

BVGer C-4868/2023 vom 27. April 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4868_2023

FR: TAF C-4868/2023 du 27 avril 2026

IT: TAF C-4868/2023 del 27 aprile 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG und Art. 69 IVG [SR 831.20]).

E. 1.2

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; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher - nachdem der Beschwerdeführerin mit Zwischenverfügung vom 29. September 2023 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde - einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 2.1

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

E. 2.2

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; Art. 13 VwVG; BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vor-sieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. August 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand

einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). 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 8. Februar 2021 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). 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 in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden - soweit nicht anders vermerkt - im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert und angewendet.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin ist italienische Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der der 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, insb. 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. 4.1

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. August 2023, mit welcher die Vorinstanz den Antrag der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgelehnt hat (IVSTA-act. 229). Prozessthema ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente im Rahmen einer erneuten Anmeldung, nachdem zuvor ein Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 14. Juni 2018 verneint worden ist (vgl. Bst. A.c vorstehend und E. 4.2 nachfolgend).

E. 4.2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person - gleich wie im Revisionsgesuch - 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 [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung - wie hier - auf die Neuanschuldung ein, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (BGE 133 V 450 E. 3.2; 109 V 108 E. 2b).

E. 4.2.2

Bei einer Neuanschuldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevidierung (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt 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.). Im Beschwerdefall obliegt diese materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; 109 V 108 E. 2b). 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. 4.2.3

Die erneute Anmeldung vom 8. Februar 2021 ist vorliegend - ausnahmsweise - wie eine Erstanmeldung zu behandeln, da die Verneinung eines Rentenanspruchs gemäss Verfügung vom 14. Juni 2018 nicht auf einer umfassenden Beurteilung desselben beruhte. Vielmehr war der Umstand ausschlaggebend, dass die Beschwerdeführerin durch Wiederaufnahme ihrer angestammten Tätigkeit als Seelsorgemitarbeiterin und Sekretärin als erfolgreich eingegliedert galt (vgl. Urteil des BGER 8C_735/2021 vom 17. März 2022 E. 2.1 m.w.H.).

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifelsohne erfüllt (Bst. A.a vorstehend), weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

E. 5.3

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. 5.4

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 (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E.3.1 m.H.).

E. 5.5

Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen oder Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zur Patientin oder zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für die allgemein praktizierende Hausärztin wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). Allerdings dürfen auch die potenziellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und 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.; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

E. 5.6

Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten medizinischen Sachverständigen andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben die vorerwähnten Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen objektive wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 8.3.4 mit Hinweis auf nicht publ. E. 6.2 des Urteils BGE 142 V 342, veröffentlicht in SVR 2016 IV Nr. 41 S. 131; Urteil des BGer 8C_659/2024 vom 28. Januar 2026 E. 5.1 m.w.H.). Die medizinischen Sachverständigen haben sich im Rahmen ihrer eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen - abhängig von ihrem Entstehungskontext - hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern die Sachverständigen die Vorakten bei der Untersuchung in ihre Überlegungen einbeziehen, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4).

E. 5.7

Grundsätzlich sind bei sämtlichen psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). 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 Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen. Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 8C_288/2024

vom 29. Oktober 2024 E. 8.2). Des Weiteren kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1; Urteil des BGer 9C_443/2023 vom 28. Februar 2025 E. 4).

E. 6.1

In der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2023 stellt die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 31. August 2022 ab. Gestützt darauf kommt sie im Wesentlichen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin ab dem 12. Juli 2022 in der festgelegten üblichen Tätigkeit (Seelsorgemitarbeiterin, Sekretärin) zu 70 % arbeitsfähig sei, in einer angepassten Tätigkeit mit geringer Rückenbelastung zu 80 %. In der Vernehmlassung bekräftigt die Vorinstanz ihren Standpunkt. Es sei auf das ABI-Gutachten abzustellen. Die Beschwerdeführerin bringe keine Umstände vor, die eine geänderte Einschätzung der verwertbaren Restarbeitsfähigkeit zu begründen vermöchten (BVGer-act. 9).

E. 6.2

In ihrer Beschwerde macht die Beschwerdeführerin insbesondere geltend, sie sei seit ihrer Reha-Entlassung am 17. Dezember 2020 arbeitsunfähig (BVGer-act. 1; siehe auch IVSTA-act. 36 S. 1 ff.). Es habe sich ergeben, dass sie nur weniger als drei Stunden täglich arbeiten dürfe. Der Vernehmlassung der Vorinstanz hält die Beschwerdeführerin entgegen, die aktenkundigen Gutachten seien nicht ausreichend, um eine definitive Entscheidung zu treffen. Es gebe Befundberichte von Ärzten und Therapeuten, die sie seit jeher behandelten und sie besser kennen (BVGer-act. 11).

E. 7

Bevor zu prüfen ist, ob das polydisziplinäre ABI-Gutachten, auf welches sich die Vorinstanz massgeblich abstützt, beweiskräftig ist (vgl. E. 8 nachfolgend), ist der medizinische Sachverhalt festzustellen.

E. 7.1

Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2023 liegen namentlich die folgenden medizinischen Berichte vor:

E. 7.1.1

Bericht der Klinik für Neurochirurgie (...) (Deutschland) vom 14. November 2017 (IVSTA-act. 18 S. 4 f.) betreffend die operative Entfernung eines meningothelialen Meningeoms rechts frontal am 9. November 2017. Der Bericht hält fest, es bestehe kein neurologisches Defizit und eine reizlose Wunde bei der Verlegung in die Rehabilitationsbehandlung.

E. 7.1.2

Ärztlicher Entlassungsbericht der Kliniken F._____, (...) (Deutschland), zuhanden der Deutschen Rentenversicherung vom 11. Dezember 2017 zum stationären Reha-Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 20. November 2017 bis 11. Dezember 2017 (IVSTA-act. 19 S. 7 ff.) mit folgenden Diagnosen: Meningotheliales Meningeom rechts frontal, WHO I mit Wachstum bis in die Tabula interna des Knochendeckels, ED 07/2017, OP am 9. November 2017 über eine osteoplastische Kraniektomie (D32.0), Gleichgewichtsstörungen (R42), vorschnelle Ermüdung (R53), Cephalgie (R51), Übelkeit (R11), Myalgien aller Extremitäten (M79.10), leichte Einschränkungen in Aufmerksamkeit und Gedächtnis (F06.7). Es zeige sich eine Verbesserung in allen Bereichen bei der Entlassung aus der Reha: Die Kopfschmerzen hätten sich deutlich reduziert. Die neurokognitiven Einschränkungen hätten sich ebenfalls gebessert, bei Entlassung hätten diskrete Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, und Handlungsplanung sowie konzentrierte Belastbarkeit bestanden. Die Entlassung sei arbeitsfähig erfolgt, allerdings mit einer Empfehlung zu gestuftem Einstieg aufgrund der Belastbarkeitsminderung.

E. 7.1.3

Neuropsychologischer Untersuchungsbericht (Erstuntersuchung) von Dipl. psych. G._____, psychologische Psychotherapeutin, klinische Neuropsychologin (Deutschland), vom 8. Juni 2018 (IVSTA-act. 36 S. 17 ff.). Für die Vorbefunde/Diagnosen wird auf den Entlassungsbericht der Kliniken F._____, (...) (Deutschland), verwiesen (vgl. E. 7.1.2 vorstehend). In der neuropsychologischen Untersuchung liessen sich leichte bis mittelgradige Beeinträchtigung objektivieren. Betroffen seien die Bereiche Aufmerksamkeit, visuelle Suche und Teilung der Aufmerksamkeit. Die allgemeine kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sei leicht bis mittelgradig reduziert. Hinweise auf klinisch relevante psychische Beeinträchtigungen hätten sich keine ergeben. Die neuropsychologischen Befunde können mit folgenden Diagnosen beschrieben werden: leichte kognitive Störung F06.7) sowie psychische und kognitive Belastbarkeitsminderung (R53).

E. 7.1.4

Ärztliches Attest von Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin (Deutschland), vom 18. Januar 2019 zur Vorlage beim Arbeitsamt (IVSTA-act. 60). Aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz sei es bei der Beschwerdeführerin ab April 2018 zu ausgeprägten somatischen Beschwerden gekommen. Da es trotz klärender Gespräche zu keiner Besserung gekommen sei, habe die Beschwerdeführerin im September 2018 auf ärztliches Anraten gekündigt.

E. 7.1.5

Neuropsychologischer Untersuchungsbericht von Dipl. psych. G._____ vom 5. Januar 2020 (IVSTA-act. 36 S. 22 ff.). Neuropsychologische Diagnosen: Leichte kognitive Störung (F06.7) sowie psychische und kognitive Belastbarkeitsminderung (R53). Im Bereich Aufmerksamkeit seien nun alle Werte im Normbereich. Die kognitive

Verarbeitungsgeschwindigkeit sei bei Aufgaben mit ausschliesslich kognitiven Anforderungen noch unterdurchschnittlich gewesen, bei einer Aufgabe mit motorischer Komponente im Vergleich zur Erstuntersuchung unauffällig. Im Bereich Lernen und Gedächtnis sei die visuelle Lernfähigkeit nur noch leicht beeinträchtigt, der Abruf von visuellem Material sei diesmal dem unteren Normbereich entsprechend gelungen. Auch im Bereich der exekutiven Funktionen zeige sich eine Verbesserung in der verbalen Ideenproduktion. Leichte bis mittelgradige Beeinträchtigungen würden sich noch bei komplexen Anforderungen an die exekutiven Funktionen in Form einer aufwändigen Planungsaufgabe zeigen, die Überblick, logisches Denken, Handlungsplanung sowie das Arbeitsgedächtnis fordere. Im Laufe der Behandlung hätten die Wahrnehmung und Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin bezüglich der kognitiven Beeinträchtigungen und der reduzierten Belastbarkeit deutlich verbessert werden können. Trotz dieser Einsichten sei es ihr schwergefallen, ihre Belastbarkeitsgrenzen einzuhalten. Nach Aufnahme einer Tätigkeit als Apothekenhelferin im Oktober 2019 sei ein deutlicher psychischer Leidensdruck als Reaktion auf die ständige Überlastung wahrnehmbar gewesen.

E. 7.1.6

Ärztlicher Entlassungsbericht der Kliniken F._____, (...) (Deutschland), vom 17. Dezember 2020 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung zum stationären Reha-Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 12. November 2020 bis 17. Dezember 2020 (IVSTA-act. 36 S. 1 ff.). Diagnosen: Belastungsminderung mit Kopfschmerzen (R53) nach Resektion eines meningothelialen Meningeom frontal rechts (D320) sowie leichte Einschränkung des Gedächtnisses, deutlicher von Arbeitstempo und Exekutivfunktionen (F06.7) sowie Verdacht auf Anorexia nervosa. Bei der Entlassung habe die Beschwerdeführerin weiterhin unverändert Kopfschmerzen mit Übelkeit sowie Muskelschmerzen im Nacken- und Schulterbereich und den unteren Extremitäten gehabt. Die neuropsychologische Untersuchung zeige eine verminderte konzentrierte Belastbarkeit und leichte bis mittelgradige exekutive Defizite. In der Abschlussuntersuchung sei der klinisch neurologische Status ohne Defizite gewesen. Die Beschwerdeführerin werde arbeitsunfähig nach Hause entlassen, im Beruf als Arzt-Sekretärin werde nur noch ein Leistungsbild von 3-6 Stunden gesehen. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten noch über sechs Stunden möglich, vorausgesetzt ein ruhiges Setting mit einem hohen Anteil an seriellen Aufgaben, geringen Anforderungen an Gedächtnis und Exekutivfunktion und der Möglichkeit zu regelmässigen Pausen.

E. 7.1.7

Ärztliches Attest von Dr. H._____ vom 22. Januar 2021 zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung (IVSTA-act. 49). Dr. H._____ hält eine Wiedereingliederung für nicht zielführend, da die Beschwerdeführerin ihrer Meinung nach keine realistische Chance habe, wieder eine Vollzeitstelle im normalen Arbeitsleben zu bewältigen.

E. 7.1.8

Der psychopathologische Querschnittsbefund zur Vorlage bei der IV von Dipl. psych. I._____, psychologische Psychotherapeutin, klinische Neuropsychologin, Supervisorin Neuropsychologie und forensische Sachverständige Neuropsychologie (Deutschland), vom 25. Januar 2021 stellt die Diagnosen leichte kognitive Störung (F06.7G) sowie Anpassungsstörung (F43.2). Sie schätzte eine halbschichtige Arbeitsfähigkeit für

Tätigkeiten ohne Zeitdruck, ohne körperlich schwerwiegende Arbeiten, ohne Arbeiten, die eine erhöhte Anforderung an geteilte Aufmerksamkeit und Überwachungstätigkeiten haben, und ohne Arbeiten, die länger als vier Stunden im Tagesverlauf erfordern (IVSTA-act. 36 S. 14 ff.). Diese Einschätzung bestätigte Dipl. psych. I. _____ im Bericht vom 9. Februar 2021 an die Deutsche Rentenversicherung (IVSTA-act. 50).

E. 7.1.9

Befundbericht Magnetresonanztomographie Kopf und Halswirbelsäule nativ mit Kontrastmittel von Dr. med. J. _____, Arzt für Diagnostische Radiologie (Deutschland), vom 16. Februar 2021 (IVSTA-act. 61). Es sei kein Rezidiv ersichtlich, dafür ein Bulging der Bandscheibe HWK 4/5 ohne Nervenwurzelaffektion.

E. 7.1.10

Sozialmedizinische Stellungnahme zum Leistungsvermögen der Ärztin K. _____, Fachärztin für Chirurgie, Sozialmedizin (Deutschland), vom 19. Februar 2021 (IVSTA-act. 51) mit folgenden Diagnosen: Belastbarkeitsminderung mit chronisch rezidivierendem Kopfschmerzsyndrom nach Meningeom-Operation, Z.n. Resektion eines Meningeoms frontal rechts, leichte kognitive Einschränkungen. Leichte, wechselbelastende Arbeiten in Tagesschicht seien möglich unter Berücksichtigung der eingeschränkten psycho-mentalenen Belastbarkeit, für drei bis sechs Stunden in der bisherigen Tätigkeit (Arztsekretärin) und sechs Stunden und mehr in einer angepassten Tätigkeit.

E. 7.1.11

Bericht von Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädie (Deutschland), vom 10. März 2021 (IVSTA-act. 62). Die HWS-Beweglichkeit sei bezüglich Li-Re-Rotation sowohl in Flexion, Neutralstellung als auch in Extension reduziert, die Muskulatur sei myogelotisch induriert und im Bereich der BWS fänden sich eine Rundrückenfehlhaltung und multiple Blockierungen. Subacromialer Druckschmerz mit positiven Impingementzeichen. Rotatorenmanschettentests negativ. Die Beweglichkeit sei mittelgradig eingeschränkt: Aktiv Anteversion 110°, Abd 80°, Aro-Iro 10-0-60°.

E. 7.1.12

Medizinische Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 19. April 2021 (IVSTA-act. 70). Dr. M. _____ folgt der Einschätzung der Kliniken F. _____ (vgl. E. 7.1.6 vorstehend), dass nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Arztsekretärin bestehe. Vergleiche man die Befunde von 2018 mit den aktuellen sei nur eine allenfalls leichte Verschlechterung festzustellen. In einer sehr leichten Tätigkeit ohne Zeitdruck, ohne komplexe Aufgaben, ohne Stress, ohne grosse Anforderung an die Konzentrations- und Merkfähigkeit sei noch eine ganztägige Anwesenheit denkbar. Eine Tätigkeit als Arztsekretärin falle nicht unter die optimal angepassten Tätigkeiten. In dieser sei nur noch eine halbschichtige Arbeitsfähigkeit gegeben.

E. 7.1.13

Medizinische Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz von Dr. med. N. _____, Fachärztin für Neurologie, vom 18. Mai 2021 (IVSTA-act. 74). Nach Durchsicht aller Vorakten könne die Arbeitsfähigkeit - aufgrund der divergierenden und allesamt nicht neurologischen Einschätzungen - aus fachneurologischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden. Eine neurologische Abklärung der reklamierten

Kopfschmerzen sei aktenkundig nicht erfolgt. Aus medizin-theoretischer und fachneurologischer Sicht blieben sowohl die Ausprägung der reklamierten Kopfschmerzen als auch die kognitiven Einschränkungen fraglich. Hierfür bedürfe es eines ausführlichen fokalneurologischen Untersuchungsbefundes, der die Einschränkungen präzise beschreibe. Auch die Ausprägung der allenfalls vorliegenden psychiatrischen Komorbiditäten (Verdacht auf Anorexia Nervosa) bleibe vorerst unklar und bedürfe zur Klärung eines fachpsychiatrischen Untersuchungsberichtes.

E. 7.1.14

Am 16. Juni 2021 hielt Dr. L._____ einen Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom und eine langsame Besserung der Schulterbeschwerden links sowie allgemeine Glieder- und Gelenkbeschwerden mit deutlicher Belastungsminderung fest (IVSTA-act. 91). Als Befunde hielt er Folgendes fest: Li. Schulter: Anteversion 160°, Abd 140°, Aro-Iro 40-0-70m, Beckengeradstand, Hyperlordose, lotgerechter Aufbau, paravertebraler lumbaler Hartspann mit druckschmerzhaften Triggerpunkten, ISO-Blockierungen bds., FBA 10 cm, neurologisch o.B. bei abgeschwächten Muskeleigenreflexen. Hüftbeweglichkeit altersentsprechend.

E. 7.1.15

Gutachten zuhanden der Deutschen Rentenversicherung von Dr. med. O._____, Facharzt für psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Innere Medizin (Deutschland), vom 16. Juli 2021 (IVSTA-act. 83). Als Befunde und Diagnosen auf allgemein-medizinischem/internistischem Gebiet hielt Dr. O._____ leichtes Untergewicht (BMI 18) sowie Kombinationskopfschmerzen (Spannungskopfschmerzen und migränoide Kopfschmerzen) fest. Auf orthopädischem Gebiet stellte er ein mitgeteiltes Cervico-Brachial-Syndrom links mit aktuell keinen neurologischen Ausfällen sowie eine mitgeteilte Frozen-Shoulder links mit leichten Funktionseinschränkungen fest. Auf fachpsychiatrisch-neurologischem Gebiet stellte er Z.n. Operation eines Meningeoms im November 2017, leichte kognitive Defizite, Anpassungsstörungen mit länger dauernder leichter Depression und Angst, Kombinationskopfschmerzen (Migränoide- und Spannungskopfschmerzen) und eine weitgehend kompensierte Psychoneurose fest (vgl. auch E. 8.2.2 nachfolgend). Die Beschwerdeführerin sei in einer körperlich leichten Tätigkeit im Umfang von mindestens sechs Stunden arbeitsfähig. Stundenweise Arbeiten am Computer seien möglich. Ihre letzten Tätigkeiten als Arztsekretärin und pharmazeutische Assistentin könne die Beschwerdeführerin nicht mehr durchführen. Ausgeschlossen seien Arbeit unter Zeitdruck, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und mit Absturzgefahr, an laufenden gefährdenden Maschinen, mit Nacht- und Wechselschicht, mit Fließbandarbeiten und mit erhöhter Verantwortung.

E. 7.1.16

Bericht des Interdisziplinären Schmerzzentrums, Universitätsklinikum (...) (Deutschland), vom 18. Oktober 2021 (IVSTA-act. 92) von Dr. med. P._____, Fachärztin für Neurochirurgie, Dr. med. Q._____, Fachärztin für Anästhesie, Dr. med. R._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. S._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und MSc M. Huml, Psychologin, mit folgenden Diagnosen: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), chronischer Kopfschmerz seit Meningeom-Operation (G44.3), Migräne ohne Aura (G43.0), Narbenschmerzen (L90.5), episodische Spannungskopfschmerzen seit

Kindheit (G44.2), Myalgie: mehrere Lokalisationen (M79.10), abnorme Körperhaltung: OK-Shift und Schulterhochstand, Schulterprotraktion bds (R29.3), Flachrücken im Thorakolumbalbereich (M40.35), segmentale und somatische Funktionsstörungen im Zervikalbereich mit V.a. Blockade (M99.01), segmentale und somatische Funktionsstörungen: Schulter nach frozen shoulder (M99.07), sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion, Kiefer, hüftumgebende Muskulatur (M62.81), Untergewicht (R63.4), Rehabilitationsmassnahmen in der Eigenanamnese (Z92.8), Kontakianlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (Z61.), leichte kognitive Störung (F06.7), Anpassungsstörungen (F43.2), psychosoziale schmerzbeeinflussende Faktoren in Bezug auf Familie und Partnerschaft (Z63.0), Mangel an finanziellen Mitteln (Z59), Probleme mit Bezug auf: Andere physische oder psychische Belastung im Zusammenhang mit der Arbeit: LTA-Massnahme, Rentenverfahren im Widerspruch (Z56.6). Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ergab, dass aus interprofessioneller Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) vorliege: - Aus schmerzmedizinischer Sicht bestehe ein chronischer Kopfschmerz (Dauerkopfschmerz und Migräne ohne Aura) nach Kraniotomie i.R. einer Meningeomresektion 10/2017. Vorbestehend sei ein episodischer Spannungskopfschmerz seit der Kindheit mit Z.n. Medikamentenübergebrauch bekannt. Seit ca. zwei Jahren habe sich eine zusätzliche multilokuläre Myalgie, aktuell mit p.m. rechter Oberschenkel und hüftumgebende Muskulatur eingestellt. Im Januar 2021 sei eine Frozen Shoulder aufgetreten. Multiple Allergien sowie ein untergewichtiger Ernährungszustand seien bekannt. - Die physiotherapeutische Untersuchung ergebe schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule mit teilweise stark druckempfindlicher und hypertoner Muskulatur im Schulter-Nacken-Bereich linksbetont sowie in der Kiefergelenkmuskulatur. Ebenso hypertone Teile der hüftumgebenden Muskulatur rechtsbetont. Die stabilisierende Halsmuskulatur zeige ein Kraftdefizit. - Seitens der schmerzpsychologischen Diagnostik bestehe bei langjährigen Schmerzen, deren Reagibilität auf Stress und Belastung, der deutlichen Auswirkungen auf die Lebensqualität (Verlust der Arbeitsfähigkeit, Verlust Freizeitaktivitäten, Schlafstörung), sowie maladaptiver Strategien im Umgang (Durchhaltestrategien) und emotionaler Belastung (Sorge vor Chronifizierung) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Komorbid bestehe eine Anpassungsstörung.

E. 7.1.17

Gemäss medizinischer Stellungnahme von Dr. N._____ vom 16. Dezember 2021 könne nach interdisziplinärer Fallbesprechung mit dem psychiatrischen Leiter der IVSTA, Dr. med. T._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Arbeitsfähigkeit aus fachneurologischer (somatischer) Sicht nicht abschliessend beurteilt werden (IVSTA-act. 88). Im von Dr. O._____ am 16. Juli 2021 durchgeführten «fachpsychiatrisches Gutachten» mache die Beschwerdeführerin neurologische Komorbiditäten (Kopfschmerzen und kognitive Defizite) geltend. Dr. O._____ gelte nach den hiesigen justiziablen Kriterien als «fachfremd» auf dem neurologischen Gebiet, weshalb sie ersuche, ein fachneurologisches Gutachten in Deutschland in Auftrag zu geben, um die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht valide beurteilen zu können.

E. 7.1.18

Gemäss dem Bericht des Interdisziplinären Schmerzzentrums vom 10. Dezember 2021 bestehe diagnostisch weiterhin eine häufig auftretende Migräne mit dem zusätzlichen

chronischen Dauerkopfschmerz trotz medikamentöser Prophylaxe mit Amitriptylin, die nur eher mässig vertragen werde (IVSTA-act. 94 und 102).

E. 7.1.19

Gemäss der medizinischen Stellungnahme von Dr. N._____ vom 21. Februar 2022 (IVSTA-act. 104) sei nach interdisziplinärer Fallbesprechung eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz in den Disziplinen Neurologie, Neuropsychologie (unter Anwendung dreier validierter Testverfahren mit Symptomvalidierung), Psychiatrie, Rheumatologie und Innere Medizin, zu empfehlen.

E. 7.1.20

Im Bericht vom 22. März 2022 stellt Dr. med. U._____, Fachärztin für Diagnostische Radiologie (Deutschland), Folgendes fest (IVSTA-act. 141 S. 77): Unverändert zum 21. Januar 2019 unauffällig anliegende Meningen, kein Anhalt für ein Rezidiv des voroperierten Meningeoms. Regelrechte Kalotte. Keine intrazerebrale Raumforderung, keine Diffusions-Restriktion. Innere und äußere Liquorräume normal weit. Mark-Rinden-Kontrast unauffällig, keine Mark-Lager-Läsion. Regelrechte basale Zisternen.

E. 7.1.21

Bericht von Dr. med. V._____, Facharzt für Nuklearmedizin (Deutschland), vom 23. März 2022 (IVSTA-act. 119). Er diagnostizierte eine disseminierte Autonomie in einer Struma multinodosa mit hypofunktionellem Knoten rechts kaudal, isthmusnah.

E. 7.1.22

Bericht von Dr. med. W._____, Facharzt für Diagnostische Radiologie (Deutschland), vom 8. April 2022 (IVSTA-act. 141 S. 78) betreffend ein MRT HWS nativ vom 7. April 202 mit folgender Beurteilung: Osteochondrose, Unkarthrose C4/5 bis C6/7 betont mit Protrusion sowie Prolaps Anteil C6/7 sowie foraminale Engen.

E. 7.1.23

Bericht von Dr. med. X._____ und Dr. med. Y._____, Fachärzte für Neurochirurgie (Deutschland), vom 19. April 2022 (IVSTA-act. 141 S. 80): Im cMRT vom 17. März 2022 zeige sich kein Hinweis auf ein Rezidiv eines Meningeoms. Allerdings sei das MRT ohne Kontrastmittel angefertigt worden und somit nur eingeschränkt aussagekräftig.

E. 7.1.24

Dr. med. Z._____, Facharzt für Viszeralchirurgie (Deutschland), rät in seinem Bericht vom 27. April 2022 zu einer Hemithyreoidektomie rechts mit interoperativem Schnellschnitt, da sich der hypofunktionelle Knoten rechts caudal in der MIBI-Szintigraphie intensiv speichernd zeige. Ein maligner Prozess könne nicht ausgeschlossen werden (IVSTA-act. 141 S. 81 f.).

E. 7.2.1

Mit interdisziplinärem MEDAS Gutachten vom 31. August 2022 (Disziplinen: Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Neuropsychologie) stellten die Gutachter des ABI folgende Diagnosen (IVSTA-act. 141): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom (ICD-10 G44.8) - mit Postkraniektomie- und Migräne- sowie Spannungskopfschmerzanteilen und funktionellen

Komponenten St.n. meningothelemales Meningeom WHO Grad I hochfrontal rechts mit operativer Totalresektion am 09.11.2017 - leichte neuropsychologische Funktionsstörung 2. Chronisches zervikospondylogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8) - altersentsprechend mässige Degenerationen der HWS C4/5-C6/7 (MRI 04/2022) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) 2. Schilddrüsen-Autonomie mit hypofunktionellem Knoten rechts kaudal, isthmusnah (ICD-10 E03.4) 3. Untergewicht mit einem Body-Mass-Index von 17.5 kg/m² (ICD-10 R63.4)

E. 7.2.2

Im Teilgutachten der Inneren Medizin (IVSTA-act. 141 S. 25 ff.) stellt Prof. Dr. med. Aa._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt er eine Schilddrüsen-Autonomie mit hypofunktionellem Knoten rechts kaudal, isthmusnah (ICD-10 E03.4) und Untergewicht mit einem Body-Mass-Index von 17.5 kg/m² (ICD-10 R63.4). Er hält Hinweise auf Anorexie, Fibromyalgie sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren fest. Der allgemeininternistische Untersuchungsbefund sei unauffällig. Zu den Beschwerden am Bewegungsapparat und dem Nervensystem der Beschwerdeführerin verweist er auf das rheumatologische und das neurologische Teilgutachten. Er attestiert der Beschwerdeführerin eine vollzeitige, uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit. Seit dem 14. Juni 2018 habe sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben.

E. 7.2.3

Im psychiatrischen Teilgutachten (IVSTA-act. 141 S. 32 ff.; vgl. hierzu auch E. 8 nachfolgend) stellt Dr. med. Cc._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt sie einen Status nach Anpassungsstörung sowie Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F.43.22). Anlässlich der aktuellen Untersuchung sei keine relevante affektive Symptomlast festzustellen. Es fänden sich weder formalgedankliche noch kognitive Auffälligkeiten. Anhand der Angaben zur sozialen und beruflichen Anamnese lägen keine Hinweise auf Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen vor. Aufgrund der beklagten anhaltenden schweren Schmerzen, die somatisch nicht vollumfänglich zu erklären seien, sei eine somatoforme Störung zu diskutieren. Die Beschwerdeführerin beklage aber keinerlei unangenehme Lebensereignisse, Schwierigkeiten oder Konflikte, weder zum Zeitpunkt des Beschwerdebeginns noch aktuell. Pharmakologische Medikation werde nicht eingenommen und eine psychiatrische Behandlung sei nie gewünscht worden, sodass kein erheblicher Leidensdruck angenommen werden könne. Die Beschwerdeführerin sei uneingeschränkt in einem vollen Pensum sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit arbeitsfähig. Da keine Akten von Juni 2018 vorlägen, sei stets von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit seit dem 14. Juni 2018 auszugehen.

E. 7.2.4

Im rheumatologisches Teilgutachten (IVSTA-act. 141 S. 42 ff.) stellt Dr. med. Bb._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zerviko-spondylogenes und lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8), eine Manifestation im Anschluss an eine Kraniotomie zur Meningeom-Resektion im Oktober 2017 sowie altersentsprechend mässige Degenerationen der Halswirbel C4/5-C6/7 (MRI vom April 2022). Subjektiv stünden starke Kopfschmerzen im Vordergrund. Zudem schildere die Beschwerdeführerin Schmerzen in der Nacken-Schultergürtelregion sowie an beiden Oberarmen und an beiden Oberschenkeln. Zudem seien lumbale Rückenschmerzen vorhanden. Klinisch liege im Bereich des Nackens und der supraskapulären Muskulatur eine höchstgradige Berührungssensibilität vor mit Schmerzen bereits bei reinen Berührungen, was nicht durch eine Pathologie an der Wirbelsäule begründet werden könne. Rheumatologisch könne das Beschwerdebild als panvertebrales Schmerzsyndrom mit Betonung der HWS eingeordnet werden. Es bestehe eine eindruckliche Diskrepanz zwischen freien Spontanbewegungen einerseits und hochgradigen Bewegungseinschränkungen bei der direkten klinischen Prüfung der Wirbelsäule andererseits. Ansonsten hält der Sachverständige einen unauffälligen Untersuchungsbefund fest. Es sei von einer Symptomausweitung bei primärer Kopfschmerzsymptomatik und nicht von einer spezifischen Wirbelsäulenproblematik auszugehen. Die orthopädische Diagnose «Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom» (vgl. E. 7.1.14 vorstehend) könne bei der aktuellen klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin sei acht Stunden am Tag arbeitsfähig bei einem Arbeitspensum von 90 %. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Arztsekretärin mit monotoner Haltung seien vermehrte Ruhepausen nötig. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsste folgende Merkmale aufweisen: Körperlich nur leichte Tätigkeiten mit nur leichter Rückenbelastung, keine monoton-repetitiven Haltungen oder Bewegungen, keine Überkopftätigkeiten, Möglichkeit zu Wechselpositionen. In einer Tätigkeit, die diese Merkmale erfülle, sei sie acht Stunden am Tag in einem 100 %- Pensum arbeitsfähig. Soweit retrospektiv überhaupt beurteilbar, habe aus rein rheumatologischer Sicht auch zu einem früheren Zeitpunkt keine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen, mit Ausnahme der akuten Phase der Frozen Shoulder links in der ersten Jahreshälfte 2021.

E. 7.2.5

Im neurologische Teilgutachten (IVSTA-act. 141 S. 52 ff.) stellt Dr. med. Dd. _____, Facharzt für Neurologie, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom (ICD-10 G44.8) mit Postkraniotomie- und Migräne- sowie Spannungskopfschmerzanteilen und funktionellen Komponenten. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt er einen Zustand nach Meningeom-Exstirpation ohne weitere Komplikationen (ICD-10 D32.0). Die Beschwerdeführerin stelle Kopfschmerzen in den Vordergrund. Es würden sich als Folge des Meningeoms beziehungsweise der Operation keine neurologischen Defizite oder Hinweise für epileptische Anfälle ergeben. Für die Kopfschmerzen sei in den Vorberichten kein organisches Korrelat beschrieben worden. Der Schlussfolgerung im Bericht des Interdisziplinären Schmerzzentrums einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren sei zuzustimmen (vgl. E. 7.1.16 vorstehend). So seien bei diesen Kopfschmerzen eine Spannungskopfschmerzkomponente wie auch ein Migräne-Anteil anzunehmen, welche im Vordergrund stehen dürften. Bei Zustand nach Kraniotomie und Meningeom-Exstirpation sei zusätzlich die Annahme einer postoperativen Komponente gerechtfertigt. Darüber hinaus bestünden funktionelle Komponenten, diese wahrscheinlich im Rahmen einer psychiatrischen Komorbidität. Wesentliche kognitive Defizite würden sich bei der aktuellen klinischen Untersuchung nicht ergeben. Gemäss dem neurologischen

Sachverständigen besteht für die Tätigkeit als pharmazeutisch-technische Assistentin keine aktuelle Berufserfahrung mehr, für die Tätigkeit als medizinische Praxisangestellte fehle die intellektuelle Wendigkeit. Die Tätigkeit als Sekretärin und Laien-Seelsorgerin sei weiterhin vorstellbar, mit etwas erhöhtem Pausenbedarf. Er schätzt die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bei 80 %, in einer angepassten Tätigkeit, mit mässig kognitiven Anforderungen und körperlich leichter Arbeit in Vollzeit bei 80 %, mit etwas erhöhtem Pausenbedarf.

E. 7.2.6

Dr. phil. Ee. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie und psychologischer Psychotherapeut, (IVSTA-act. 141 S. 60 ff.) hält als neuropsychologische Diagnose eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung fest. Insgesamt würden sich bezüglich der kognitiven Leistungen keine Hinweise auf Leistungsverschlechterung im Verlauf ergeben. Aus rein neuropsychologischer Sicht seien gewisse Leistungsverbesserungen bezüglich kognitiver Leistungen anzunehmen. Entsprechend hätten sich kognitive Einschränkungen zu Beginn des Betrachtungszeitraums (14. Juni 2018) überwiegend wahrscheinlich deutlicher auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Bei einer ideal adaptierten Tätigkeit seien aus rein kognitiver Sicht zu keinem Zeitpunkt Einschränkungen anzunehmen. Bezüglich der kognitiven Leistungen sei im weiteren Verlauf mit weitgehend stabilen Leistungen oder geringen Verbesserungen zu rechnen. In Abhängigkeit des Verlaufs von Einflussfaktoren wie der Kopfschmerzsymptomatik oder von Belastung seien auch vorübergehende Leistungsverschlechterungen denkbar.

E. 7.2.7

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (IVSTA-act. 141 S. 4 ff.) hielten die Sachverständigen fest, dass bezüglich der quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit die Schmerzsymptomatik mit multifaktoriellem Kopfschmerzsyndrom und zervikospondylothem Schmerzsyndrom im Vordergrund stehe. Hinzu kämen qualitative Einschränkungen beim Vorliegen einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung. Betrachte man die Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Sekretärin und Seelsorgerin als angestammte Tätigkeit, so bestehe eine zumutbare Anwesenheit von acht Stunden am Tag mit erhöhtem Pausenbedarf. Zudem sei aufgrund der neuropsychologischen Störung von einer erhöhten Bearbeitungszeit auszugehen. Die Sachverständigen attestieren der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in der bisherigen Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit, d.h. einer körperlich leichten Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen, ohne Überkopftätigkeiten, mit Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne Tempoanforderungen bei schriftlichen Anforderungen, mit bei Bedarf notwendiger Wiederholung von Anweisungen und Arbeitsaufträgen und leicht unterdurchschnittlichen Anforderungen an selbständiges Planen und Organisieren, sei die Beschwerdeführerin in Vollzeit zu 80 % arbeitsfähig, bei etwas erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten die Sachverständigen fest, nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab November 2017 könne ab März 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab Juli 2019 die aktuelle Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Aus neurologisch-neuropsychologischer Sicht sei es seit dem 14. Juni 2018 zu einer gewissen Leistungsverbesserung bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit gekommen. Das Erreichen der (vollen) Arbeitsfähigkeit im März 2018 sei nicht realistisch bzw. überfordernd gewesen, weshalb medizinisch nicht auf die Verfügung vom Juni 2018

abgestützt werden könne. Die Verfügung vom 14. Juni 2018 müsse medizinisch als falsch eingestuft werden.

E. 7.2.8

In ihrer medizinisch-juristischen Beurteilung («Appréciation médico-juridique de l'expertise médicale») vom 18. Oktober 2022 sprach die Vorinstanz dem ABI-Gutachten vollen Beweiswert zu (IVSTA-act. 147). Ab dem 12. Juli 2022 betrage die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 30 % und in einer angepassten Tätigkeit 20 %.

E. 7.3

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte die Beschwerdeführerin namentlich folgende medizinischen Berichte ein:

E. 7.3.1

Bericht von Dr. med. Gg. _____, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Deutschland), vom 27. Januar 2022 (IVSTA-act. 179) mit folgenden Diagnosen: Meningeom frontal 2017, Lumbalgie/Kreuzschmerz, Coxalgie, psychosomatische Begleitreaktion. Befund: Steht an die Wand gelehnt, Druckschmerz bds Paravertebral, Schulter gut beweglich, HWS 60-0-60°, C1 Querfortsatz bds empfindlich.

E. 7.3.2

Ärztliches Attest vom 17. März 2022 von H. _____ zur Vorlage beim Landratsamt (...) (IVSTA-act. 180). Das Schmerzsyndrom und die Migräne hätten sich deutlich verschlechtert. Durch die starken Schmerzen und die praktisch dauernd vorhandenen Beschwerden sei die Beschwerdeführerin in ihrer Alltagsbewältigung, in sozialen Kontakten und in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt beziehungsweise letztere sei nicht mehr gegeben.

E. 7.3.3

Befundbericht von Dr. H. _____ für den ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit vom 5. Juli 2022 (IVSTA-act. 185). Eine Tätigkeit in der Alten- oder Behindertenbetreuung ohne starke körperliche Belastungen und ohne Zeitdruck sei denkbar.

E. 7.3.4

Befundbericht von Dipl. psych. I. _____ für den ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit vom 6. Juli 2022 (IVSTA-act. 186). Sie hält eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate sowie eine derzeit bestehende Arbeitsunfähigkeit fest. Sie geht davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit mindestens weitere sechs Monate bestehen werde.

E. 7.3.5

Bericht Dr. med. Ff. _____, Fachärztin für Viszeralchirurgie (Deutschland) vom 12. August 2022 (IVSTA-act. 198). Diagnose: Struma nodosa rechts mit MIBI positivem Knoten rechts kaudal sowie kompensierte disseminierte Autonomie. Stationäre Behandlung vom 11. bis am 13. August 2022 zwecks Schilddrüsenresektat (Hemithyreoidektomie rechts) mit einem 1.5 cm grossen follikulären Schilddrüsenadenom ohne Nachweis eines Kapseldurchbruchs oder einer Gefässinvasion. Daneben Zeichen eines Struma colloides diffusa mit mässiggradiger lymphozytärer Thyreoiditis und fokaler onkozytärer Metaplasie

von Thyreozyten, passend zu einer Autoimmunthyreoiditis. Keine Hinweise auf Malignität oder Spezialität.

E. 7.3.6

Bericht von Dr. P._____ und Dr. R._____ vom 15. November 2022 (IVSTA-act. 205). Die Beschwerdeführerin habe über aktuelle Belastungsfaktoren aufgrund eines Konfliktes am Arbeitsplatz berichtet. Zudem leide sie nach dem Eingriff an der Schilddrüse noch unter Schluckstörungen, die mit Kortison behandelt worden seien, aber nicht die gewünschte Verbesserung ergeben hätten. Die Ärztinnen hätten mit den Injektionsbehandlungen nach dem PREEMPT-Schema (Botox-Behandlung zur Vorbeugung chronischer Migräne) ohne akute Komplikationen begonnen. Die Beschwerdeführerin sei gehalten, weiterhin ein Kopfschmerz-Tagebuch zu führen.

E. 7.3.7

Sozialmedizinische Stellungnahme von Dr. med. Hh._____, Fachärztin für Innere Medizin und Sozialmedizin (Deutschland), vom 19. Dezember 2022 (IVSTA-act. 206). Nach Auswertung der neu vorgelegten medizinischen Unterlagen hätten sich neue medizinische Gesichtspunkte ergeben. Es bestehe ein drei- bis maximal sechstündiges Leistungsvermögen für entsprechende Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes retrospektiv seit Rentenantragsstellung vom 9. Februar 2021. Da eine Besserung möglich sei, sollte eine zeitliche Befristung dieser Leistungsminderung erfolgen.

E. 7.4

Gemäss der ärztlichen Stellungnahme von Dr. N._____ vom 25. Juli 2023 zuhanden der Vorinstanz (IVSTA-act. 228) ergeben sich aus den neu eingereichten medizinischen Unterlagen keine Hinweise auf bisher nicht genannte (unbekannte/neue) Komorbiditäten.

E. 7.5

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin namentlich folgende ärztlichen Berichte ein:

E. 7.5.1

Sozialmedizinisches Gutachten des medizinischen Dienstes E._____ (Deutschland) von Dr. med. Ii._____, Facharzt für Psy-chiatrie und Neurologie (Deutschland), vom 2. Februar 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen) mit folgenden Diagnosen: sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (F43.8), leichte kognitive Störung (F06.7), subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarkes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (G32.0). Als Befund hielt Dr. Ii._____ fest, dass in einer im Juli 2022 durchgeführten neurologischen Untersuchung teilweise unterdurchschnittliche kognitive Leistungen festgestellt worden seien. Neben kognitiven Defiziten bestünden eine deutliche Belastbarkeitsminderung und eine ausgeprägte Kopfschmerzsymptomatik, weswegen ein beruflicher Wiedereinstieg bislang nicht möglich gewesen sei. Die Einleitung einer medizinischen Rehabilitation zur Evaluation des beruflichen Leistungsvermögens sollte geprüft werden.

E. 7.5.2

Bericht von Dr. P._____ und Dr. R._____ vom 17. April 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen) mit Bestätigung der früheren Diagnosen. Die Botox-Therapie habe die Kopfschmerzhäufigkeit der Beschwerdeführerin eher verschlechtert. Es müsse noch eine multimodale Therapie durchgeführt werden.

E. 7.6

Neuropsychologischer Verlaufsbericht von Dipl. psych. G. _____ vom 2. Dezember 2023 (BVGer-act. 11 Beilagen) mit folgenden Diagnosen: leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7), physische und kognitive Belastbarkeitsminderung (ICD-10 R53), Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Die gemessenen Aufmerksamkeitswerte hätten sich insgesamt im Vergleich zu den Voruntersuchungen (vgl. E. 7.1.3 und E. 7.1.5 vorstehend) verschlechtert. Im Januar 2023 sei die Beschwerdeführerin in einem sehr schlechten Zustand erneut in Behandlung gekommen. Die schon 2018/2019 vorhandene Schmerzsymptomatik habe sich deutlich verschlechtert und der Leidensdruck sei hoch gewesen. Die Aufnahme eines Mini-Jobs in einer Apotheke im Juni 2023 habe zu einer weiteren Verschlechterung geführt.

E. 7.7

Gemäss den Stellungnahmen von Dr. N. _____ vom 9. April 2024 und 19. Oktober 2023 zuhanden der Vorinstanz (BVGer-act. 9 Beilagen und BVGer-act. 13 Beilagen) sind den neu eingereichten Berichten keine neuen Funktionseinschränkungen zu entnehmen.

E. 8

Zu prüfen ist nachfolgend namentlich, ob das polydisziplinäre ABI-Gutachten, auf welches sich die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung mass-geblich stützt, beweiskräftig ist.

E. 8.1

Gemäss der Interdisziplinären Gesamtbeurteilung im ABI-Gutachten steht bei der Beschwerdeführerin ein Schmerzleiden respektive eine Schmerzsymptomatik im Vordergrund, wobei ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom (mit Postkraniektomie- und Migräne- sowie Spannungskopfschmerzanteilen, aber auch funktionellen Komponenten) und «etwas weniger» ein chronisches zervikospodylogenes und lumbospodylogenes Schmerzsyndrom einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Zudem lasse sich eine leichte neuropsychologische Störung objektivieren. Psy-chiatrisch konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Im ABI-Gutachten wird ab Juli 2019 eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sekretärin und Seelsorge-Mitarbeiterin sowie eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert. Limitierend wirke in der angestammten Tätigkeit vor allem ein erhöhter Pausenbedarf aufgrund der Schmerzsymptomatik und der leichten neuropsychologischen Funktionsstörung, zudem sei aufgrund der neuropsychologischen Störung von einer erhöhten Bearbeitungszeit auszugehen. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei etwas erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Es sei von einem stabilen Zustand und nicht davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mittelfristig entscheidend verändern werde. Die Sachverständigen bejahen eine gewisse Leistungsverbesserung bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit seit 2018.

E. 8.2.1

Während sowohl der internistische wie auch der neurologische Sachverständige - in Übereinstimmung mit den Vorakten - auf mögliche psychische Leiden hinweisen (Anorexie, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren respektive allgemein psychiatrische Komorbidität), konnte die hierfür fachlich zuständige

psychiatrische Sachverständige keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Namentlich verneint sie die im neurologischen Teilgutachten und den Vorakten erwähnte «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (F45.41) mit der knappen Begründung, es würden «keine unangenehmen Lebensereignisse, Schwierigkeiten oder Konflikte» beklagt. Mit den abweichenden Beurteilungen des Interdisziplinären Schmerzzentrums, an denen unter anderem Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine Psychologin beteiligt waren (vgl. E. 7.1.16 vorstehend), setzt sich die psychiatrische Sachverständige nicht auseinander, sondern belässt es bei der erwähnten pauschalen Begründung. Diese pauschale Begründung ist angesichts der Schilderungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung sowie angesichts der Berichte der vorbeurteilenden ärztlichen und psychologischen Fachpersonen nicht hinreichend nachvollziehbar. Zum einen schilderte die Beschwerdeführerin während der Exploration mehrere einschneidende Lebensereignisse (insb. Krebstod der leiblichen Mutter, als die Beschwerdeführerin drei Jahre alt war; Tätigkeit als Näherin in der Schulzeit, um die Familie finanziell zu unterstützen; Übernahme der Mutterrolle für ihre (Halb-)Geschwister; Tod des alkoholkranken Vaters im Jahr 1981; Leukämietod der siebenjährigen Schwester; Auswanderung nach Deutschland im Alter von 19 Jahren, um die Familie zu unterstützen; siehe IVSTA-act. 141 S. 34, 37). Zum anderen werden diese lebensgeschichtlichen Ereignisse respektive möglichen Vulnerabilitätsfaktoren in der interdisziplinären Beurteilung des Schmerzzentrums (vgl. E. 7.1.16 vorstehend) wie in der Epikrise des fachpsychiatrischen Berichts von Dr. O. _____ erwähnt, auf welche die psychiatrische Sachverständige in anderer Hinsicht (bezüglich Schmerzerleben und affektive Problematik) Bezug nimmt. Auszug aus der Epikrise im Gutachten von Dr. O. _____: «Darüber hinaus ist von einer Psychoneurose auszugehen bei mangelnder emotionaler Sicherheits- und Geborgenheitserfahrung in der Kindheit bei insbesondere frühem Verlust der Mutter, aber auch des Vaters und Übernahme einer Parentifizierungsrolle bei hoher Anzahl von Stiefgeschwistern. Die Probandin hat somit viele Jahre in der Kindheit und Jugend sich übermässig idealisierend für die Geschwister und Familie eingesetzt. Auch später Fortsetzung des idealisierenden Leistungsverhaltens, auch an ihrer letzten Arbeitsstelle mit letztllicher Überforderung und Dekompensation. Die Versicherte versucht über die Schiene der Leistungserbringung die neurotischen Defizite zu kompensieren. Zusätzlich identifiziert sie sich mit hohen christlichen Idealen. Als weiteres Problemfeld existiert eine problematische Beziehung mit möglicherweise schuldhaftem Bezug, was möglicherweise somatoforme Störungen auslösen könnte» (IVSTA-act. 83 S. 29).

E. 8.2.2

Anhaltspunkte dafür, dass sich die Beschwerdeführerin an ihren früheren Arbeitsstellen überfordert hat, finden sich in den Vorakten, aber auch im ABI-Gutachten selbst, wonach die (selbst gewählte) Rückkehr in die angestammte Tätigkeit im März 2018 nach der Meningeom-Resektion «nicht realistisch bzw. überfordernd war» (IVSTA-act. 146 S. 12). Die vorerwähnte Aussage im Gutachten von Dr. O. _____ bezieht sich auf die später ausgeübte Tätigkeit in einer orthopädischen Praxis (effektiver Einsatz: 03/20 - 11/20), wobei die Beschwerdeführerin auch die dazwischen ausgeübte Tätigkeit als Apothekenhelferin (10/19 - 02/20) nach eigenen Angaben aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste (IVSTA-act. 41 S. 24, 83, S. 4; IVSTA-act. 172 S. 2). Ein im Jahr 2021 ausgeübtes Praktikum in einem Reformhaus (06/20 - 09/20, 3 Stunden täglich) scheint die Beschwerdeführerin nach dem Abschlussbericht der Reintegrationsmassnahme ebenfalls

überfordert zu haben (IVSTA-act. 162). Und schliesslich soll die seit Juni 2023 ausgeübte geringfügige Tätigkeit in einer Apotheke (8h pro Woche) nach Auffassung der behandelnden Neuropsychologin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur Folge gehabt haben (BVGer-act. 11). Diese Hinweise auf eine möglicherweise fortschreitende Überforderung und Dekompensation bei den Arbeitsbemühungen der Beschwerdeführerin bedürfen gutachterlicher bzw. fachärztlicher Klärung. Das psychiatrische Teilgutachten enthält indes keine vertiefte Auseinandersetzung mit der Erwerbsbiografie der Beschwerdeführerin, sondern geht basierend auf einem Bericht der behandelnden Neuropsychologin vom 5. Januar 2020 (vgl. E. 7.1.5 vorstehend) und anhand des bei der Exploration gewonnenen «Eindrucks» davon aus, es sei im Verlauf bezüglich der kognitiven Beeinträchtigungen und der reduzierten Belastbarkeit zu einer deutlichen Verbesserung gekommen (IVSTA-act. 141 S. 38 f.). Hierzu ist anzumerken, dass der vorerwähnte Bericht vom 5. Januar 2020 hinsichtlich der kognitiven Beeinträchtigungen zwar deutliche Verbesserungen im Vergleich zur Erstuntersuchung im Frühjahr 2018 festhält. Was die Belastbarkeit betrifft, hält der Bericht allerdings auch fest, dass es der Beschwerdeführerin weiterhin schwergefallen sei, ihre Belastbarkeitsgrenzen einzuhalten, was einer Stabilisierung im Weg gestanden sei. Hingewiesen wird zudem auf die «biographisch bedingten dysfunktionalen Überzeugungen» und den zunehmenden Leidensdruck durch die (damals) aktuelle Tätigkeit als Apothekenhelferin: In den Sitzungen sei ein deutlicher psychischer Leidensdruck als Reaktion auf die ständige Überlastung wahrnehmbar gewesen (IVSTA-act. 36 S. 24; vgl. für den Zeitraum nach der Begutachtung auch E. 8.4 nachfolgend). Es ist daher nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, wie die psychiatrische Teilgutachterin in diesem Bericht eine Bestätigung ihres bei der Exploration gewonnenen «Eindrucks» einer deutlichen Verbesserung hinsichtlich der reduzierten Belastbarkeit erblicken konnte.

E. 8.2.3

Im psychiatrischen Teilgutachten fehlt weiter hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur der Beschwerdeführerin (vgl. zur Bedeutung der biographischen Diagnostik Urteil des BGer 9C_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.4.2) eine schlüssige und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den aktenkundigen Hinweisen auf «unangenehmen Lebensereignisse, Schwierigkeiten oder Konflikte», obwohl es sich - worauf die psychiatrische Sachverständige an sich zu Recht hinweist (IVSTA-act. 141 S. 39) - um potenziell wichtige Aspekte handelt: Bei der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird durch die «psychischen Faktoren» auf die in der Primärpersönlichkeit liegenden Vulnerabilitätsfaktoren sowie auf psychosoziale Belastungsfaktoren eingegangen, die zur Entstehung einer psychischen Symptomatik beitragen können (Henningsen/Schickel, Begutachtung bei Schmerz und somatoformen Erkrankungen, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, 2. Aufl., 2016, S. 319). Gerade daran fehlt es im psychiatrischen Teilgutachten: Eine Diskussion lebensgeschichtlicher Ereignisse durch die psychiatrische Sachverständige wäre angesichts der einschneidenden biografischen Erlebnisse der Beschwerdeführerin mit potenziellen Auswirkungen auf die Psyche angezeigt gewesen (vgl. Urteil 9C_146/2021 E. 5.4.2; Matthias Kradolfer, in: Kommentar zum ATSG, 5. Aufl., 2024, N. 45 zu Art. 62 ATSG; siehe auch Urteil des BGer C-710/2021 vom 2. Oktober 2025 E. 11.6.1.2 und E. 11.6.4 [zum strukturierten Beweisverfahren]).

E. 8.2.4

Hinzu kommt, dass die psychiatrische Sachverständige ebenfalls nicht auf den untergewichtigen Ernährungszustand der Beschwerdeführerin eingeht, obwohl dieser in den medizinischen Akten immer wieder Erwähnung findet und diesbezüglich der Verdacht auf eine Essstörung respektive ein psychisches Leiden (Anorexia Nervosa) geäussert wird (so z.B. IVSTA-act. 36, 41, 92). Der fachärztliche Dienst der Vorinstanz erachtete eine fachpsychiatrische Begutachtung aufgrund aktenkundiger Hinweise «auf eine psychische Comorbidität in Form einer Anorexia nervosa (BMI 16)» für notwendig (IVSTA-act. 74, 104). Der allgemeininternistische Sachverständige erwähnt anamnestisch die Hinweise auf eine mögliche Anorexie, erhebt als Untersuchungsbefund ein Körpergewicht von 43 kg bei einer Körpergrösse von 158 cm und stellt die Diagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «Untergewicht bei einem BMI von 17.5 kg/m² (ICD-10 R63.4)» (IVSTA-act. 141 S. 26, 28, 29). Aus den Akten lässt sich entnehmen, dass der BMI der Beschwerdeführerin zweitweise geringer war (IVSTA-act. 83 S. 9, IVSTA-act. 42 S. 12). Auch litt die Beschwerdeführerin gemäss dem Entlassbericht vom 17. Dezember 2020 (vgl. E. 7.1.6 vorstehend) an Amenorrhoe und vermied aktiv «fettmachende» Speisen. Gegenüber den Sachverständigen gab sie ein hohes körperliches Aktivitätsniveau trotz Schmerzen an (IVSTA-act. 141 S. 27, 35). Trotz den Verdachtsäusserungen und Hinweisen in den medizinischen Akten auf Anorexia nervosa geht die psychiatrische Sachverständige nicht auf das mögliche Vorliegen einer Essstörung ein - eine solche Störung wird weder diskutiert noch diagnostiziert oder explizit ausgeschlossen. Dies wäre angesichts der Umstände angezeigt gewesen (vgl. zu den Diagnosekriterien einer Anorexia nervosa Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl., 2015, S. 244 f.). Insofern ist das psychiatrische Teilgutachten auch in Bezug auf den aktenkundigen Verdacht einer Essstörung respektive einer Anorexie unvollständig.

E. 8.2.5

Zusammenfassend kann eine somatoforme Schmerzstörung (F 45) oder ein anders psychisches Leiden der Beschwerdeführerin im jetzigen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden. Damit fehlt eine verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlage, wie sie zur Beurteilung des streitigen Leistungsanspruchs unabdingbar ist, weshalb weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. allgemein: Urteil des BGer 9C_527/2024 vom 18. März 2025 E. 4.3). Zu den allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - sie wären grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens zu beurteilen (BGE 141 V 281) mit Ausnahme von Störungsbildern wie beispielsweise Essstörungen, die bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichbar sind (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. E. 5.7 vorstehend) - lässt sich im jetzigen Zeitpunkt keine Aussage treffen.

E. 8.3

Was das Schmerzleiden betrifft, fällt zudem auf, dass der rheumatologische Sachverständige festhält, die orthopädische Diagnose «Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom» könne bei der aktuellen klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden. Nähere Ausführungen hierzu erfolgen nicht, obwohl die Beschwerdeführerin Kopfschmerzen und allgemeine Muskelschmerzen als ihre Hauptbeschwerden schildert und in den Vorakten mehrfach eine multilokuläre Myalgie (IVSTA-act. 203, 201, 199, 179, 164, 92 S. 5) respektive allgemeine Glieder- und Gelenkbeschwerden respektive Myalgien aller Extremitäten (IVSTA-act. act. 19) erhoben worden sind. Dass sich klinisch keine

organischen Ursachen für die beklagten Muskelschmerzen finden liessen, spricht für sich allein nicht gegen eine Fibromyalgie, bei welcher Betroffene an diffusen chronischen Weichteilbeschwerden (meist Muskelbeschwerden) leiden, welche nicht entzündlich bedingt sind (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-2219/2021 vom 17. Oktober 2022 E. 4.7.1 und E. 4.7.2). Insofern sind die Ausführungen im rheumatologischen Teilgutachten nicht ohne Weiteres nachvollziehbar und schliessen jedenfalls ein Schmerzleiden der Beschwerdeführerin (Fibromyalgie [aus rheumatologischer Sicht] respektive chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [aus psychiatrischer Sicht], vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 10.2) im jetzigen Zeitpunkt nicht aus, sondern bestätigen den erwähnten Bedarf nach zusätzlichen Abklärungen. Im Hinblick auf die erneute gutachterliche Abklärung werden insbesondere auch allfällige Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Faktoren sorgfältig abzuklären sein.

E. 8.4

Schliesslich enthalten die Akten Hinweise, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (spätestens) ab Januar 2023 - also einige Monate nach dem Gutachten, aber noch deutlich vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung - aus neuropsychologischer Sicht (wesentlich) verschlechtert haben könnte (vgl. BVGer-act. 11) und die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten, wonach sich der Gesundheitszustand seit 2018 diesbezüglich wesentlich verbesserte habe (vgl. hierzu auch E. 8.2.2 vorstehend), jedenfalls im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht mehr aktuell gewesen sein könnte. Die pauschale Aussage der versicherungsinternen Neurologin, es handle sich bloss um eine anders lautende Beurteilung ein und desselben Gesundheitszustandes, vermag dies nicht zu entkräften (BVGer-act. 13 Beilagen). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin kann auf dieser Grundlage im jetzigen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden. In dieser Hinsicht ist der Sachverhalt zurzeit ungenügend abgeklärt.

E. 8.5

Bevor die Schmerz- und anderweitigen Leiden der Beschwerdeführerin nicht rechtsgenügend abgeklärt sind, kann keine abschliessende Beurteilung der funktionellen Auswirkungen vorgenommen werden. Angemerkt sei, dass die Akten zum zeitlichen Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin widersprüchliche Angaben enthalten: Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des ABI-Gutachtens ist davon auszugehen, dass nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab November 2017 ab März 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab Juli 2019 die aktuelle Arbeitsfähigkeit (= 70 % in der angestammten Tätigkeit und 80 % in einer Verweistätigkeit) angenommen werden könne. Im rheumatologischen Teilgutachten wird indes eine - nicht näher spezifizierte - Arbeitsunfähigkeit während der akuten Phase der Frozen Shoulder «in der ersten Jahreshälfte 2021» attestiert, die aber in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung nicht aufgenommen wird. Abgesehen von diesen inneren Widersprüchlichkeiten im ABI-Gutachten geht die Vorinstanz davon aus, dass die Beschwerdeführerin ab dem 12. Juli 2022 (= Gutachtenszeitpunkt) in der angestammten Tätigkeit zu 30 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig sei. Die aktenmässige Grundlage für die Beurteilung der Vorinstanz bleibt unklar.

E. 9.1

Zusammenfassend ist nach dem Vorstehenden festzuhalten, dass weiterer Abklärungsbedarf hinsichtlich eines möglichen Schmerzleidens und einer möglichen Anorexia nervosa besteht. Somit liegt der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2023 in medizinischer Hinsicht kein rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde (vgl. Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG) und es lässt sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen.

E. 9.2

Die Sache ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen, Vervollständigung der medizinischen und anderweitigen Unterlagen - wobei namentlich auch die IV-Anmeldung vom 8. Februar 2021 zu den Akten zu nehmen sein wird (vgl. IVSTA-act. 45) - 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 insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz keine rechtsgenügenden Abklärungen zum (möglichen) Schmerzleiden der Beschwerdeführerin getroffen hat und die Entwicklung des Gesundheitszustandes zwischen dem ABI-Gutachten und der angefochtenen Verfügung bislang ungeklärt geblieben ist (vgl. E. 8 vorstehend).

E. 9.3

Die Vorinstanz wird angewiesen, nach Vervollständigung und Aktualisierung der medizinischen Akten eine neue polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen (weiterhin) Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialistinnen und Spezialisten beizuziehen sind - etwa Endokrinologie im Hinblick auf die erfolgte Schilddrüsenresektion oder Onkologie im Hinblick auf eine mögliche krebserkrankte Fatigue (Cancer-related Fatigue) im Zusammenhang mit der Tumorerkrankung der Beschwerdeführerin, die seit der operativen Entfernung des Meningeoms wiederholt über rasche Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit und Konzentrationsstörungen geklagt hat (z.B. IVSTA-act. 49, 50, 83, 92, 94, 173; siehe auch Verlaufsübersicht in IVSTA-act. 202) - ist dem pflichtgemässen Ermessen der Sachverständigen zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Art. 44 Abs. 5 ATSG; vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3).

E. 9.4

Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR 830.11]). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle - unter Ausschluss der Gutachterstelle ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH und der Sachverständigen des Gutachtens vom 31. August 2022 - 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. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

E. 10.2

Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb die ihr gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Tragen kommt. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.3

Der nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Vorinstanz hat als Bundesbehörde ebenfalls keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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