



Urteil vom 28. Februar 2025

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Tanja Jaenke.

Parteien

A. _____, (Kroatien),
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Invalidenrente (Neuanmeldung);
Verfügung der IVSTA vom 4. März 2022.

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1963 geborene, kroatische Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend Versicherte) ist verheiratet, hat zwei Kinder (geboren 1985 und 1999) und lebt zwischenzeitlich wieder in ihrem Heimatland. Sie war – mit kurzen Unterbrüchen – von Dezember 1988 bis Juli 2005 in der Schweiz erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der Vorinstanz [IVSTA-act.] 3; 9; 57).

B.

Mit Schreiben vom 27. September 2016 informierte der kroatische Versicherungsträger die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA) über den Antrag der Versicherten auf IV-Leistungen (IVSTA-act. 6-10). Den Unterlagen ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass die Erstanmeldung der Versicherten in Kroatien am 24. Juli 2014 erfolgt war (IVSTA-act. 7 S. 1; IVSTA-act. 39 = IVSTA-act. 49 [Übersetzung]). Die Versicherte machte insbesondere eine primäre Koxarthrose (degenerative Vorgänge am Hüftgelenk ohne auslösendes Einzelereignis) beidseits mit diversen operativen Eingriffen geltend (IVSTA-act. 9 S. 6). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und insbesondere gestützt auf die Stellungnahme der Ärztin des regionalärztlichen Dienstes (RAD) Rhône, Dr. B. _____, informierte die IVSTA die Versicherte mit Vorbescheid vom 21. Februar 2017 über die Absicht, das Leistungsbegehren mangels anspruchsbegründender Invalidität abzuweisen (IVSTA-act. 34; 36). Trotz des Einwands der Versicherten vom 5. März 2017 (IVSTA-act. 40), wies die IVSTA das Leistungsbegehren der Versicherten nach einer weiteren Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. B. _____ mit Verfügung vom 4. Juli 2017 mangels anspruchsbegründender Invalidität ab (IVSTA-act. 50 f.). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in (formelle) Rechtskraft.

C.

C.a Datiert vom 29. November 2019 gingen bei der IVSTA die vom kroatischen Versicherungsträger ausgefüllten Formulare P2200, P5000 und P6000 sowie weitere medizinische Unterlagen zum Gesundheitszustand der Versicherten ein (IVSTA-act. 52-56). Dem eingereichten kroatischen Gutachten (Formular E 213) war eine Neuanmeldung in Kroatien vom 5. April 2019 zu entnehmen (IVSTA-act. 52 S. 1). Die Versicherte machte weiterhin Einschränkungen durch eine Koxarthrose beidseits geltend,

wobei zwischenzeitlich im Jahr 2018 eine Totalendoprothese des linken Hüftgelenks erfolgt sei. Zusätzlich machte sie insbesondere Beschwerden der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) geltend, aufgrund derer die für das Jahr 2019 geplante Totalendoprothese des rechten Hüftgelenks verschoben worden sei (IVSTA-act. 84 S. 1 und S. 11).

C.b Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und gestützt auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. B. _____ vom 17. September 2020 teilte die IVSTA der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2020 mit, dass die Abweisung ihres (zweiten) Leistungsbegehrens vorgesehen sei, da keine rentenbegründende Invalidität vorliege (IVSTA-act. 93; 97). In der Folge erliess die IVSTA am 14. Dezember 2020 eine gleichlautende Verfügung (IVSTA-act. 98). Mit Eingabe vom 30. Dezember 2020 erhob die Versicherte, zwischenzeitlich vertreten durch die kroatische Anwaltskanzlei Gluhinic & Matic (IVSTA-act. 81), jedoch einen Einwand gegen den Vorbescheid vom 5. Oktober 2020, welchen die Versicherte erst am 8. Dezember 2020 erhalten hatte (IVSTA-act. 100). Die IVSTA teilte daraufhin der Versicherten am 19. Januar 2021 – nach Abklärungen zur Zustellung des Vorbescheides – mit, die Verfügung vom 14. Dezember 2020 könne als gegenstandslos betrachtet werden (IVSTA-act. 104; 106).

C.c Mit Verfügung vom 4. März 2022 wies die IVSTA das Leistungsgesuch der Versicherten nach weiteren Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und aufgrund der Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. B. _____ vom 1. März 2022 ab (IVSTA-act. 143 f.). Zur Begründung führte die IVSTA aus, aus den Akten gehe hervor, dass zwar nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kassiererin bestehe, jedoch ebenfalls nach wie vor eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe und die Erwerbseinbusse damit unverändert 26 % betrage, weshalb keine Invalidität vorliege, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge (IVSTA-act. 144).

D.

D.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführerin) ohne rechtliche Vertretung mit Eingabe vom 1. April 2022 (Datum der Postaufgabe: 4. April 2022) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und stellte insbesondere ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer-act.] 1).

D.b Mit Zwischenverfügung vom 21. April 2022 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdeführerin auf, das Original der Beschwerdeschrift oder eine Abschrift ihrer Beschwerdeschrift inklusive Originalunterschrift nachzureichen (BVGer-act. 3). Die Beschwerdeführerin kam dieser Aufforderung nach und reichte am 25. April 2022 (Datum der Postaufgabe) ihre (vollständige) Beschwerdeschrift inklusive Originalunterschrift ein (BVGer-act. 4).

D.c Nachdem die Beschwerdeführerin am 3. Mai 2022 zur Einreichung des Formulars «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege» aufgefordert wurde (BVGer-act. 6), teilte sie mit Eingabe vom 15. Mai 2022 (Datum der Postaufgabe: 16. Mai 2022) mit, die in der Korrespondenz erwähnten Kosten zwischen Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– selbst zu übernehmen (BVGer-act. 8). In der Folge leistete die Beschwerdeführerin aufforderungsgemäss einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– (BVGer-act. 10; 12).

D.d Mit Vernehmlassung vom 4. Juli 2022 stellte die IVSTA (nachfolgend Vorinstanz) den Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, in arbeitsmedizinischer Hinsicht sei der Sachverhalt wiederholt dem RAD unterbreitet worden, nachdem dieser im Rahmen des ersten Leistungsgesuches aus dem Jahre 2017 zur Schlussfolgerung gelangt sei, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Hüftleiden in leichteren Verweisungstätigkeiten weiterhin gänzlich arbeitsfähig sei. Die RAD-Ärztin sei zur Schlussfolgerung gelangt, dass der aktuell vorliegende Gesundheitszustand es der Beschwerdeführerin weiterhin erlaube, leichte sitzende Verweisungstätigkeiten mit Positionswechsel auszuüben, so dass sich an der bisherigen Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nichts ändere und weiterhin auf den wirtschaftlichen Einkommensvergleich vom 16. Februar 2017, der einen Erwerbsverlust von 26 % ergeben habe, abgestellt werden könne (BVGer-act. 14).

D.e Nachdem die Beschwerdeführerin innert der angesetzten Frist keine Replik eingereicht hatte, schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 23. September 2022 – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – ab (BVGer-act. 15-17).

D.f Mit Schreiben vom 21. März 2023 bat die Beschwerdeführerin um Zustellung einer Kopie des Urteils, da sie dieses in ihren Unterlagen nicht mehr finde, woraufhin ihr am 29. März 2023 mitgeteilt wurde, dass in dieser Sache noch kein Urteil gefällt worden sei (BVGer-act. 19 f.).

D.g Mit Schreiben vom 20. Juli 2024 erkundigte sich die Beschwerdeführerin nach dem Stand des Verfahrens. Der Instruktionsrichter teilte ihr am 26. Juli 2024 mit, dass keine verbindlichen Angaben dazu gemacht werden könnten, bis wann mit einer Entscheidung gerechnet werden könne (BVGeract. 21 f.).

E.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

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

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

des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2).

1.3 Als direkte Adressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung berührt und sie kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG; vgl. auch BVGer-act. 12), einzutreten.

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 4. März 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschreibung vom 5. April 2019 (zum Datum der Neuanschreibung vgl. IVSTA-act. 144) mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat.

3.

Zum Beschwerdeverfahren ist Folgendes festzuhalten:

3.1 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).

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

3.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und

122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

4.

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

4.1 Die Beschwerdeführerin ist kroatische Staatsangehörige, wohnt in Kroatien und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert (vgl. oben Bst. A). Es liegt damit 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), zumal Kroatien seit 1. Juli 2013 Mitglied der Europäischen Union (EU) ist. Damit gelangen im vorliegenden Verfahren – aufgrund der am 17. Juni 2016 erfolgten Genehmigung des Protokoll III durch das Schweizer Parlament und damit der Ausdehnung auf Kroatien – ab 1. Januar 2017 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. Auch die am 1. Januar 2015 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 sind seit 1. Januar 2017 anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn. Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364

E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Die hier angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aufgrund der Neuanmeldung vom 5. April 2019 jedoch Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 31. Dezember 2021 (vgl. dazu nachfolgend E. 5.3 in fine). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation sind nicht die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen, sondern die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (vgl. zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 2 m.w.H.).

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 4. März 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

5.

Nachfolgend sind die vorliegend massgebenden gesetzlichen Grundlagen – in den vorliegend anwendbaren Fassungen (vgl. dazu oben E. 4.2) – und die dazu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen:

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. IVSTA-act. 57), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

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

zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

5.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht zudem vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Dies gilt auch im Fall einer Neuanschuldung (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-2694/2017 vom 7. Juni 2021 E. 7.3 mit Hinweis auf BGE 142 V 547 E. 3).

Aufgrund der Neuanschuldung vom 5. April 2019 (vgl. dazu oben Bst. C.a), können im vorliegenden Fall Leistungsansprüche frühestens ab 1. Oktober 2019 geprüft werden.

5.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch – wie hier – nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] Nr. 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch *erheblichen* Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung – wie vorliegend – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; Urteil des BGer 8C_238/2023 vom 22. November 2023 E. 3.2.1). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Wie bereits erwähnt, ist die Änderung des Invaliditätsgrades eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch *erheblichen* Weise Voraussetzung für eine Rentenrevision (beziehungsweise Neuanmeldung). Für eine Rentenanpassung genügt nicht bereits «irgendeine» Veränderung im Sachverhalt. Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt somit nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 m.w.H.). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil 8C_4/2024 vom 27. November 2024 E. 3.3 mit Hinweisen auf BGE 141 V 9 und Urteil des BGer 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 2.3.1).

5.6 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt

die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumojungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

5.6.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.6.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die

potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungs-interner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

5.6.3 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungs-interner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5 in fine; 142 V 58 E. 5.1 in fine; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar

2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

6.

Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung vom 5. April 2019 eingetreten und hat mit Verfügung vom 4. März 2022 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mangels erheblicher Änderung des Sachverhalts verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-714/2021, C-4890/2021 vom 31. August 2023 E. 5). Nachfolgend bleibt in Anwendung der höchstrichterlichen Rechtsprechung in einem ersten Schritt zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem 4. Juli 2017 (Zeitpunkt der rechtskräftigen Ablehnung des ersten Leistungsbegehrens [vgl. oben Bst. B]) und der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2022 eine *anspruchsrelevante* Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist (vgl. oben E. 5.5).

6.1 Im Zeitpunkt der unangefochten in (formelle) Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 4. Juli 2017, mit welcher ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente verneint wurde, lagen der Vorinstanz die folgenden medizinischen Unterlagen und RAD-Stellungnahmen vor:

6.1.1 Dr. med. C._____, Facharzt Orthopädie in der Klinik für Orthopädie D._____, diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin in seinem Befundbericht vom 3. März 2010 eine primäre Koxarthrose, beidseitig (M16.0) aufgrund der durchgeführten Röntgenuntersuchung (IVSTA-act. 7 S. 26 = IVSTA-act. 14 [Übersetzung]). Vom 26. April 2012 bis zum 14. Mai 2012 wurde die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik für Orthopädie D._____ aufgenommen, wo am 30. April 2012 operativ eine Reinigung beziehungsweise eine Wundbehandlung der *rechten* Hüfte «nach Gantz» vorgenommen wurde. Neben der primären Koxarthrose, beidseitig, wurden des Weiteren eine Hyperthyreose (E05.9, Überfunktion der Schilddrüse) und eine Struma (E04.9, Vergrösserung der Schilddrüse) diagnostiziert

(IVSTA-act. 7 S. 17 = IVSTA-act. 38 S. 6 = IVSTA-act. 15 und 43 [Übersetzungen]). Die Internistin Dr. E. _____ diagnostizierte am 1. August 2012 insbesondere eine Hyperthyreose (unter Therapie mit Athyrazol) und einen Morbus Basedow (Autoimmunerkrankung der Schilddrüse) nach einer durchgeführten Schilddrüsen-sonographie (IVSTA-act. 7 S. 27 = IVSTA-act. 17 [Übersetzung]). In seinen Berichten vom 5. September 2012 und 7. November 2012 hielt Dr. med. C. _____ bei gleichbleibenden Diagnosen jeweils eine Verbesserung fest, wobei am 7. November 2012 erstmals die Notwendigkeit der Reinigung der *linken* Hüfte festgehalten wurde (IVSTA-act. 7 S. 24 = IVSTA-act. 18 [Übersetzung]; IVSTA-act. 7 S. 23 = IVSTA-act. 19 [Übersetzung]). Dem Entlassungsbrief vom 17. Dezember 2012 ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin zudem vom 26. November 2012 bis zum 17. Dezember 2012 in stationärer Rehabilitationsbehandlung nach der Operation der *rechten* Hüfte befunden hatte (IVSTA-act. 38 S. 3 = IVSTA-act. 44 [Übersetzung]). In der Folge wurde in der Klinik für Orthopädie D. _____ – nachdem am 13. Februar 2013 wiederum eine Schmerzhaftigkeit und eingeschränkte Beweglichkeit der *linken* Hüfte festgestellt worden war (IVSTA-act. 7 S. 22 = IVSTA-act. 20 [Übersetzung]) – am 26. März 2013 eine Arthrotomie (operative Eröffnung eines Gelenks) und Wundbehandlung der *linken* Hüfte durchgeführt (IVSTA-act. 38 S. 5 = IVSTA-act. 45 [Übersetzung]). In der Folge ordnete Dr. med. C. _____ nach einer Untersuchung am 8. Mai 2013 (erneut) eine stationäre Rehabilitationsbehandlung an (IVSTA-act. 7 S. 21 = IVSTA-act. 22 [Übersetzung]), welche vom 24. Juni 2013 bis zum 12. Juli 2013, nach Operation der *linken* Hüfte, stattfand (IVSTA-act. 7 S. 16 = IVSTA-act. 23 [Übersetzung]). Anlässlich der nächsten Untersuchung am 24. Juli 2013 hielt Dr. med. C. _____ eine Verbesserung fest und empfahl die Entfernung der Allentese (Fremdkörper im Gelenk) aus dem Bereich der rechten Hüfte (IVSTA-act. 7 S. 20 = IVSTA-act. 24 [Übersetzung]). Vom 17. bis zum 19. März 2014 wurde die Beschwerdeführerin schliesslich erneut stationär in der Klinik für Orthopädie D. _____ aufgenommen und am 18. März 2014 operiert (Entfernung der Allentese nach Osteotomie [Operationstechnik, bei der ein Knochen gezielt durchtrennt und gegebenenfalls ein Knochenkeil entfernt wird] des grossen Trochanters [Fortsatz am seitlichen oberen Ende des Oberschenkelknochens] *rechts*). Dabei wurden die Schrauben aus dem *rechten* Trochanter entfernt (IVSTA-act. 7 S. 14 = IVSTA-act. 38 S. 4 = IVSTA-act. 46 [Übersetzung]). In der Folge berichtete Dr. F. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Häuser der Gesundheit G. _____, mit Berichten vom 28. März 2014 und 18. April 2014 über die ambulante physikalische Therapie nach der Operation und hielt insbesondere fest, dass die Beschwerdeführerin zu Hause

Übungen nach Empfehlungen machen solle (IVSTA-act. 7 S. 19 = IVSTA-act. 26 [Übersetzung]; IVSTA-act. 7 S. 18 = IVSTA-act. 27 und 47 [Übersetzungen]). Am 21. September 2015 wurde die Beschwerdeführerin aufgrund einer Verschlimmerung des Ganges sowie Schmerzen im Kreuz erneut bei Dr. F. _____ vorstellig. Klinisch wurden eine im Stehen ausgeprägte linksseitige Skoliose (seitliche Verbiegung der Wirbelsäule) lumbal, eine stark schmerzhaft Paravertebralmuskulatur des Lumbosakralgelenks (zwischen Lendenwirbelsäule [lumbal] und Kreuzbein [sakral]) und beider Iliosakralgelenke sowie ein beidseitig positiver Lasègue-Test festgehalten. Neben einer ambulanten physikalischen Therapie wurden der Beschwerdeführerin orthopädische Einlagen mit Erhöhung für die linke Ferse empfohlen (IVSTA-act. 7 S. 11 = IVSTA-act. 28 [Übersetzung]). Der Facharzt für Orthopädie, Dr. med. H. _____, empfahl nach einer Untersuchung am 3. Dezember 2015 eine Kontrolle mit Röntgen des lumbosakralen Segments mit Becken und beiden Hüften (IVSTA-act. 7 S. 13 = IVSTA-act. 29 [Übersetzung]). Am 25. März 2016 hielt er sodann fest, dass die Beschwerdeführerin eine Intensivierung des Schmerzes berichte und empfahl aufgrund der Untersuchungsergebnisse eine Körpergewichtsreduktion, eine Intensivierung der Übungen im Schwimmbad, einen minimalen Gang mit Nutzung der Gehhilfen sowie eine Einlage von 1.5 cm unter der linken Ferse (infolge Verkürzung des linken Beins). Allerdings könne die ambulante physikalische Therapie keine Verbesserung bringen, es müsse über eine operative Behandlung beziehungsweise die Einsetzung einer Totalendoprothese (TEP) nachgedacht werden (IVSTA-act. 7 S. 12 = IVSTA-act. 30 [Übersetzung]).

6.1.2 Im medizinischen Gutachten vom 22. August 2016 hielten Dr. I. _____ (Facharzt Familienmedizin), Dr. J. _____ (Facharzt Neurologie) und K. _____ (Diplom-Sozialarbeiterin) zuhanden der schweizerischen Eidgenossenschaft die folgenden Diagnosen fest: eine beidseitige Koxarthrose (M16), einen Status nach Osteochondroplastik der rechten (30.4.2012) und linken (26.3.2013) Hüfte (M96.8), ein Lumbalsyndrom (M54), ein beidseitiges Zervikobrachial-Syndrom (M53.1) und eine Hyperthyreose (E05). Nach klinischer Untersuchung und Einsicht in die medizinische Dokumentation kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin für Tätigkeiten, die langes Stehen, Sitzen oder Gehen, Klettern, Höhenarbeiten, das Heben oder Tragen von Lasten erforderten, nicht (arbeits-) fähig sei. Die Erwerbsunfähigkeit betrage 60-70 %. Das Datum der Invalidität wurde auf den 31. Dezember 2014 festgelegt (IVSTA-act. 7 S. 7 ff. = IVSTA-act. 31 [Übersetzung]).

6.1.3 Dem Schlussbericht der RAD-Ärztin Dr. B. _____ vom 31. Januar 2017 zu entnehmen, dass die 53-jährige Kassierin seit 1999 an Hüftschmerzen leide. 2012 beziehungsweise 2013 sei offenbar eine Gelenktotalprothese durchgeführt worden. Es könne sich aber auch um die Behandlung einer CAM-Läsion (knöchernen Beule am Kopf des Oberschenkelknochens) handeln, welche mit der Zeit zu einer Koxarthrose führe. Dies habe aber für die Beurteilung des Falles keine Relevanz. Es werde eine beidseitige Koxarthrose ab 25. März 2016 beschrieben. Es bestehe eine offenbar erhebliche Schwäche der Hüftmuskulatur. Trotzdem sei das Gehen ohne Hilfsmittel möglich, die Versicherte spazierte zweimal täglich eine Stunde mit dem Hund. Die Hüftbeweglichkeit sei eingeschränkt, so dass die Hüftbeugung eingeschränkt sei, was sich bei deutlicher Beugung zeige (Schuhe anziehen). Eine beinbelastende Tätigkeit sei nicht möglich. Ebenso seien Bücken und Knien nicht angepasst. Wegen der zusätzlichen Rückenbeschwerden bei Skoliose lumbal müsse die Möglichkeit bestehen, die Arbeitsposition zu wechseln. In angepasster Tätigkeit bestehe kein Grund, nicht vollschichtig zu arbeiten. Die Hyperthyreose habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Während der Krankenhausaufenthalte und der Rekonvaleszenz habe eine Arbeitsfähigkeit (recte wohl: Arbeitsunfähigkeit) bestanden, diese sei aber nicht langdauernd. Der Einsatz von Endoprothesen werde nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der forderbaren Belastung führen. Die vielseitige Tätigkeit einer Kassierin mit Einräumarbeiten, allenfalls Reinigungsarbeiten sei nicht angepasst. Eine reine Kassenpräsenz sei jedoch angepasst. Entsprechend sei seit 25. März 2016 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (IVSTA-act. 34). Im Schlussbericht vom 27. Juni 2017 verwies Dr. B. _____ auf ihren vorherigen Schlussbericht und hielt fest, dass im Rahmen der Anhörung keine neuen Unterlagen vorgelegt worden seien, welche die Hüftoperationen betreffen würden. Aus den Berichten ergebe sich kein neuer Aspekt, welcher die vormalige Einschätzung verändere. Die Arbeitsunfähigkeit und die funktionellen Einschränkungen würden ihre Gültigkeit behalten (IVSTA-act. 50).

6.2 Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 4. März 2022 basiert so dann im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Unterlagen und RAD-Stellungnahmen beziehungsweise Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA:

6.2.1 Den Arztberichten von Dr. med. C. _____ und Dr. F. _____ zwischen August und November 2017 ist zu entnehmen, dass die Indikation

für ein künstliches Hüftgelenk *links* gestellt wurde und bis dahin eine physiatrische Behandlung und Rehabilitation angezeigt sei (IVSTA-act. 52 S. 24-26). Im Rahmen eines stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik für Orthopädie D. _____ vom 14. bis 22. Februar 2018 wurde schliesslich am 15. Februar 2018 eine Totalendoprothese der *linken* Hüfte implantiert (IVSTA-act. 52 S. 11 = IVSTA-act. 60 [Übersetzung]). Anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 3. April 2018 hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädie, fest, dass die Beschwerdeführerin über Schmerzen im unteren Rückenbereich klagt. Die Operationswunde sei ordentlich verheilt. Weiter verordnete er insbesondere eine stationäre Rehabilitation im Kurort (IVSTA-act. 52 S. 23 = IVSTA-act. 59). Dr. med. M. _____ und Dr. med. N. _____ diagnostizierten am 29. April 2018, im Rahmen der Behandlung im Fachärztlichen Spital für Medizinische Rehabilitation vom 12. April bis 3. Mai 2018, insbesondere eine Störung des Muskel-Knochen-Aufbaus nach bestimmten Verfahren, nicht spezifiziert (M96.9), das Vorliegen von orthopädischen Gelenk-Implantaten (Z96.6), einen Status nach TEP links am 15. Februar 2018, eine Meniskus-Läsion am linken Knie seit 2017, eine Lumbago (Hexenschuss) mit Ischias, eine primäre Koxarthrose sowie zeitweilige Harn-Inkontinenz. Zur Rehabilitation hielten sie fest, der Aufenthalt sei normal verlaufen. Bei Austritt sei der gesamthafte funktionale Status verbessert gewesen. Die Flexion der linken Hüfte führe die Patientin bis 80 Grad aus und die Oberschenkel- und Pelvitrochantär-Muskulatur seien gestärkt. Gehen erfolge mit einer Unterarmgehstütze. Die Beschwerdeführerin klagt über lokalen Schmerz im distalen Bereich der Operationsnarbe, ohne Entzündungs-Anzeichen (IVSTA-act. 52 S. 12 = IVSTA-act. 61 [Übersetzung]). Einem Befundbericht vom 15. Juni 2018 zur Magnetresonanztomographie der lumbosakralen Wirbelsäule sind weiter zu entnehmen: eine initiale Diskopathie (Bandscheibenschaden) der Ebenen L3/L4 und L4/L5 im Sinne von leichtem Bulging (Vorwölbung), das auf der Ebene L4/L5 mit einer beginnenden Reduktion der lateralen Recessuum verbunden ist, sowie eine Osteoarthritis der Facetengelenke (Verbindungsstellen zwischen den nach hinten gerichteten Gelenkfortsätzen der Wirbelbögen), ab L2 kaudal mit dominanter Hypertrophie der gelben Bänder (IVSTA-act. 52 S. 16 = IVSTA-act. 63 [Übersetzung]). Anlässlich einer weiteren Kontrolle in der Klinik für Orthopädie D. _____ führte Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädie, am 10. Juli 2018 aus, die Beschwerdeführerin gehe selbständig, die Hüftbewegungen seien hinsichtlich Reichweite zufriedenstellend, allerdings seien die Bewegungen rechts schmerzhaft und terminal eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei vorgemerkt für eine operative Behandlung beziehungsweise ein künstliches Hüftgelenk *rechts* (IVSTA-act. 52 S. 22 =

IVSTA-act. 64 [Übersetzung]). Dr. med. P. _____, Facharzt für Urologie, diagnostizierte am 29. August 2018 zusätzlich eine Urgeinkontinenz (Dranginkontinenz) aufgrund von Beschwerden im Sinne von gelegentlich dringlicher Inkontinenz, insbesondere bei Kreuzschmerzen (IVSTA-act. 52 S. 20 = IVSTA-act. 65 [Übersetzung]). Dem Bericht vom 26. November 2018 von Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemein-Chirurgie, ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit geraumer Zeit an einer Schwellung des Unterschenkels leide, weshalb eine Untersuchung beim Facharzt für Innere Medizin angezeigt sei (IVSTA-act. 52 S. 19 = IVSTA-act. 66 [Übersetzung]). Dr. med. R. _____ diagnostizierte daraufhin am 13. Februar 2019 Lymphödeme und hielt aufgrund seiner Untersuchungen fest, dass das kardiovaskuläre Risiko der geplanten Hüft-TEP *rechts* sehr gering sei. Vorläufig sei die Diuretika-Dosis zu erhöhen (IVSTA-act. 52 S. 27 = IVSTA-act. 67 [Übersetzung]). Dem Bericht von Dr. F. _____ vom 16. Mai 2019 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sich aufgrund von Beschwerden an Kreuz, Hüften und *linkem* Knie vorstellte. Klinisch sei der Gang am Untersuchungstag normal, die lumbosakrale Inklination teilweise schmerzhaft. Stark schmerzhaft seien die paravertebrale Muskulatur lumbosakral und beide Iliosakralgelenke (links mehr), der Lasègue-Test sei links positiv, die Rotation der Hüften beidseits nur initial. Als Diagnose wurde eine Polyarthralgie (Schmerzen in mehreren Gelenken) festgehalten (IVSTA-act. 52 S. 17 = IVSTA-act. 69 [Übersetzung]). Dr. med. S. _____, Facharzt für Radiologie, hielt im Befundbericht vom 29. Mai 2019 zur Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule fest, dass eine Osteochondrose (fortschreitende degenerative Veränderung) C2-C7 und eine Diskushernie (Bandscheibenvorfall) C6-C7 vorlägen (IVSTA-act. 52 S. 15 = IVSTA-act. 83 S. 11 = IVSTA-act. 70 und 109 [Übersetzungen]).

Am 3. beziehungsweise 4. Juni 2019 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. T. _____ im Auftrag des kroatischen Versicherungsträgers begutachtet (Ausführlicher Ärztlicher Bericht, E 213). Die Ärztin diagnostizierte eine Koxarthrose (M16.2), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Massnahmen (M96), das Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten (Z96.6), Rückenschmerzen (M54), sonstige Bandscheibenschäden (M51), Zervikobrachial-Syndrom beidseits (M53.1), Lymphödeme (I89.0) und eine Hyperthyreose (E05). Zusammenfassend hielt Dr. T. _____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Berichterstattung am 22. August 2016 fest. Die mehrjährigen Beschwerden und Einschränkungen (hauptsächlich wegen den Folgen einer angeborenen Dysplasie an beiden Hüften, einer schweren Koxarthrose beidseits als Folge, die mehrfach operativ behandelt wurde, erfolgter TEP

links und vorgesehener TEP rechts) seien die Ursache für einen dauerhaften und vollständigen Verlust der Arbeitsfähigkeit. Als Komorbidität würden Lymphödeme an beiden Unterschenkeln, mehr links (entstanden nach erfolgter TEP), Kreuzschmerzen verursacht durch Osteoarthritis der Facetten-Gelenke und durch Bulging des L4/L5-Diskus, eine Meniskus-Läsion des linken Knies und ein Zervikobrachial-Syndrom bestehen (IVSTA-act. 52 S. 1 ff. = IVSTA-act. 71 und 110 [Übersetzungen]). Für den bosnischen Versicherungsträger erstellten Dr. U._____, Dr. V._____ und Dr. W._____ ihrerseits am 23. April 2020 eine Beurteilung der Beschwerdeführerin und hielten einen Verlust der Arbeitsfähigkeit fest. Sie diagnostizierten ebenfalls eine beidseitige Koxarthrose (als Folge beidseitig angeborener Dysplasie der Hüften), eine Erkrankung des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Massnahmen, eine Hüft-TEP links im Februar 2018, Rückenschmerzen, sonstige Bandscheibenschäden, ein Zervikobrachial-Syndrom beidseits, Lymphödem und eine Hyperthyreose (IVSTA-act. 123 = IVSTA-act. 127 [Übersetzung]). Am 9. Juni 2020 erfolgte zudem eine Untersuchung der Beschwerdeführerin bei Dr. F._____ zwecks Evaluierung des klinischen und funktionalen Status. Die Ärztin hielt insbesondere fest, klinisch gehe die Beschwerdeführerin am Tag der Untersuchung ohne Hilfsmittel, sei im Rhomborg (Gleichgewichtstest) stabil. Die Inklination lumbosakral sei terminal begrenzt, die paravertebrale Muskulatur lumbosakral in Höhe von L4 Richtung distal schmerzhaft. Der Versuch des Dehnens der Spinalnervwurzeln sei negativ. Die linke Hüfte sei innerhalb der Grenzen des Funktionsbereichs. Bei der rechten Hüfte sei die Rotation nur initial schmerzhaft. Es bestehe beidseitig ein Lymphödem an den Unterschenkeln und die Eigenreflexe seien in Ordnung. Die Dorsalflexion beider Füße sei in Ordnung. Es bestehe eine Hypoästhesie (Sensibilitätsstörung) in den Dermatomen C7 und L5 beidseitig. Die grobe Muskelkraft der Hand sei in Ordnung (IVSTA-act. 78 = IVSTA-act. 101 = IVSTA-act. 112 [Übersetzung]).

6.2.2 Betreffend die von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Unterlagen (vgl. oben E. 6.2.1) ist dem Schlussbericht der RAD-Ärztin Dr. B._____ vom 17. September 2020 zu entnehmen, dass die Versicherte an einer beidseitigen Hüftdysplasie leide, die zu einer beidseitigen Koxarthrose geführt habe. Es seien beidseits Umstellungsosteotomien durchgeführt worden (rechts 30. April 2012, links 26. März 2013) sowie eine Fremdmaterialentfernung (rechts 18. März 2014). Es würden seit längerem beidseits implantationswürdige Zustände vorliegen. Am 15. Februar 2018 sei eine TEP links eingesetzt worden, während die Implantation der TEP rechts geplant sei. Zudem habe die Beschwerdeführerin bei

degenerativen Veränderungen in der LWS, den Facettengelenken und bei einer Beinlängendifferenz lumbale Rückenschmerzen, vor allem nach Belastung durch langes Autofahren und verstärkt durch ungünstige Bewegungen (vgl. Gutachten vom 3. Juni 2019). Ebenfalls degenerative Veränderungen würden im Bereich der HWS bestehen, wo eine Diskushernie C6/7 beschrieben worden sei. Bekannt sei auch eine Hyperthyreose (E03.9 [recte wohl: E05.9]), welche ab 2010 behandelt worden sei. Es würden Schmerzen im linken Knie bestehen, die nach der Änderung der Belastung durch die TEP links am 15. Februar 2018 zugenommen hätten. Es liege eine Meniskus-Läsion des linken Knies vor. Im Gutachten vom 3. Juni 2019 würden Symptome eines CTS (Karpaltunnelsyndrom) beidseits beschrieben. Zudem würden Schwellungen im Unterarm und Handrückenbereich rechts bestehen. Die Implantation der TEP rechts sei auf Februar 2019 verschoben worden wegen akuter Kreuzschmerzen und akuten Zervikobrachial-Syndroms rechts. Die berichtete intermittierende Harninkontinenz könnte mit der Hüftproblematik zusammenhängen. 2017 seien Polypen (Schleimhautwucherungen) im Dickdarm entfernt worden. Auch wenn die Versicherte durch die Implantation der beiden Hüftendoprothesen von dieser Seite her beschwerdefrei werde, könne eine vor allem gehende und stehende Tätigkeit nicht gefordert werden. Die Rekonvaleszenz nach TEP müsse links angesichts des Trainingsbedarfs mit vier Monaten veranschlagt werden, rechts würden es auch ungefähr drei Monate sein. Sonst sei eine leichte, vor allem sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Position frei zu wechseln und so, wenn nötig, ein bis zwei zusätzliche Pausen zu machen, ohne jegliche tragenden Arbeiten oder Benützen von Leitern, Gerüsten, Treppen, unebenem Gelände und ohne Autofahren, ohne Zwangshaltungen, weiterhin vollschichtig möglich. Da eine Urgeinkontinenz vorliege, müsse eine Toilette in der Nähe erreichbar sein. Möglicherweise liege ein CTS vor, falls dieses operiert werde, seien 6-8 Wochen Arbeitsausfall zu erwarten. Es habe sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine wesentliche Änderung zu den Vorstellungnahmen ergeben (IVSTA-act. 93).

6.2.3 Dem Bericht von Dr. X. _____, Facharzt für Physiotherapie und Rheumatologie, vom 15. Februar 2021 ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin Schmerzen beim Liegen in der Leistengegend und beim Gehen an der Aussenseite der rechten Hüfte habe. Dennoch könne sie bis zu 1.5 km mit Krücken gehen und bis zu einer Stunde sitzen. Im klinischen Befund wird insbesondere festgehalten, dass die linke Schulter empfindlich reagiere und die grobmotorische Kraft der linken Oberarmmuskulatur eingeschränkt sei. Bei der linken Hand sei nur teilweise eine Flexion der

Fingermittelgelenke möglich. Die Greifkraft betrage rechts 18 kg, links 10 kg. Die Beweglichkeit in der linken, operierten Hüfte sowie die grobmotorische Kraft seien zufriedenstellend. Bei der rechten Hüfte sei eine Flexion bis 100 Grad sowie eine Abduktion bis 40 Grad möglich, die Rotationen seien minimal. Die Knie seien schief und überstreckt (IVSTA-act. 114 S. 1 f. = IVSTA-act. 134 S. 1 = IVSTA-act. 136 [Übersetzung]). Dr. med. O. _____ berichtete zudem am 4. März 2021 von einer Verschlimmerung der Schmerzen in der rechten Hüfte sowie einer eingeschränkten, schmerzhaften Bewegung der rechten Hüfte. Die OP-Behandlung der rechten Hüfte (Hüftprothese) sei indiziert (IVSTA-act. 114 S. 3 = IVSTA-act. 134 S. 6 = IVSTA-act. 137 [Übersetzung]). Im Bericht vom 23. August 2021 hielt Dr. med. Y. _____, Fachärztin für Physiatrie und Rheumatologie, insbesondere folgenden klinischen Befund fest: Zervikal würden Bewegungen nur teilweise ausgeführt, es würden Anzeichen einer Reizung des Plexus brachialis links, ein Spasmus des Trapezmuskels, eine Th-Rechtsdeviation und eine Hyperlordose (krankhafte Verformung der Wirbelsäule) lumbal bestehen. Es würden Beschwerden an der linken Schulter mit endgradig schmerzhafter Abduktion bestehen. Sowohl der Lasègue als auch der Femoralis-Dehnungstest seien rechts positiv und es bestehe eine Hypästhesie L5/S1 rechts. Bei der rechten Hüfte seien eine Flexion von 80 Grad, eine Abduktion von 35 Grad sowie ansatzweise Rotationen möglich. Die Beweglichkeit in der linken Hüfte sei zufriedenstellend. Die Hände könnten zur Faust geballt werden, die grobmotorische Kraft der linken Hand sei jedoch etwas schwächer. Die Unterschenkel zeigten Varikosität (IVSTA-act. 134 S. 3 = IVSTA-act. 138 [Übersetzung]). Am 19. Oktober 2021 fand eine voroperative Untersuchung im Hinblick auf die geplante Hüft-OP rechts bei Dr. med. Z. _____, Fachärztin für Innere Medizin, statt. Es wurde festgehalten, dass die Hyperthyreose in Remission sei, eine Veneninsuffizienz der unteren Gliedmassen und eine rheumatoide Arthritis i.o. beständen. Es werde eine Kontrolluntersuchung beim Rheumatologen empfohlen. Die Beschwerdeführerin sei für den geplanten Eingriff kardio-pulmonal kompensiert (IVSTA-act. 134 S. 5 = IVSTA-act. 139 [Übersetzung]). Dr. X. _____ berichtete am 24. Januar 2022 über eine Verschlimmerung der Schmerzen in allen Gelenken. Es habe ein Röntgen der Hände stattgefunden und es beständen Anzeichen für eine leichte Osteoarthritis im Radiokarpalgelenk, im skaphoidalen Trapezium ebenso wie im Daumensattelgelenk, jeweils mehr links. Aufgrund der klinischen Untersuchung gelangte Dr. X. _____ zum Schluss, dass die Kriterien einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung aktuell nicht erfüllt seien (IVSTA-act. 134 S. 7 = IVSTA-act. 141 [Übersetzung]).

6.2.4 In ihrer Stellungnahme vom 1. März 2022 hielt RAD-Ärztin Dr. B. _____ im Hinblick auf den Einwand der Beschwerdeführerin sowie die zusätzlich eingereichten Arztberichte (vgl. oben E. 6.2.3) ergänzend fest, dass die Hüftoperation rechts bislang nicht durchgeführt worden sei. Die linke Hüfte sei operiert und in der Untersuchung von Dr. X. _____ im Februar 2021 sei die Beweglichkeit zufriedenstellend gewesen. Die linke Schulter sei empfindlich auf Palpation und in der aktiven Abduktion und Rotation eingeschränkt ohne nähere Angaben. Die grobmotorische Kraft der linken Oberarmmuskulatur sei als eingeschränkt beschrieben worden. Dr. med. Y. _____ beschreibe im August 2021 nur die endständig schmerzhaft Abduktion des linken Armes. Damit könne auch nur eine Tätigkeit ohne gehäufte, insbesondere ohne Belastung, Über-Kopf-Arbeiten gefordert werden. Die beginnende Rhizarthrose (Daumensattelgelenksarthrose) links lasse keine belastenden Tätigkeiten des Daumengrundgelenkes zu. Insgesamt sei eine leichte, vor allem sitzende Tätigkeit mit Positionswechsel, wie bereits beschrieben, weiterhin möglich. Eine Änderung zur bisherigen Einschätzung dränge sich nicht auf (IVSTA-act. 143).

6.3 Die Beschwerdeführerin macht im Beschwerdeverfahren hinsichtlich der anspruchrelevanten Veränderung ihres Gesundheitszustandes im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz habe ihren Antrag auf IV-Rente mit der Begründung abgelehnt, dass sie in einer angepassten Stelle mit den angegebenen Einschränkungen arbeiten könnte, wobei aber nicht angeführt werde, worauf sich die Meinung stütze, um zu behaupten, dass noch eine Arbeit möglich sei. Die Erwerbseinbusse sei jedenfalls seit der letzten Entscheidung sicherlich nicht unverändert bei 26 % geblieben, da der IV-Grad aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen und Gutachten bei 100 % liege. Es sei sowohl in Kroatien als auch in Bosnien und Herzegowina ein vollständiger Verlust der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit seit 3. Juni 2019 festgestellt worden, weshalb nicht behauptet werden könne, dass ihr Gesundheitszustand unverändert geblieben sei. Sie befinde sich die ganze Zeit in Rehabilitation und es sei bis heute keine Verbesserung eingetreten. Die Einschränkungen infolge der gestellten Diagnosen würden ihr jegliche Arbeit unmöglich machen. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Vorinstanz behaupten könne, sie sei in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, jedoch in anderen angepassten Tätigkeiten zu 0 % arbeitsunfähig (BVGer-act. 1 und 4).

6.4 Vorliegend hat die Vorinstanz im Wesentlichen gestützt auf die Berichte der RAD-Ärztin Dr. B. _____ entschieden, weshalb an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind (vgl. oben E. 5.6.3). Zur von

der RAD-Ärztin verneint Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ist vor diesem Hintergrund Folgendes festzuhalten:

6.4.1 Soweit die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren auf die Feststellungen eines vollständigen Verlustes der Erwerbsfähigkeit in Kroatien und Bosnien Herzegowina verweist, ist zunächst daran zu erinnern, dass die Beschwerdeführerin – mangels Bindung der rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz an diese Beurteilungen – hieraus nichts direkt zu ihren Gunsten ableiten kann (vgl. oben E. 4.1 in fine).

6.4.2 Aus den Akten ergibt sich sodann, dass zwischen dem 4. Juli 2017 und dem 4. März 2022 zwar die folgenden neuen Diagnosen gestellt wurden: eine Meniskusläsion des linken Knies (IVSTA-act. 61; 71; 110; 127), teilweise Dranginkontinenz (IVSTA-act. 61; 62; 65), Lymphödeme (IVSTA-act. 67; 71; 110; 127), eine Polyarthralgie (IVSTA-act. 69), Schulterbeschwerden (IVSTA-act. 138) sowie eine Osteoarthritis verschiedener Gelenke in der Hand (IVSTA-act. 141). Weiter wurde seit dem 4. Juli 2017 zumindest die Implantierung einer Totalendoprothese der *linken* Hüfte vorgenommen (IVSTA-act. 60) sowie festgehalten, dass auch die *rechte* Hüfte operiert werden sollte (IVSTA-act. 64; 71; 110; 137; 139). Hinsichtlich der Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin ist festzuhalten, dass seit dem 4. Juli 2017 eine Lumbago mit Ischias, Rückenschmerzen – verursacht durch Osteoarthritis der Facetten-Gelenke sowie durch Bulging des L4/L5-Diskus – und Bandscheibenschäden zusätzlich diagnostiziert wurden (IVSTA-act. 59; 61; 62; 64; 71; 110). Allerdings reichen diese neuen Diagnosen nicht per se aus, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu belegen (vgl. oben E. 5.5), sondern es ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs – grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie – vielmehr massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_827/2018 vom 10. April 2019 E. 6.2.2 m.w.H.).

6.4.3 Die Feststellungen von Dr. B. _____ (vgl. oben E. 6.2.2 und 6.2.4) stimmen im Wesentlichen mit den von der Beschwerdeführerin neu eingereichten Arztberichten (vgl. oben E. 6.2.1 und 6.2.3) überein, wobei darauf hinzuweisen ist, dass sich die aktenkundigen Arztberichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte jeweils nicht zu den funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen und der erhobenen Befunde äussern. Ungeachtet dessen liegt grundsätzlich ein lückenloser Befund vor und es geht vorliegend im Wesentlichen um die fachärztliche Beurteilung eines an sich

feststehenden medizinischen Sachverhalts (vgl. oben E. 5.6.3). In ihren Ausführungen hat Dr. B. _____ jedenfalls die neuen Diagnosen gemäss Erwägung 6.4.2 sowie deren funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise gewürdigt: Vor dem Hintergrund der dokumentierten Hüft-, Rücken- und Kniebeschwerden kam die RAD-Ärztin zum Schluss, dass – abgesehen von der Rekonvaleszenz nach der noch ausstehenden TEP *rechts* – eine leichte, vor allem sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Position frei zu wechseln und, so nötig, ein bis zwei zusätzliche Pausen zu machen, ohne jegliche tragenden Arbeiten oder Benützen von Leitern, Gerüsten, Treppen, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne Autofahren sowie ohne Zwangshaltungen weiterhin vollschichtig möglich sei. Weiter wurde auch die neu diagnostizierte Urgeinkontinenz berücksichtigt, indem auf die Notwendigkeit einer in der Nähe erreichbaren Toilette hingewiesen wurde. Im Hinblick auf die neu dokumentierten Arm- beziehungsweise Handprobleme hielt die RAD-Ärztin zusätzlich fest, dass nur eine Tätigkeit ohne gehäufte, insbesondere ohne Belastung, Über-Kopf-Arbeiten gefordert werden könne und die beginnende Rhizarthrose links keine belastenden Tätigkeiten des Daumengrundgelenkes zulasse. Insgesamt bleibe jedoch eine leichte, vor allem sitzende Tätigkeit mit Positionswechsel, wie bereits beschrieben, weiter möglich. Für die Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. B. _____ spricht insbesondere, dass Dr. X. _____ im Bericht vom 15. Februar 2021 festgehalten hat, die Beschwerdeführerin könne bis zu einer Stunde sitzen und bis zu 1.5 km mit Krücken gehen (IVSTA-act. 136). Die von der RAD-Ärztin genannten zusätzlichen Einschränkungen in angepasster Tätigkeit (gegenüber der Beurteilung vom 31. Januar beziehungsweise 27. Juni 2017) führen sodann nicht zum Schluss, dass die bereits mit Einkommensvergleich vom 16. Februar 2017 (IVSTA-act. 35) als angepasste Tätigkeiten berücksichtigten «Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (ohne 78) (77-82*)» – welche gestützt auf die 2017 skizzierten möglichen Tätigkeiten (z.B. einfache Tätigkeiten in der Verwaltung wie registrieren, klassieren, archivieren, Empfang/Rezeption, Datenerfassung/Scannage [vgl. IVSTA-act. 34]) gewählt wurden – für die Beschwerdeführerin nun nicht mehr in Frage kommen würden. Der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA) 2008 ist dazu zu entnehmen, dass unter «82 Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.» insbesondere die folgenden Tätigkeiten subsumiert werden: Sekretariats- und Schreibdienste, Copy-Shops, Call Centers sowie die Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen (z.B. Tätigkeiten von Inkassobüros, Auskunftsteilen und alle Tätigkeiten zur Unterstützung von Unternehmen). Diese

Tätigkeiten erfüllen – bei entsprechender Organisation der Arbeiten – das von der RAD-Ärztin beschriebene Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin. Entsprechend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass *keine* Änderung der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit und damit des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise eingetreten ist (vgl. dazu oben E. 5.5).

Nichts hieran zu ändern vermögen insbesondere die beiden in Kroatien beziehungsweise Bosnien und Herzegowina erstellten Gutachten zuhanden der jeweiligen Versicherungsträger, welche der Beschwerdeführerin gestützt auf die gutachterlichen Beurteilungen jeweils eine Rente zugesprochen haben (IVSTA-act. 99 S. 1 und S. 4). Diesen Gutachten sind zwar (relativ knappe) Befunde zu entnehmen (vgl. IVSTA-act. 71; 110; 127), allerdings bleibt völlig unklar, weshalb die erhobenen Befunde zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit – insbesondere in der von Dr. B. _____ beschriebenen leichten Tätigkeit – führen sollen. Auch der erstmals im Beschwerdeverfahren eingereichte Arztbericht des Neurochirurgen Dr. med. AA. _____ vom 7. November 2019 (BVGer-act. 1 Beilagen 16) enthält keine Hinweise auf von der RAD-Ärztin nicht berücksichtigte weitere funktionelle Einschränkungen der Beschwerdeführerin.

7.

Aufgrund der obigen Ausführungen hat die Vorinstanz das Gesuch der Beschwerdeführerin um IV-Rente im Neuanmeldeverfahren zu Recht ohne umfassende Prüfung des Rentenanspruchs in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht (vgl. oben E. 5.5 in fine) abgewiesen, weshalb auch die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

8.2 Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Tanja Jaenke

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: