorliegender Vergleichszeit- punkt) eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszu- stands der Beschwerdeführerin eingetreten ist und in diesem Zusammen- hang vorab, ob die Vorinstanz respektive die kantonale IV-Stelle den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 6.1

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im vorliegenden Ausgangspunkt vom 26. Juni 2017 wurde in dem durch den Krankentag- geldversicherer eingeholten Gutachten vom 7. Dezember 2016 beurteilt. In diesem stellte Dr. med. F. _____ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfä- higkeit führte er eine gegenwärtig leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F 32.00) sowie differentialdiagnostisch eine Dysthymie (ICD-10: F 34.1) auf. Die Auswirkungen einer leichtgradi- gen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom begründeten keine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbei- terin beziehungsweise in einer leidensangepassten Tätigkeit oder im Haus- halt. Es könne daher per sofort mit voller Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (IVSTA-act. 20).

E. 6.2

RAD-Arzt Dr. med. G. _____ hat in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2016 die Eignung des Gutachtens vom 7. Dezember 2016 für die Rentenprüfung in Zweifel gezogen, da dieses keine Beurteilung der Standardindikatoren zulasse, insbesondere weil es keine ausführlichen Aussagen zur Persönlichkeit mache. Zwar habe Dr. med. F. _____ auf selbstunsichere Züge hingewiesen, jedoch eine Persönlichkeitsstörung verneint, wobei er nur auf die diesbezüglichen AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.)-Leitlinien verwiesen, die dortigen Kriterien aber nicht diskutiert habe. Auffällig in der Biographie sei aber, dass die Versicherte sich ihr Leben lang der Familie und den Brüdern habe unterordnen müssen und im Beruf auch ein hohes Engagement, das objektiv und subjektiv nicht belohnt worden sei, gezeigt habe. Eine Entwicklung hin zu einer selbstunsicheren oder auch abhängi- gen Persönlichkeit sei durch die biographische Entwicklung sicher begüns- tigt worden. Vor dem Hintergrund der Persönlichkeit sei aus Sicht des RAD

C-2985/2021 Seite 16 die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung zu modifizieren. Es sei zwar richtig, dass in der Regel aus einer leichtgradigen depressiven Episode keine dauer- hafte

und bleibende Arbeitsunfähigkeit entstehen könne. Eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit unter der Schwelle, die eine Invalidität begründen könne, sei aber auch durch eine leichtgradige depressive Störung zu begründen. Prognostisch sei der Einbezug der Persönlichkeit bei der versicherten Person wichtig, da die Kränkung, welche die Versicherte durch die Behandlung und Kündigung durch den letzten Arbeitgeber erfahren habe, einen schweren Einschnitt in ihre Erwerbsbiographie darstelle, in der sie sich wie in der Familie immer aufgeopfert habe. Aus Sicht des RAD bestehe deshalb noch für einen Zeitraum von rund sechs Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 20 bis 30 % (IVSTA-act. 23).

E. 6.3

Für die Beurteilung des Gesundheitszustands der Versicherten im vorliegenden Vergleichszeitpunkt hat die Vorinstanz respektive die kantonale IV-Stelle auf das bidisziplinäre Gutachten vom 15. Februar 2021 (IVSTA-act. 84) abgestellt. In diesem stellten Dres. med. N. _____ und O. _____ interdisziplinär die nachfolgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: • mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1); • Neurasthenie (ICD-10: F48.0); • Widespread Pain Syndrom/Fibromyalgie (ICD-10: M79.7), bei o Anstrengungsintoleranz, ausgeprägter Müdigkeit und chronischer Insomnie. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie auf: • Kontakt mit *Borrelia burgdorferi sensu lato* Typ *garinii* o IgG positiv, OspC und P41, o Borrelien Elispot negativ: Keine aktive Borreliose; • anamnestisch positive Toxoplasmose 2016 mit antibiotischer Therapie; • substituierte Hypothyreose, Differenzialdiagnose im Rahmen eines Hashimoto; • akutenanamnestisch leicht erhöhte Anti-TPO Ak (Thyreoperoxidase-Antikörper); • rezidivierende lumbovertebrale Schmerzen bei leicht degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäulensegmente, ohne Hinweis für neurogene Reizungen;

C-2985/2021 Seite 17 • leichte degenerative Veränderungen der Brust- und Halswirbelsäule, altersentsprechend; • unauffällige kardiale Abklärungen mittels Koronarographie und Ergometrie bei Minderleistung. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin als auch in einer angepassten beruflichen Tätigkeit sowohl aufgrund des Vorliegens einer mittelgradigen depressiven Episode, welche sich durch eine Reduktion des Antriebs und der Interessen, eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine Reduktion der Konzentration negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, als auch aufgrund der Symptome der Neurasthenie, welche zu Schlafstörungen, einer erhöhten Ermüdbarkeit und Schmerzen führe, als ab August 2016 insgesamt zu 60 % arbeitsunfähig zu beurteilen. Aus rein körperlicher Sicht (spezifisch betreffend den Bewegungsapparat und somatisch-internistisch) könne keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit attestiert werden. Eine leichte und mittelschwere angepasste Tätigkeit, wie bisher ausgeführt, könne aus körperlicher Sicht in einem Vollzeitpensum ausgeführt werden (IVSTA-act. 84 S. 33). Dem rheumatologischen Teilgutachten ist darüber hinaus zu entnehmen, dass aus rheumatologischer Sicht eine Limitierung der Belastbarkeit respektive der Leistungsfähigkeit aufgrund der Widespread Pain Symptomatik zu 20 % zu gewähren sei, wobei diese Beurteilung nicht additiv zu einer allfälligen, auf diese Symptomatik eingehenden psychiatrischen Beurteilung sei (IVSTA-act. 84 S. 21). Interdisziplinär hielten die Gutachter fest, dass gesamtmedizinisch eine aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 60 % bestehe, welche die rheumatologische Beurteilung als integral betrachte. Eine zusätzliche Limitierung der

Belastbarkeit respektive der Leistungsfähigkeit aufgrund der Widespread Pain Symptomatik sei nicht zu gewähren (IVSTA-act. 84 S. 34). Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. O._____ fest, das Vorliegen der Symptome der Neurasthenie und auch der depressiven Episode sei aktenanamnestisch ab August 2016 anzunehmen. Dabei müsse aufgrund der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass eine weitgehend unveränderte psychiatrische Symptomatik vorliege, auch wenn Dr. med. F._____ in der Begutachtung im Dezember 2016 von einer lediglich leichtgradigen depressiven Episode und keiner Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei (IVSTA-act. 84 S. 64). Die gutachtliche Beurteilung von Dr. med. F._____ von Dezember 2016 könne aufgrund der aktuellen Untersuchung, der ausführlichen Anamnese und auch der Aktenlage nicht nachvollzogen werden (IVSTA-act. 84 S. 66).

C-2985/2021 Seite 18

E. 6.4

In der Stellungnahme vom 19. Februar 2021 stellte RAD-Arzt Dr. med. G._____ fest, es sei seit der neuen Anmeldung fach-psychiatrisch keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen. Diese Feststellung begründete Dr. med. G._____ damit, dass Dr. med. O._____ einen seit 2016 unveränderten Gesundheitszustand beschreibe. Warum die gutachterliche Beurteilung im Gutachten von Dr. med. F._____ im Einzelnen nicht nachvollzogen werden könne, werde jedoch nicht erläutert. Eine Persönlichkeitsstörung oder eine Persönlichkeitsakzentuierung liege nicht vor. Die höheren Ich-Funktionen seien nicht beeinträchtigt. Weiter kritisierte Dr. med. G._____ das psychiatrische Teilgutachten in verschiedenen Hinsichten. Im Mini-ICF würden relevante Einschränkungen (mittelgradige Beeinträchtigungen) in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Spontan-Aktivitäten festgehalten. Schwere Beeinträchtigungen bestünden bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltetätigkeit. Dies werde nicht durch Beispiele illustriert. Die Anamneseerhebung durch Dr. med. O._____ sei rudimentär, die anamnestischen Erhebungen von Dr. med. F._____ 2016 seien ausführlicher. Die fach-psychiatrische Aktenlage sei mit den Zeugnissen von Dr. med. I._____ wenig ausführlich. Unter Punkt 3.1 und 3.2 würden als aktuelles Leiden lediglich 13 und 8 Zeilen aufgeführt und keine nachvollziehbar depressiven Symptome beschrieben. Beschrieben würden lediglich Ein- und Durchschlafstörungen, eine massiv gesteigerte Ermüdbarkeit und dass die Versicherte am Morgen wenig Antrieb habe. Dabei habe Dr. med. O._____ nur auf die wenigen subjektiven Angaben der versicherten Person abgestellt, ohne kritische oder spezifische Nachfragen zu stellen. Die im Tagesablauf beschriebene Inaktivität werde nicht durch den körperlichen Befund im rheumatologischen Gutachten untermauert, da hier ein normaler Muskelstatus festgehalten werde. Psychopathologisch würden im Befund (auf S. 14) des Gutachtens wenige depressive Symptome beschrieben. Eine Weinerlichkeit sei nicht mit einer Affektlabilität gleichzusetzen. Eine Niedergestimmtheit werde nicht beschrieben. Die Schwingungsfähigkeit und der Appetit seien erhalten. Dr. med. N._____ beschreibe in seinem Gutachten eine gepflegte äussere Erscheinung und dass die Versicherte gerne in ihrem Garten sei, was ihr Hobby sei. Hiervon werde bei Dr. med. O._____ nichts berichtet, was eine Inkonsistenz darstelle. Somit liege durch Dr. med. O._____ fach-psychiatrisch eine andere Einschätzung des gleichen Gesundheitszustands vor, den schon Dr. med. F._____ in seinem Gutachten 2016 zu Händen der Taggeldversicherung beschrieben habe. Daran könne die zusätzlich gestellte

Diagnose einer Neurasthenie nichts ändern. Die Ermüdbarkeit habe Dr. med. F. _____ ebenso schon

C-2985/2021 Seite 19 beschrieben. Rheumatologisch lägen keine Einschränkungen für eine körperliche Tätigkeit vor. Dr. med. N. _____ habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (IVSTA-act. 86).

E. 7.1

Das bidisziplinäre Gutachten von Dres. med. N. _____ und O. _____ wurde im Verfahren nach aArt. 44 ATSG (in Kraft bis zum 31. Dezember 2021) von der kantonalen IV-Stelle eingeholt, weshalb die- sem gemäss dargestellter geltender Rechtsprechung (vgl. oben E. 5.7) grundsätzlich voller Beweiswert zuerkannt werden darf, sofern nicht konkrete Indizien vorliegen, die gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen (vgl. vorne E. 5.7), was nachfolgend zu prüfen ist.

E. 7.2

Das bidisziplinäre Gutachten umfasst das psychiatrisch-psychotherapeutische Teilgutachten von Dr. med. O. _____ vom 27. Januar 2021 (IV-STA-act. 84 S. 48 ff.), das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. N. _____ vom 15. Februar 2021 (IVSTA-act. 84 S. 1 ff.) und eine von Dres. med. N. _____ und O. _____ unterzeichnete interdisziplinäre Beurteilung («Bidisziplinäres Rheumatologisches / Psychiatrisches Gutachten») vom 15. Februar 2021 (IVSTA-act. 84 S. 26 ff.), welcher eine fächerübergreifende Aktenzusammenfassung beigelegt ist (IVSTA-act. 84 S. 36 ff.), auf welche die beiden Gutachter in ihren jeweiligen Beurteilungen verwiesen haben.

E. 7.3

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Teilgutachten hat Dr. med. O. _____ gestützt auf die von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) diagnostiziert und als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Er hat keine Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Die von Dr. med. O. _____ angegebenen Untersuchungsbefunde beschränken sich auf einen kurzen Absatz zum Psychostatus und die testpsychologischen Befunde. Im Psychostatus gab Dr. med. O. _____ an, die 49-jährige Versicherte präsentiere sich in einem reduzierten Allgemein- und leicht adipösen Ernährungszustand. Es bestünden keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Bewusstseins-, Orientierungs- oder Gedächtnisstörungen. Die Versicherte schildere Konzentrationsstörungen und plausibilisiere diese anhand von diversen Beispielen. Das formale Denken sei unauffällig. Zwänge bestünden nicht und es seien keine Wahn-, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen vorhanden. Es bestehe eine Anhedonie sowie eine Affektlabilität/Weinerlichkeit. Die Schwingungsfähigkeit sei jedoch erhalten. Auch seien Schuld-

C-2985/2021 Seite 20 und Insuffizienzgefühle sowie Zukunftsängste vorhanden. Der Antrieb und die Interessen seien reduziert und es bestehe eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit. Suizidversuche hätten nie stattgefunden und aktuell sei die Versicherte nicht suizidal. Sie habe jedoch Suizidgedanken. Es finde kein sozialer Rückzug statt. Der Appetit sei normal ausgebildet. Ein- und Durchschlafstörungen seien vorhanden. Die Libido und das Sexualleben seien inexistente. Als Hilfsuntersuchung verwendete Dr. med. O. _____ die Hamilton Depression Scale Testung, welche aus 21 depressionstypischen

Items (depressive Stimmung, Schuldgefühl, Suizid, Durchschlafstörung, Schlafstörungen am Morgen, Arbeit und sonstige Tätigkeiten, depressive Hemmung, Erregung, Angst-psychisch, Angst-somatisch, körperliche Symptome [gastrointestinal und allgemein], Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtungsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation, Derealisation, paranoide Symptome und Zwangs-Symptome) bestehe, welche mit Hilfe eines kurzen Interviews erhoben würden, wobei der Schweregrad der Ausprägung jedes Symptoms auf einer mehrstufigen Skala beurteilt werde. Dr. med. O._____ gab an, dass die Items-Scores zwischen 0 und 66 liegen könnten. Bei dieser Testung habe die Versicherte 20 Punkte erreicht. Wie diese Punktzahl zustande kam, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. So wird nicht dargelegt, welche der verschiedenen Items Dr. med. O._____ bei der Versicherten als erfüllt betrachtet und wie er diese bezüglich Ausprägung gewichtet hat. Mangels einer entsprechenden Begründung respektive Wiedergabe einer Zusammenfassung des Interviews, auf welches Dr. med. O._____ seine Beurteilung abgestützt hat, kann die von ihm angegebene Punktezahl nicht nachvollzogen werden. Als weitere Hilfsuntersuchung hat Dr. med. O._____ den Mini-ICF-APP-Rating-Bogen beigezogen, aus welchem sich ergeben habe, dass keine Beeinträchtigungen der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie der Selbstpflege, leichte Beeinträchtigungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, den familiären Beziehungen sowie der Verkehrsfähigkeit, mittelgradige Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie in Spontan-Aktivitäten sowie schwere Beeinträchtigungen bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit bestünden. Diese Angaben hat Dr. med. O._____ ebenfalls nicht begründet. Insbesondere

C-2985/2021 Seite 21 fehlen zu den einzelnen Angaben entsprechende Anwendungsbeispiele aus dem Alltag der Versicherten. In der versicherungsmedizinischen Beurteilung hat Dr. med. O._____ verschiedene Angaben der Versicherten zu ihrem Lebenslauf dargestellt, ohne diese jedoch einer fachpsychiatrischen Objektivierung zu unterziehen. Vielmehr hat der Gutachter direkt anschliessend an die Wiedergabe dieser Angaben gefolgert, dass diagnostisch vom Vorliegen einer Neurasthenie (ICD-10: F48.00) auszugehen sei, da die erhöhte Ermüdbarkeit vor allem bei körperlicher und geistiger Anstrengung deutlich im Vordergrund stehe und daneben Schmerzen an verschiedenen Körperstellen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen und Schlafstörungen bestünden. Auch diese Symptome hat der Gutachter unmittelbar gestützt auf die von der Versicherten angegebenen Beschwerden erfasst. Die Herleitung der Diagnose Neurasthenie beschränkt sich damit auf die Darstellung der Sicht der Versicherten, wobei im Gutachten namentlich eine Objektivierung der von der Versicherten beklagten Beschwerden fehlt. Dr. med. O._____ folgerte sodann, dass sich mutmasslich aufgrund dieser Neurasthenie sekundär eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) entwickelt habe, da nun eine Reduktion der Konzentration, Anhedonie und Affektlabilität, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, eine Reduktion des Antriebs und der Interessen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Suizidgedanken, Schlafstörungen sowie ein Verlust der Libido vorlägen, was sich auch in der durchgeführten Hamilton Depression Scale Testung gezeigt habe (IV-StA-act. 84 S. 64). Zu den vom Bundesgericht definierten Standardindikatoren (vgl. oben E. 5.9) enthält das psychiatrische Gutachten nur wenige Angaben. Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung müsste eine psychiatrische, lege

artis gestellte Diagnose bilden, woran es vorliegend in- dessen bereits aus dem Grunde mangelt, dass Dr. med. O._____ die von ihm gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar medizinisch hergeleitet hat, indem er diese auf nur wenige Untersuchungsbefunde, die nicht hin- reichend begründeten Ergebnisse zweier Hilfsuntersuchungen sowie hauptsächlich die Angaben der Versicherten, welche er jedoch nicht fach- ärztlich verifiziert hat, abgestützt hat. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. med. O._____ bezüglich der wenigen von ihm erhobenen Un- tersuchungsbefunde auf die Prinzipien der Arbeitsgemeinschaft für Metho- dik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) verwiesen hat. Darüber hinaus enthält das Gutachten keine Angaben zum Schweregrad der von Dr. med. O._____ gestellten Diagnose der Neurasthenie. Bezüglich der

C-2985/2021 Seite 22 depressiven Episode hat Dr. med. O._____ angegeben, dass diese ak- tuell von mittelschwerer Ausprägung sei, dies jedoch nicht unter konkreter Bezugnahme auf entsprechende Befunde begründet. So hat er insbeson- dere nicht dargelegt, weshalb – abweichend von der im früheren Gutachten von Dr. med. F._____ gestellten Diagnose der in jenem Zeitpunkt leicht- gradigen depressiven Episode – eine mittelgradige depressive Episode vorliege. In der interdisziplinären Begutachtung haben die Gutachter in die- sem Zusammenhang lediglich festgehalten, dass die gutachtliche Beurtei- lung von Dr. med. F._____ (von Dezember 2016) sowohl aufgrund der aktuellen Untersuchung als auch aufgrund der ausführlichen Anamnese und der Aktenlage nicht nachvollzogen werden könne, ohne dies näher auszuführen (IVSTA-act. 84 S. 34). Es fehlen sodann Angaben zum bishe- rigen Verlauf der Behandlungen. Dr. med. O._____ beschränkte sich diesbezüglich auf die Angabe, dass die von ihm vorgenommene Beurtei- lung der Arbeitsfähigkeit bereits ab August 2016 gelte. Er empfahl den Ein- satz einer hochdosierten antidepressiven Medikation, wobei er aufgrund der Chronifizierung der Symptome seit mehr als vier Jahren insgesamt von einer schlechten Prognose ausgehe. Bezüglich Komorbiditäten enthält das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls keine Angaben. Zur Persönlichkeit hat Dr. med. O._____ in der bidisziplinären Beurteilung aus psychiatri- scher Sicht ergänzt, dass sich keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstö- rung oder eine Störung der «komplexen Ich-Funktion» ergäben. Bezüglich Konsistenz hat er im psychiatrischen Teilgutachten darauf hingewiesen, dass sich keine Hinweise für Inkonsistenzen ergäben, was auch durch den Medikamentenspiegel bestätigt werde. Die folgende von Dr. med. O._____ in diesem Zusammenhang getroffene Feststellung: «Das Schmerzerleben sowie die Affektlabilität können während der heutigen Ex- ploration objektiviert werden und auch die Schilderung der reduzierten Hobbies, des Tagesablaufes und der sozialen Kontakte unterstreichen die Diagnosen und die Einschränkungen» kann nicht nachvollzogen werden. Tatsächlich hat Dr. med. O._____ die Versicherte bereits am 26. Januar 2021 untersucht (vgl. IVSTA-act. 184 S. 48) und hierbei entgegen seiner Angabe die von der Versicherten beklagten Schmerzen nicht fachärztlich überprüft. Eine Überprüfung der von der Versicherten angegebenen Schmerzen erfolge erst in der darauffolgenden rheumatologischen Unter- suchung vom 12. Februar 2021 (vgl. IVSTA-act. 84 S. 1) im Zusammen- hang mit der darin gestellten Diagnose des Widespread Pain Syndroms respektive der Fibromyalgie. Auch ist nicht einzusehen, weshalb die sozia- len Kontakte die Diagnosen und die Einschränkungen unterstreichen soll- ten, nachdem der Gutachter im nächsten Absatz im Widerspruch hierzu als

C-2985/2021 Seite 23 Ressource aufgeführt hat, dass die Versicherte selbständig leben und freundschaftliche Kontakte unterhalten könne (IVSTA-act. 84 S. 65). Die von Dr. med.

O._____ vorgenommene Prüfung der Standardindikatoren erweist sich nach dem Gesagten als unvollständig und teilweise nicht nachvollziehbar infolge der ungenauen respektive widersprüchlichen Angaben. Insbesondere hat Dr. med. O._____ die von ihm gestellten Diagnosen, insbesondere auch in Bezug auf den Schweregrad der von ihm diagnostizierten depressiven Episode, im Gutachten nicht nachvollziehbar hergeleitet. Auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hat der Gutachter nicht begründet. Mangels lege artis gestellter Diagnosen, welche Voraussetzung für die Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens wären (vgl. oben E. 5.9), kann vorliegend die von Dr. med. O._____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch nicht mittels einer ergänzenden Prüfung der Standardindikatoren durch das Bundesverwaltungsgericht aufgrund der Angaben im Gutachten plausibilisiert werden. Insgesamt liegen damit verschiedene konkrete Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens sprechen. Dieses erweist sich nach dem Gesagten in Bezug auf die Diagnosestellung, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie die revisionsrechtlich relevante Fragestellung, ob seit Juni 2017 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, als nicht schlüssig respektive nicht aussagekräftig, so dass ihm – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Sachverhalt Bst. D.a) – keine Beweiskraft zukommt.

E. 7.4

Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. N._____ vom 15. Februar 2021 (IVSTA-act. 84 S. 1 ff.) umfasst seinerseits eine ausführliche Anamnese mitsamt den Angaben der Versicherten zu früheren Erkrankungen. In der Beurteilung hat sich Dr. med. N._____ zwar nicht konkret mit den bereits vorliegenden Arztberichten auseinandergesetzt, in der Erhebung der Befunde jedoch Bezug auf in den Akten liegende Röntgenbilder (2017 bis 2018) und Laborberichte (2017-2020) genommen und in der Herleitung der gestellten Diagnose zumindest auf die Aktenlage verwiesen (IVSTA-act. 84 S. 15 und 18). Das Gutachten enthält sodann Angaben zu den von der Versicherten eingenommenen Medikamenten (Levothyroxin 100 mcg jeden 2.Tag; Levothyroxin 75 mcg jeden 2.Tag; Sertralin 50 mg 0-0-0-1; Oolipran [Paracetamol] 1000 mg bis 4x täglich) und eine detaillierte Befunderhebung (internistischer Status, neurologischer Status, Rückenstatus). In der Herleitung hat Dr. med. N._____ nicht nur Angaben aus der Anamnese dargestellt, sondern in Bezug auf die

C-2985/2021 Seite 24 Fibromyalgie auch die Kriterien der diagnostischen Zuordnung angegeben und diskutiert. Zur Herleitung der von ihm gestellten Diagnose des Widespread Pain Syndroms respektive der Fibromyalgie mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat Dr. med. N._____ ausgeführt, dass die anamnestischen Angaben, die Aktenlage sowie die aktuelle rheumatologische Untersuchung mit Erfüllen des Widespread Pain-Index eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Fibromyalgie zeigten. Die Fibromyalgie-Symptomatik sei eine sich langsam entwickelnde Symptomatik mit Übergreifen von Schmerzen auf den ganzen Körper. Die Versicherte weise ein ausgeprägtes Widespread Pain-Syndrom mit insbesondere grosser Erschöpfung und Leistungsintoleranz bei Schlafstörungen, sowie eine Reihe von unspezifischen Symptomen wie Schwindel, Unwohlsein, Kopfschmerzen, Fatigue, Wetterfühligkeit, Sehstörungen und Tinnitus auf. Die Symptome einer Fibromyalgie seien bei der Versicherten objektivierbar. Insbesondere könnten die subjektiv erlebten Schmerzen sowie die Ausprägung derselben nicht mit einem somatischen morphologischen Korrelat erklärt

werden. Eine zu- grundeliegende somatische Erkrankung – sei es am Bewegungsorgan, metabolisch stoffwechselbedingt oder entzündlich rheumatologisch – könne nicht eruiert werden. Die Muskel- und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zuge- ordnet werden, sondern seien im Rahmen des Widespread Pain Syndroms respektive der Fibromyalgie zu werten (IVSTA-act. 84 S. 18 f.). Gemäss den geltenden Diagnosevorschriften zur Herleitung der Diagnose Fibromyalgie sind die Schmerzen und die Begleitbeschwerden einer Fibro- myalgie mit zwei validierten Fragebögen zu erfassen, einerseits dem Schmerzindex («Widespread Pain Index», WPI) und andererseits der Symptom-Schwere-Skala («Symptom Severity Scale», SSS). Im WPI-Fra- gebogen ist konkret anzugeben, wo in 19 definierten Körperregionen (Schultergürtel links, Schultergürtel rechts, Oberarm links, Oberarm rechts, Unterarm links, Unterarm rechts, Hüfte links, Hüfte rechts, Oberschenkel links, Oberschenkel rechts, Unterschenkel links, Unterschenkel rechts, Kiefer links, Kiefer rechts, Brustkorb, Bauch, Nacken, oberer Rücken, un- terer Rücken) in der vergangenen Woche Schmerzen empfunden wurden, wobei Schmerzen in vier von fünf Regionen aufgetreten sein müssen. Im SSS-Fragebogen ist einerseits die Häufigkeit von Erschöpfung, Schlafstö- rungen und Konzentrationsproblemen in der letzten Woche zu erfassen und andererseits bezüglich einer Liste von 41 Beschwerden anzugeben, welche davon in der vergangenen Woche vorhanden waren (vgl.

C-2985/2021 Seite 25 <https://www.rheumaliga.ch/rheuma-von-a-z/fibromyalgie>; zuletzt abgeru- fen am 29. Juni 2023; vgl. <https://docplayer.org/59105414-Neue-kriterien-zur-erfassung-von-fibromyalgie-syndromen.html>). In seinen Ausführungen hat sich Dr. med. N._____ zwar auf den Widespread Pain-Index bezo- gen, jedoch nicht konkret angegeben, in welchen der vorgegebenen Kör- perregionen die Versicherte in der vergangenen Woche Schmerzen emp- funden habe. Eine Auseinandersetzung mit dem SSS-Fragebogen fehlt im rheumatologischen Teilgutachten gänzlich. Damit entsprechen die allge- mein gehaltenen Ausführungen von Dr. med. N._____ nicht den gelten- den Diagnosevorschriften zur Herleitung der Diagnose Fibromyalgie und es kann gestützt auf die Angaben im rheumatologischen Teilgutachtgen nicht beurteilt werden, ob bei der Versicherten die Diagnosekriterien der Fibromyalgie erfüllt sind. Insgesamt ist damit nicht ersichtlich, dass Dr. med. N._____ die von ihm gestellte Diagnose des Widespread Pain Syndroms respektive der Fibromyalgie lege artis hergeleitet hat. Weiter hat Dr. med. N._____ bezüglich der von ihm gestellten Diagnose des Widespread Pain Syndroms respektive der Fibromyalgie, welche als Leiden – im Sinne von (chronischen) Schmerzen des Bewegungsappara- tes – an sich in den Fachbereich der Rheumatologie fällt (vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5, 9C_:837/2016 vom 13. Juni 2016 E. 3.2; 2022 hat die WHO die Diagnose Fibromyalgie aus der Gruppe der rheumatischen Erkrankungen entfernt und umgeteilt in die neu geschaffene Gruppe der chronischen primären Schmerzsyndrome, [vgl.

<https://www.rheumaliga.ch/rheuma-von-a-z/fibromyalgie>; zuletzt ab- gerufen am 29. Juni 2023]), kein somatisches Korrelat festgestellt. Bei Feh- len von genuin rheumatologischen Leiden wäre es daher praxisgemäss Aufgabe des Psychiaters gewesen, die mit der Fibromyalgie einhergehen- den funktionellen Einschränkungen/Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter Anwendung der Indikatoren zu prüfen (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2; Urteil des BGer 9C_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5, Urteil des BGer 9C_724/2017 vom 23. August 2018 E. 4.1). Entsprechend hielten die beiden Gutachter in der interdisziplinären Beurteilung an sich zu Recht fest, dass für die Beurteilung der Arbeits-

und Leistungseinschränkung sowie von deren künftigem Verlauf im Rahmen der Wiedereingliederung die psy- chiatische Beurteilung - unter Berücksichtigung der rheumatologischen Einschränkungen - massgebend sei (IVSTA-act. 84 S. 31). Eine entsprechende Prüfung hat der Psychiater jedoch vorliegend nicht vorgenommen. Hinzu kommt, dass die rheumatologische Untersuchung entgegen den ver- sicherungsmedizinischen Vorgaben (vgl. Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungs-

C-2985/2021 Seite 26 medizin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothe- rapie SGPP vom 16. Juni 2016, 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, S. 14) vor der psychiatrischen Untersuchung stattgefunden hat. Aufgrund des Dargelegten kann auch dem Gutachten von Dr. med. N._____ nicht unbesehen voller Beweiswert zuerkannt werden. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass sich der Rheumatologe im rheumato- logischen Teilgutachten fachfremd ansatzweise mit den Standardindikato- ren auseinandergesetzt hat. Ausserdem ist vorliegend eine Neuanmeldung zu beurteilen, weshalb im Gutachtensauftrag die Erstellung eines Revisionsgutachtens verlangt wurde. So wurde im Gutachtensauftrag als Kontext des Auftrags angege- ben, dass es sich um eine zu beurteilende Neuanmeldung handle, wobei das erste Gesuch im November 2016 eingegangen und mit Verfügung vom 26. Juni 2017 ein Leistungsanspruch abgelehnt worden sei. Auch wurde darauf hingewiesen, dass im Januar 2019 ein neues Gesuch eingegangen sei und unklar sei, ob sich der Gesundheitszustand relevant verschlechtert habe und wie die Arbeitsunfähigkeit sowie der Verlauf aussehe, da keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorlägen (vgl. IVSTA-act. 81). Dennoch lässt das rheumatologische Gutachten eine retrospektive Beurteilung des Ver- laufs des Gesundheitszustands vermissen und äussert sich entgegen dem Gutachtensauftrag nicht zur vorliegend relevanten Frage, ob seit Juni 2017 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Dem auf Erstellung eines Revisionsgutachtens lautenden Gutachtensauf- trag ist der rheumatologische Gutachter nicht nachgekommen, indem er weder die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands (Krankheitsentwicklung) seit Juni 2017 beantwortet noch zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit seither Stellung genommen hat. Auch der interdisziplinä- ren Beurteilung sind diesbezüglich keine weiteren Angaben zu entnehmen. Damit erfüllt das rheumatologische Teilgutachten auch die Voraussetzun- gen an ein Revisionsgutachten nicht.

E. 7.5

Nachdem wie dargelegt dem psychiatrischen Teilgutachten insbeson- dere mangels nachvollziehbarer und schlüssiger Herleitung der Diagno- sen, angesichts einer lückenhaften und nicht nachvollziehbaren Indikato- renprüfung sowie der unklaren Angaben zur Frage, ob eine erhebliche Än- derung des Gesundheitszustands eingetreten ist, keine Beweiskraft zu- kommt und sich das rheumatologische Teilgutachten auch nicht mit dem vorliegenden Beweisthema einer Veränderung des Gesundheitszustands auseinandersetzt, erweist sich das bidisziplinäre Gutachten insgesamt für die Beurteilung der vorliegenden Frage einer erheblichen Veränderung des

C-2985/2021 Seite 27 Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin als nicht beweiskräftig. Ge- stützt auf das nicht beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten ist es damit nicht möglich zu überprüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Versi- cherten im vorliegenden Vergleichszeitpunkt (2021) im Vergleich zu jenem gemäss dem Gutachten von Dr. med. F._____ erheblich verschlechtert hat im Sinne eines Hinzutretens von neuen Leiden oder

einer Zunahme der bisherigen Leiden. Damit ist unklar, ob ein Revisionstatbestand vorliegt. Die Vorinstanz hätte daher für die Prüfung der zentralen Frage, ob eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten gegeben ist, nicht auf das bidisziplinäre Gutachten von Dres. med. N. _____ und O. _____ abstellen dürfen. Mangels Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens erübrigt sich vorliegend eine Auseinandersetzung mit den dies- bezüglichlichen Parteivorbringen, so mit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, welche sich darin zeige, dass gemäss der Begutachtung von Dr. med. O. _____ im Vergleich zu jener von Dr. med. F. _____ neue Symptome hinzugetreten seien und sich bestehende Symptome verstärkt hätten, sowie der von der Vorinstanz vertretenen Ansicht, dass Dr. med. O. _____ lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustands vorgenommen habe.

E. 7.6

Auf die von der kantonalen IV-Stelle zum bidisziplinären Gutachten eingeholte RAD-Stellungnahme vom 19. Februar 2021 kann für die Beantwortung der entscheidenderheblichen Frage, ob ein Revisionstatbestand vorliegt oder nicht, ebenfalls nicht abgestellt werden. Diese erweist sich einerseits als widersprüchlich, indem Dr. med. G. _____ seine Feststellung eines unveränderten Gesundheitszustands selektiv auf die entsprechende Angabe des psychiatrischen Gutachters Dr. med. O. _____ im psychiatrischen Teilgutachten abgestützt, gleichzeitig aber berechtigte Kritik gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O. _____ vorgebracht hat, womit auch die darin getroffene Feststellung des unveränderten psychiatrischen Befunds grundsätzlich in Frage gestellt wird. Andererseits basiert die Stellungnahme vom 19. Februar 2021 auf keinem lückenlosen Befund, nachdem Dr. med. G. _____ in seiner früheren Stellungnahme vom 13. August 2020 bereits darauf hingewiesen hatte, dass weitere Abklärungen nötig seien, in der Folge – abgesehen vom nicht beweiskräftigen bidisziplinären Gutachten – jedoch keine weiteren medizinischen Unterlagen eingegangen sind (vgl. unten E. 7.7), womit auch nicht abschliessend auf die Beurteilung des RAD abgestellt werden kann.

C-2985/2021 Seite 28

E. 7.7

Schliesslich erlauben auch die in den Vorakten liegenden Arztberichte der behandelnden Ärzte keine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im vorliegenden Vergleichszeitpunkt. So hatte RAD-Arzt Dr. med. G. _____ in seiner früheren Stellungnahme vom 13. August 2020 zu Recht festgehalten, dass mit den in jenem Zeitpunkt bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen der Gesundheitszustand der Versicherten nicht vollständig abgeklärt wurde (vgl. Sachverhalt Bst. C.b). Nach diesem Zeitpunkt sind bei der kantonalen IV-Stelle keine neuen Unterlagen der behandelnden Ärzte eingegangen. Die Beschwerdeführerin hat auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine weiteren medizinischen Unterlagen einreichen lassen, sondern sich in ihrer Argumentation ausschliesslich auf das – wie vorangehend dargelegt nicht beweiskräftige – bidisziplinäre Gutachten abgestützt.

E. 8.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der

notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und zu anschliessendem neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine solche insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend eindeutig der Fall ist, nachdem die Vorinstanz respektive die kantonale IV-Stelle bezüglich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem 26. Juni 2017 (Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung) erheblich verändert hat, nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Überdies würde der Beschwerdeführerin mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 8.2

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie erforderlich. Hierbei sind betreffend die (rheumatologische) Diagnose Fibromyalgie (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_724/2017 vom 23. August 2018 E. 4.1; oben E. 7.4) und die psychiatrischen Diagnosen für die objektivierte Einschätzung des zumutbaren Leistungsvermögens die Standardindikatoren ge-

C-2985/2021 Seite 29 mäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 E. 10.2) massgebend. 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_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m. w. H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

E. 8.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m. w. H.). Nachdem die Beschwerdeführerin in der Lage war, für die Untersuchung vom 12. Februar 2021 (vgl. IVSTA-act. 84 S. 1) in Begleitung einer Freundin (IVSTA-act. 84 S. 60) in die Schweiz zu reisen, sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und es sind der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 8.4

Da die neuen Abklärungen der Beantwortung der Frage, ob eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab dem 26. Juni 2017 (Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung) eingetreten ist, dienen sollen, wird das einzuholende polydisziplinäre Gutachten auch die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen haben. Das Gutachten wird sich mithin insbesondere auch darüber auszusprechen haben,

ob und inwiefern gegenüber dem vorliegenden Ausgangspunkt von Juni 2017 eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten stattgefunden hat, und dazu wie auch zur Krankheitsentwicklung sowie zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit konkrete und begründete Angaben zu machen haben (vgl. oben E. 5.8), wobei vorliegend eine Veränderung des Gesundheitszustands ab dem 1. Juli 2017 für allfällige Rentenansprüche relevant ist. 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 erheblich veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte

C-2985/2021 Seite 30 Befundlage (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m. H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7).

E. 8.5

Damit ist die Beschwerde im Ergebnis insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 26. Mai 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie den medizinischen Sachverhalt im Sinne der Erwägungen neu abkläre und anschliessend neu verfüge.

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Entsprechend kommt die der Beschwerdeführerin mit Zwischenverfügung vom 11. November 2021 gewährte unentgeltliche Rechtspflege vorliegend nicht zum Tragen.

E. 9.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da seitens der Rechtsvertreterin keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs (Gutheissung, jedoch aus anderen, als von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Gründen), 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 Parteientschädigung von praxisgemäss Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i. V. m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

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

C-2985/2021 Seite 31