



Abteilung III
C-1660/2024

Urteil vom 15. Juli 2026

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richterin Caroline Gehring, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Martina Filippo.

Parteien

A. _____, (Italien),
vertreten durch Dr. iur. Beat Frischkopf, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Neuanmeldung),
Verfügung vom 12. Februar 2024.

Sachverhalt:

A.

Die am (...) 1969 geborene Schweizer Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin), geschieden, lebt seit Oktober 2017 in Italien (vgl. Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA-act.] 198). Die Versicherte absolvierte von 1984 bis 1986 eine Lehre als Fotolaborantin und arbeitete von Dezember 1986 bis Dezember 2010 mit Unterbrüchen in der Schweiz (IVSTA-act. 8, 211, 219). Zuletzt war sie als Servicefachangestellte tätig (IVSTA-act. 9).

B.

B.a Am 9. Juni 2011 meldete sich die Versicherte aufgrund chronischer Rückenprobleme erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IVSTA-act. 8). Mit Verfügung vom 16. November 2012 sprach ihr die IV-Stelle des Kantons B._____ (nachfolgend: IV-Stelle) eine ganze ordentliche IV-Rente ab 1. Dezember 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (IVSTA-act 69).

B.b Im September 2013 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein (IVSTA-act. 78, 81). Zwecks Feststellung einer Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten ordnete die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Neurologie, Rheumatologie, Urologie und Psychiatrie an (IVSTA-act. 102). Im polydisziplinären Gutachten des Servizio Accertamento Medico (nachfolgend: SAM) vom 22. Dezember 2014 attestierten die Sachverständigen der Versicherten bei verbessertem Gesundheitszustand eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (IVSTA-act. 125 S. 25 f.). Die von der Vorinstanz durchgeführte Berechnung ergab einen Invaliditätsgrad von 34.9 % (IVSTA-act. 128). Am 12. Mai 2015 verfügte die IV-Stelle die Einstellung der IV-Rente der Beschwerdeführerin per 30. Juni 2015 (IVSTA-act. 143).

B.c Die gegen die Verfügung vom 12. Mai 2015 erhobene Beschwerde (IVSTA-act. 144) wies das Versicherungsgericht des Kantons B._____ mit Urteil vom 15. Februar 2016 ab (IVSTA-act. 166). Das Bundesgericht bestätigte mit Urteil 9C_211/2016 vom 18. Oktober 2016 das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons B._____ (IVSTA-act. 144 ff., 168).

C.

C.a Am 3. November 2022 meldete sich die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf, bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IVSTA-act. 198).

C.b Die von der Beschwerdeführerin neu eingereichten medizinischen Unterlagen legte die Vorinstanz dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vor (IVSTA-act. 171–178, 192–196). In der Stellungnahme vom 2. Mai 2023 hielt der RAD-Arzt Dr. med. C._____, Facharzt physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, dass es zwar neue Diagnosen gebe, diese sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirkten (IVSTA-act. 221).

C.c Mit Vorbescheid vom 23. Juni 2023 stellte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die Ablehnung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IVSTA-act. 224). Mit Einwand vom 21. Juli 2023 legte die Beschwerdeführerin neue Arztberichte auf (IVSTA-act. 225–229), die die Vorinstanz dem RAD unterbreitete (IVSTA-act. 230, 231). Der RAD-Arzt Dr. C._____ hielt mit Stellungnahme vom 25. September 2023 an seiner Beurteilung vom 2. Mai 2023 fest. Am 12. Februar 2024 verfügte die Vorinstanz die Ablehnung des Rentengesuchs der Versicherten (IVSTA-act. 236).

C.d Die Beschwerdeführerin reichte im Nachgang zur Verfügung am 13. Februar 2024 ein weiteres medizinisches Dokument ein (IVSTA-act. 237), zu welchem Dr. C._____ am 4. März 2024 Stellung nahm. Er hielt an seiner Beurteilung unter Verweis auf die Stellungnahmen vom 2. Mai 2023 und vom 25. September 2023 fest (IVSTA-act. 243).

D.

D.a Gegen die Verfügung vom 12. Februar 2024 erhob die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf, am 14. März 2024 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 12. Februar 2024 und die Zusprache einer Invalidenrente gestützt auf einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 %, eventualiter die Rückweisung der Sache zwecks ergänzender Abklärungen und neuer Verfügung an die Vorinstanz. Zudem beantragte die Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung (BVGer-act. 1). Der Beschwerde legte sie medizinische Berichte als Belege für die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen bei (BVGer-act. 1 Beilagen).

D.b Am 28. März 2024 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung gut (BVGer-act. 5).

D.c Mit Vernehmlassung vom 7. Mai 2024 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde, nachdem sie die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte von RAD-Arzt Dr. C._____ beurteilen liess (BVGer-act. 8 und Beilagen).

D.d Mit Replik vom 12. Juni 2024 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 10).

D.e Mit Duplik vom 6. August 2024 hielt die Vorinstanz ihrerseits an ihren in der Vernehmlassung getroffenen Feststellungen und den darin gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 12).

E.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

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]). 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). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der Beschwerdeführerin mit Zwischenverfügung vom 28. März 2024 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. Februar 2024, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgelehnt hat. Nachdem die Vorinstanz die IV-Rente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Mai 2015 per

30. Juni 2015 aufgehoben hat, ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

3.

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 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG [SR 830.1]; 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 vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

3.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. Februar 2024) 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 144 V 210 E. 4.3.1). 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.).

3.4 Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Italien besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die

Freizügigkeit (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), zu beachten sind. 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).

3.5 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). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 12. Februar 2024 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

3.6 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 im Jahr 2022 erfolgten Neuanschuldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet, so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob sie invalid im Sinne des Gesetzes ist.

4.2 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).

4.3 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).

4.4 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.

4.5

4.5.1 Bei einer Neuansmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). 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.).

4.5.2 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).

4.5.3 Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuanschuldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neuanschulde- bzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C_40/2024 E. 3.2.1 9C_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1). Im Rahmen einer solchen umfassenden Neuprüfung ist praxismässig nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Rentenzusprache führt (Urteil des BGer 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 5.2; vgl. auch BGE 143 V 91 E. 4.2). Dabei steht das Erfordernis einer Änderung des Invaliditätsgrades um mindestens fünf Prozentpunkte gemäss Art. 17 Abs. 1 Bst. a ATSG der Entstehung eines Rentenanspruchs bei einer Neuanschuldung nicht entgegen (vgl. BBl 2017 2535, 2681).

4.5.4 In der Invalidenversicherung ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs letztlich grundsätzlich unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und unbesehen der Ätiologie ausschlaggebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2, 143 V 409 E 4.2.1 f.; Urteil des BGer 8C_674/2022 vom 15. Mai 2023 E. 5.3.1). Für die Annahme einer anspruchserheblichen Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG

genügt unter medizinischen Aspekten weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens; massgeblich ist vielmehr eine (erheblich) veränderte Befundlage (Urteil des BGer 9C_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 2.3.2 m.w.H.).

4.6

4.6.1 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 (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.).

4.6.2 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 Spezialärztinnen und 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; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertinnen und Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets infrage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn

behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

4.6.3 Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für allgemein praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte wie behandelnde Spezialärztinnen und Spezialärzte (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3).

4.6.4 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung 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; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des 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).

4.6.5 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).

4.7

4.7.1 Die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst eine Erwerbsunfähigkeit und damit eine rentenbegründende Invalidität begrifflich nicht von vornherein aus (BGE 151 V 194 E. 5.1.3; 151 V 66 E. 5.9). Bei der Invaliditätsbemessung darf ein Behandlungserfolg unter dem Titel der Pflicht zur Selbsteingliederung – einer Anspruchsvoraussetzung – vorweggenommen, d.h. unmittelbar angerechnet werden, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Art. 7b Abs. 1 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG) durchgeführt werden müsste, wenn der Erfolg direkt vom Verhalten der versicherten Person abhängt, indem diese selbst ohne (weitere) Hilfe von Fachleuten die Leistungskapazität realisieren könnte. Dies trifft dann zu, wenn therapeutische Vorkehren, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen (z.B. Einnahme verschriebener Medikamente), aus Eigeninitiative umsetzbar sind. Insoweit geht die Selbsteingliederung dem Rentenanspruch (und auch gesetzlichen Eingliederungsleistungen) vor (BGE 151 V 194 E. 5.1.4 m.w.H.; BGE 148 V 397 E. 7 m.w.H.).

4.7.2 Besteht keine aus Eigeninitiative umsetzbare Selbsteingliederungspflicht, weil die versicherte Person es nicht ohne Weiteres selber in der Hand hat, Arbeitsfähigkeit herzustellen oder auf ihre Eingliederungsfähigkeit hinzuwirken, kann bei einem noch nicht austherapierten Leiden ein Rentenanspruch entstehen. Dies gilt auch, wenn das Behandlungspotential und die infrage kommenden therapeutischen Vorkehren abklärungsbedürftig sind. Die versicherte Person ist bei der Abklärung und Durchführung der auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapie mitwirkungspflichtig (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Die betreffenden Spielräume der Schadenminderung (Art. 7 IVG) müssen im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens definiert werden. Ob eine geplante Behandlung erfolgreich sein wird, kann erst nach Abschluss der betreffenden Therapie beurteilt werden. Solange sie andauert, kommt ein unbefristeter Rentenanspruch infrage; hat sich der prognostizierte Behandlungserfolg realisiert (oder die versicherte Person die Mitwirkungspflicht verletzt), wird die Invalidenrente gegebenenfalls auf dem Weg der materiellen Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) herabgesetzt oder aufgehoben. Wenn der prognostizierte Behandlungserfolg schon im Vornhinein absehbar und terminierbar ist, kann eine befristete Invalidenrente gesprochen werden (BGE 151 V 194 E. 5.1.4 m.w.H.).

5.

5.1 Vorliegend hat sich das Bundesgericht mit Urteil 9C_211/2016 vom 18. Oktober 2016, in welchem ein Anspruch auf eine IV-Rente verneint wurde, bei der Beurteilung der Streitsache auf den Sachverhalt abgestützt, der bis zum Erlass der Verfügung vom 12. Mai 2015 eingetreten war (Bst. B.b vorstehend). Die zeitlichen Referenzpunkte bilden mithin einerseits der Zeitpunkt der Verfügung vom 12. Mai 2015 und andererseits derjenige der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2024. Im Folgenden ist in analoger Anwendung der Grundsätze zur Rentenrevision zu prüfen, ob seit der rechtskräftigen Rentenaufhebung vom 12. Mai 2015 bis zum Erlass der streitigen Verfügung vom 12. Februar 2024 eine anspruchserhebliche Änderung der Invaliditätsgrades bzw. der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Dazu ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen (E. 5.2 ff. nachfolgend).

5.2

5.2.1 Die Verfügung vom 12. Mai 2015 stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten des SAM vom

22. Dezember 2014 mit einem neurologischen, psychiatrischen, rheumatologischen und urologischen Teilgutachten (IVSTA-act. 125; Bst. B.b vorstehend).

5.2.2 Die Sachverständigen des SAM stellten folgende Diagnosen (IVSTA-act. 125 S. 18):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Lumbovertebralsyndrom mit

- plurisegmentaler Diskopathie besonders auf Ebene L2-3, L3-4 und L4-5
- statische Veränderungen mit S-Skoliose
- vorbestehender thorakaler Morbus Scheuermann

Rotatorenmanschettensyndrom rechts mit

- möglicher Tendinopathie der Supraspinatus-Sehne mit leichten Symptomen eines Impingement-Syndroms

Radiale Epikondilopathie rechts

Miktionsstörung

- bei gemischter Harninkontinenz
- bei Erkrankungen der Lendenwirbelsäule

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4).

Rezidivierende Zervikalgie

Beidseitiger Hallux valgus

Dyslipidämie (Hypercholesterinämie)

Albuminurie

5.2.3 Die Sachverständigen hielten eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kellnerin fest. Die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien vor allem rheumatologischer Natur. Tätigkeiten mit repetitiven Flexions- und Rotationsbewegungen des Oberkörpers und statischen stehenden oder sitzenden Positionen von längerer Dauer als einer Stunde seien zu vermeiden. Auch seien Tätigkeiten mit Heben von Gewichten über fünf Kilogramm beziehungsweise über vier Kilogramm über Kopf zu vermeiden. Aus urologischer Sicht müsse die Beschwerdeführerin jederzeit Zugang zu einer Toilette haben. In einer angepassten Tätigkeit, welche diese Anforderungen erfülle, bestehe eine 70 %-

ige Arbeitsfähigkeit, mit ganztägiger Anwesenheit, aber mit Rendement-Reduktion (IVSTA-act. 125 S. 25 f.).

5.2.4 Die psychiatrische Sachverständige, Dr. med. D. _____, Fachärztin Psychiatrie, hielt einen unauffälligen Untersuchungsbefund fest. Sie stellte keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führt sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F45.4), bestehend seit Juli 2011, auf (IVSTA-act. 125 S. 36 f.). Es bestehe weder eine psychische Begleiterkrankung von relevanter Intensität noch zeige sich ein sozialer Rückzug. Die Beschwerdeführerin leide an von Fachärzten bestätigten körperlichen Beschwerden, die sich im Laufe der Jahre nicht besserten, im Gegenteil, sogar verschlimmerten. Die psychisch-emotionale Belastung, die mit dem Schmerzsyndrom zusammenhänge, sei aber nicht so ausgeprägt, dass sich eine psychiatrische Diagnose rechtfertige und zu einer Arbeitsunfähigkeit führe.

5.2.5 Der rheumatologische Sachverständige Dr. med. E. _____, Facharzt Rheumatologie, stellte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Lumbovertebralsyndrom bei multisegmentalen Bandscheibenvorfällen, insbesondere auf den Ebenen L2-L3, L3-L4 und L4-L5, statische Veränderungen bei S-förmiger Skoliose der Wirbelsäule und Folgezustand nach einer thorakalen Scheuermann-Krankheit, tendinopathische Humerus-Scapula-Periarthropathie mit möglicher Tendinopathie der Supraspinatus-Sehne mit leichten Impingement-Symptomen sowie eine Epikondylopathie des rechten Radius (IVSTA-act. 125 S. 46). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte er wiederkehrende Nackenschmerzen sowie einen beidseitigen Hallux Valgus. Als Befund hielt er ein leichtes Hinken im linken Bein sowie Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule in alle Richtungen, insbesondere bei Flexion und Inklination und Schmerzen beim Abtasten der paravertebralen Muskulatur im Lendenbereich fest. Im Bereich der rechten Schulter sei die Innenrotation sowie die Flexion über 90 ° eingeschränkt. Es bestehe eine Druckempfindlichkeit der Brustmuskulatur beidseitig und der Bizepssehne rechts. Auch am rechten Ellenbogen bestehe eine Druckempfindlichkeit. Die Beschwerdeführerin beklage ein Kribbeln in den Fingern, die Hand- und Fingergelenksbeweglichkeit sei jedoch nicht eingeschränkt. Bewegungen der Hüften verursachten Schmerzen im Lendenbereich. Aufgrund der Probleme der Wirbelsäule seien repetitive Arbeiten mit Flexions- und Rotationsbewegungen des Oberkörpers sowie Tätigkeiten, bei denen die Beschwerdeführerin eine sitzende oder stehende statische Position länger als

eine Stunde halten müsse, nicht geeignet. Auch seien Tätigkeiten, bei denen sie schwerere Gewichte als 5–7.5 Kilogramm heben müsse, ungeeignet. Aufgrund der Schulterbeschwerden rechts seien Tätigkeiten, bei denen die Beschwerdeführerin die Arme mit Gewichten über 4 Kilogramm über die Horizontale heben müsse, ungeeignet (IVSTA-act. 125 S. 49). In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kellnerin bestehe eine 40 %-ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit, die die funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin berücksichtige, sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig.

5.2.6 Der neurologische Sachverständige Dr. med. F._____, Facharzt Neurologie, stellte keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte er ein chronisches Lumbalsyndrom, das derzeit nicht mit radikulären oder anderen neurogenen Erkrankungen in Verbindung stehe (IVSTA-act. 125 S. 53). Er hielt einen weitgehend normalen Untersuchungsbefund fest. Rotationsbewegungen der linken Hüfte seien lokal schmerzhaft. Die Beschwerdeführerin sei sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig.

5.2.7 Der urologische Sachverständige, Dr. med. G._____, Facharzt Urologie, diagnostizierte eine vorwiegend irritative Harnwegsstörung mit Episoden von Dranginkontinenz, im Zusammenhang mit einer neurogenen Blase bei bekannter Spondylopathie (IVSTA-act. 125 S. 56). Aus urologischer Sicht sei es nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen. Die urologische Diagnose stehe bei Fehlen weiterer Beschwerden der Ausübung eines Berufs nicht im Wege.

5.2.8 Sowohl das Versicherungsgericht des Kantons B._____ als auch das Bundesgericht erachteten das SAM-Gutachten, auf das sich die Verfügung vom 15. Mai 2015 stützte, als beweiskräftig für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IVSTA-act. 166, 169).

5.3 Die Beschwerdeführerin reichte im Zusammenhang mit ihrer Neuanmeldung die folgenden ärztlichen Berichte ein:

5.3.1 Bericht von Dr. med. H._____ (Italien), Radiologe, vom 31. August 2017 (IVSTA-act. 171). Dr. H._____ diagnostiziert eine sich zurückbildende Diskopathie im Bereich C4-C5 mit grober Osteophytose am Rand und Retrolisthese von C4 gegenüber C5, Unkarthrose und Baastrup-Zeichen auf der gleichen Etage bei gutem Knochentrophismus.

5.3.2 Bericht von Dr. med. I. _____ (Italien), Radiologe, vom 25. Mai 2018 (IVSTA-act. 172). Die klinostatische Position der Wirbelsäule zeige keine skoliotische Fehlstellung. Die Höhe der Wirbelkörper und die Ausrichtung der hinteren Wirbelwand seien normentsprechend. Dr. Urigo hält Zeichen einer somatischen arthrotischen und degenerativen Diskopathie im Abschnitt C5-C7 mit plurisegmentalen Protrusionen, die das Ligamentum longitudinale posterius dehnen und auf die Wirbelmembran und das Rückenmark drücken, sowie paramedian rechts gelegene osteophytische Bandscheibenprotrusion mit Einengung des Foramen und möglichem radiikulärem Druck fest.

5.3.3 Bericht von Dr. med. J. _____ (Italien), Neuropsychiopathologin, vom 16. Juli 2018 (IVSTA-act. 173). Dr. J. _____ hält eine Verlangsamung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit im Handflächen- und Handgelenkbereich des Nervus medianus rechts und links fest. Die übrigen untersuchten sensiblen und motorischen Nervenleitungsparameter seien in der Norm. Im Trizeps und im dorsalen Zwischenknochenmuskel bestünden Zeichen von leichten chronischen peripheren Schmerzen ohne Denervation. Die übrigen untersuchten Muskeln seien in der Norm.

5.3.4 Entlassungsbericht des Spitals (...) (Italien) vom 13. August 2020 (IVSTA-act. 174). Als Diagnosen werden eine akute Appendizitis mit Bauchfellentzündung und ein systemisches inflammatorisches Response-Syndrom festgehalten. Es sei eine laparoskopische Appendektomie durchgeführt worden.

5.3.5 Bericht von Dr. med. K. _____ (Italien), Radiologe, vom 29. März 2021 (IVSTA-act. 175). Die Knochendichtemessung des Oberschenkelhalses ergebe eine Knochendichte unter 25 % des Normalwertes für junge Personen. Die Messung des gesamten Oberschenkelknochens sei 10 % unter dem Wert für junge Menschen und werde nach WHO-Kriterien als normal eingestuft.

5.3.6 Bericht von Prof. Dr. med. L. _____ (Italien), Orthopäde, vom 2. September 2021 (IVSTA-act. 176). Prof. L. _____ hält Zeichen einer Algodystrophie am linken Fuss nach Bruch des linken Mittelfusssknochens im Dezember 2020 fest (vgl. IVSTA-act. 179). An der rechten Schulter bestünden funktionelle Einschränkungen des Bewegungsradius, die Rotatorenmanschette sei atraumatisch verletzt, mit Tinel-Zeichen am Handgelenk wie bei einem Karpaltunnelsyndrom. Die paravertebrale Muskulatur der Halswirbelsäule sei verhärtet.

5.3.7 Bericht von Dr. med. M._____ (Italien), Gastroenterologe, vom 28. September 2021 (IVSTA-act. 177). Dr. M._____ hält Diarrhö und Erbrechen nach Appendektomie im August 2020 fest (E. 5.3.4 vorstehend). Er rät zu weiteren Untersuchungen.

5.3.8 Bericht von Dr. med. N._____ (Italien), Orthopäde und Traumatologe, vom 1. März 2022 (IVSTA-act. 178). Er diagnostiziert chronische Zervikalgie und Brachialgie beidseits, plurisegmentale Protrusionen und multiple Diskopathien im Bereich der Halswirbelsäule. Weiter hält er chronische Lumbalgie, Spondylose und interapophysäre Arthrose, Diskopathie auf Ebene L5-S1 und neuropathische Schmerzen auf Ebene L5 links sowie chronische Rücken- und Wirbelsäulenschmerzen mit statisch-dynamischer Insuffizienz des Rumpfes im Rahmen einer Haltungsstörung fest. Im Bereich der Schultern diagnostiziert er chronische Enthesiopathie der Rotatorenmanschette der rechten Schulter durch grobe Verkalkungen und eine präinsertionelle Läsion der Supraspinatussehne, mit Einschränkung der aktiven und passiven Bewegungen der Schulter, insbesondere der Abduktion und der Retroposition sowie chronische Insertionsentesiopathie des rechten Trizepses. Die Fraktur des fünften Mittelfusssknochens am linken Fuss habe nach einer Immobilisation von vier Monaten zu einer Algodystrophie geführt. Es bestünden weiterhin Schmerzen und funktionelle Einschränkungen mit Talalgie und Metatarsalgie beim Gehen und im Stehen. An den Händen bestünden Schmerzen mit Beeinträchtigung der feinmotorischen Funktionen, begleitet von Parästhesien aufgrund einer neurogenen Schädigung des Mediannervs im Rahmen einer peripheren Radikulopathie infolge eines Karpaltunnelsyndroms. Das klinische Bild scheine sich im Vergleich zu den zuvor durchgeführten klinischen Untersuchungen verschlechtert zu haben.

5.3.9 Notfallbericht von Dr. med. O._____ (Italien) vom 12. August 2022 (IVSTA-act. 184). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund akuter Dorsolumbalgie vorstellig geworden. Sie wurde an einen Spezialisten verwiesen.

5.3.10 Bericht von Dr. med. P._____ (Italien), Radiologe, vom 13. August 2022 (IVSTA-act. 192). Die Röntgenaufnahmen zeigen diffuse Spondylosen mit mässigen Osteophyten an den Lendenwirbeln sowie leicht verringerte Höhe der Wirbelkörper osteoporotischer Natur und distale lumbale Facettengelenksarthrose.

5.3.11 Bericht von Dr. med. Q._____ (Italien), Radiologe, vom 1. September 2022 (IVSTA-act. 193). Er hält eine Signalveränderung an der Basis

des fünften Mittelfusssknochens, hauptsächlich sichtbar in den Sequenzen STIR und T1, als Überbleibsel einer bekannten, komplizierten Bruchverletzung, fest. Er äussert den Verdacht eines kleinen Morton-Neuroms.

5.3.12 Berichte von Dr. med. R. _____ (Italien), Radiologin, vom 20. und 21. September 2022 (IVSTA-act. 195, 196). Die MOC-Untersuchung der Lendenwirbelsäule und des Oberschenkelhalses hätten einen normalen Befund ergeben. Die Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule zeige eine verminderte physiologische Lordose, Anzeichen einer osteophytischen Spondylose, eine normale Ausrichtung der Wirbelkörper mit gleichmässigen Wirbelkörperhöhen, ohne Vorliegen pathologisch relevanter Signalveränderungen, degenerative Veränderungen der untersuchten Bandscheibenstrukturen, insbesondere derjenigen in L2-L3, L3-L4 und L4-L5, die in den Wirbelkanal hineinragen, wo sie den Duralsack grossflächig abdrücken und zusammen mit interapophysärer hypertropher Degeneration eine subtotale Verringerung der Weite der Facettengelenke sowie eine beginnende bilaterale Foramenstenose bewirken würden. Die Bandscheibe zwischen L4-L5 weise zudem eine posteriore Rissbildung des Faserrings auf.

5.4 Die Vorinstanz legte diese Arztberichte dem RAD zur Stellungnahme vor. Am 2. Mai 2023 nahm RAD-Arzt C. _____ Stellung (IVSTA-act. 221): Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hält C. _____ eine degenerative Zervikobrachialgie (ICD-10 M53.1), Spondylarthrose D-L (ICD-10 M54.5) und Kalkschulter mit Läsion der Rotatorenmanschette links (ICD-10 M75.4) fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hält er Karpaltunnelsyndrom und Status nach Appendektomie fest. Bei der Appendektomie, dem Karpaltunnelsyndrom und dem Bruch des Mittelfusssknochens handle es sich um neue Diagnosen seit der Begutachtung 2014. Bei diesen Diagnosen handle es sich aber nicht um invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigungen im invaliditätsrechtlichen Sinn. Die Appendektomie und das Karpaltunnelsyndrom seien leicht behandelbar. Die Zervikobrachialgie und die Lumbalgie sowie die Schulterbeschwerden seien bereits seit 2014 bekannt, weshalb sie keine neuen Aspekte seien. Die neu vorgelegten Arztberichte würden keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung 2014 zeigen.

5.5 Im Rahmen des Einwands vom 21. Juli 2023 (IVSTA-act. 225) reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein:

5.5.1 Bericht von Dr. H._____ vom 27. Juli 2023 (IVSTA-act. 227). Dr. H._____ hält keine offensichtlichen lokalen knochenbaulichen Veränderungen der Oberschenkelknochen und der Beckenknochen, leichte Anzeichen einer Arthrose der Hüfte mit Verengung des Gelenkspaltes, Sklerosen und kleinen randständigen Osteophyten der Hüftgelenkpfannen und arthrotische Veränderungen der Iliosakralgelenke und diskreten Knochentrophismus fest.

5.5.2 Bericht von Dr. med. S._____ (Italien), Chirurg und Radiologe, vom 27. August 2023 (IVSTA-act. 228). Dr. S._____ diagnostiziert eine Schleimbeutelentzündung der Hüfte im Bereich der Ansatzstelle des kleinen und mittleren Gesässmuskels sowie der Sehne des Oberschenkelbindenspanners, bei Spinalkanalstenose.

5.6 Mit Stellungnahme vom 25. September 2023 äussert RAD-Arzt Dr. C._____ zum Bericht von Dr. S._____ vom 27. August 2023 (E. 5.5.2 vorstehend), dass das vorgelegte Dokument nicht einmal belege, welche instrumentelle Untersuchung durchgeführt worden sei (IVSTA-act. 231). Der Ultraschallbefund halte eine Schleimbeutelentzündung der Hüfte fest. Dabei handle es sich keinesfalls um eine invalidisierende Erkrankung und sei leicht behandelbar, etwa mit Stosswellen, manueller Therapie, Physiotherapie, Infiltration etc. Die erwähnten Diagnosen (die Fraktur des fünften Mittelfusssknochens links eingeschlossen) seien mit der in den vorangehenden Berichten beschriebenen Tätigkeit kompatibel. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin behaupte, der Bruch des Fusses sei in der Stellungnahme vom 2. Mai 2023 nicht erwähnt worden. Das stimme überhaupt nicht. Dr. C._____ hält an seiner Einschätzung vom 2. Mai 2023 fest.

5.7 Mit E-Mail vom 13. Februar 2024 reichte die Beschwerdeführerin einen Arztbericht von Dr. S._____ vom 6. Februar 2024 ein (IVSTA-act. 237, 238). Der Ultraschall zeige gemäss Dr. S._____ arthrotische Veränderungen und eine Verdickung des Nervus medianus im Bereich des Karpaltunnels, begleitet von einer chronischen Sehnenentzündung der Fingerstrecker und -beuger, eine stenosierende Sehnenentzündung des dritten Fingers verkompliziert durch eine Ringbandzyste von circa fünf Millimetern Durchmesser, ein subkutanes fibrotisches Band an der Handfläche, das eine Retraktion mit Beugstellung des vierten und fünften Fingers verursache, beidseitige Rhizarthrosen und De Quervain-Sehnenscheidenentzündung am ersten Finger.

5.8 Mit Stellungnahme vom 4. März 2024 hält RAD-Arzt Dr. C._____ an seinen Stellungnahmen vom 2. Mai 2023 und 25. September 2023 fest (IVSTA-act. 243). Der Ultraschall zeige Karpaltunnelsyndrom sowie eine Sehnen Scheidentzündung. Es bestehe Verdacht auf Morbus Dupuytren. Sowohl die Sehnenentzündung als auch das Karpaltunnelsyndrom und der Morbus Dupuytren seien sowohl chirurgisch als auch konservativ behandelbar und somit nicht invalidisierend. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit 2014 sei nicht dokumentiert. Das SAM-Gutachten 2014 sowie die Stellungnahmen vom 2. Mai 2023 und vom 25. September 2023 würden weiterhin gelten.

5.9 Am 11. März 2024 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht von Dr. med. T._____, Chirurg und Gerichtssachverständiger, ein (IVSTA-act. 247, 248). In diesem wird festgehalten, dass die aktive Abduktion, die Abduktion/Aussenrotation, die Abduktion/Innenrotation sowie die Extension/Flexion des rechten Armes um ein Viertel reduziert seien (IVSTA-act. 247). Passiv sei der schmerzfreie Bewegungsradius grösser. Die linksseitige paravertebrale Halsmuskulatur sei schmerzhaft verspannt. Aufgrund von Schmerzen sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule eingeschränkt, insbesondere bei Streckung. Bei der Seitneigung liege eine funktionelle Einschränkung vor, mit Schmerzen bei der aktiven Mobilisierung, die sich bei der passiven Mobilisierung verstärken. Es bestehe eine Druckempfindlichkeit in der Brust- und Lendenwirbelsäule mit partiellem Gelenkdefizit bei Beugungs-, Streck- und Drehbewegungen des Rumpfes. Aus der im Rahmen der versicherungsmedizinischen Begutachtung durchgeführten körperlichen Untersuchung ergebe sich das Bild einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die trotz der von der Beschwerdeführerin absolvierten Therapie weiterhin klinische Symptome von solcher Intensität aufweise, dass ihre Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Aus der erhobenen Anamnese und der durchgeführten körperlichen Untersuchung gehe hervor, dass die funktionellen Einschränkungen zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit um 75 % auch bei geeigneten Tätigkeiten führen würden.

5.10 Im Beschwerdeverfahren reichte die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 7. Mai 2024 die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. C._____ zum Bericht von Dr. T._____ ein (BVGer-act. 8 Beilage). Er hält in der Stellungnahme vom 10. April 2024 fest, dass im Bericht von Dr. T._____ keine neurologischen Defizite, Einschränkungen des Gangbildes oder Funktionseinschränkungen des Fusses beschrieben würden. Sowohl das Karpaltunnelsyndrom als auch die Fingertendinose als auch die Funktionseinschränkung der Schulter seien weder neu noch invalidisierend. Die neu

erwähnten Diagnosen seien keine invalidisierenden Erkrankungen, sondern leicht zu behandelnde Störungen, die nicht gegen das Ausführen einer leidensangepassten Tätigkeit sprächen.

6.

6.1 Die Vorinstanz hat vorliegend kein externes Gutachten eingeholt, sondern sich für die Beurteilung des Leistungsanspruchs im Neuanmeldeverfahren im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. C. _____ vom 2. Mai 2023 (IVSTA-act. 221), 25. September 2023 (IVSTA-act. 231) sowie vom 4. März 2024 (IVSTA-act. 243) gestützt. Dieser hat, ohne eine eigene Untersuchung durchzuführen, eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Zwar ist nicht zwingend erforderlich, dass die RAD-Ärzte die Versicherten persönlich untersuchen. Jedoch dürfen – damit auf ihre Beurteilung abgestellt werden kann – auch keine nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (E. 4.6.4 vorstehend). Zu prüfen ist demnach, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein vollständiges Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind (vgl. hierzu jüngst Urteil des BVerG C-5953/2024 vom 3. Juni 2026 E. 11).

6.2 Ein RAD-Bericht muss in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben werden. Weiter muss der ärztliche Bericht eine Beschreibung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge enthalten, die einleuchtet; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (vgl. E. 4.6.1 vorstehend; Urteil C-5953/2024 E. 11.1).

6.3 Es fällt auf, dass Dr. C. _____ für seine Einschätzungen keine eigene Auseinandersetzung mit den verschiedenen Leiden der Beschwerdeführerin und insbesondere den Befunden in neurologischer/rheumatologischer Hinsicht vornahm, d.h. keine versicherungsmedizinische Diskussion zur medizinischen Situation, den medizinischen Zusammenhängen und der Krankheitsentwicklung führte. Hieraus ergeben sich Zweifel am Beweiswert seiner Ausführungen, wie nachfolgend dargelegt wird.

6.4 Hinsichtlich der vorliegend zentralen Thematik der Lendenwirbelsäulen-/Beinschmerzen links hält Dr. C. _____ lediglich fest, dass die Lumbalgie bereits seit 2014 bekannt sei und keinen neuen Aspekt darstellen würde («La cervicobrachialgia e la lombalgia erano presenti già nel 2014 e

non sono quindi aspetti nuovi»; E. 5.4 vorstehend). Am 25. September 2023 (E. 5.6 vorstehend) und am 4. März 2024 (E. 5.8 vorstehend) äussert er sich dazu ebenfalls nicht und verweist auf die Stellungnahme vom Mai 2023. Eine Auseinandersetzung mit den dokumentierten Schmerzen und den bildgebend festgestellten Foramen- und Spinalkanalstenosen mit möglichem radikulären Druck betreffend die Lendenwirbelsäule (E. 5.3.2, 5.3.12 und 5.5.2 vorstehend) nimmt er nicht vor. In allen vier Stellungnahmen von Dr. C._____ fehlen dazu jegliche Ausführungen. Zwar verweist er auf die Diagnose im SAM-Gutachten (Lumbovertebralsyndrom mit plurisegmentalen Diskopathien; E. 5.2.2 und 5.2.5 vorstehend), selbst hält er aber lediglich Spondylarthrose in der Lendenwirbelsäule fest (IVSTA-act. 221; E. 5.4 vorstehend). Die Verneinung eines neurologischen Defizits durch Dr. C._____ (E. 5.10 vorstehend) erscheint vor diesem Hintergrund nicht hinreichend begründet, nachdem er sich in keiner Weise mit den Hinweisen, die für eine mögliche Radikulärsymptomatik sprechen, auseinandersetzt.

6.5

6.5.1 Die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen der Halswirbelsäule sind erstmals im SAM-Gutachten aktenkundig. Der rheumatologische Sachverständige hält im SAM-Gutachten von 2014 Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule aufgrund von Schmerzen, jedoch ohne Druckschmerz der paravertebralen Muskulatur fest. Als Diagnose stellt er rezidivierende Zervikalgie, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.5 vorstehend).

6.5.2 Nach Vorlage neuer medizinischer Unterlagen von den behandelnden Ärzten der Beschwerdeführerin hält RAD-Arzt Dr. C._____ in der Stellungnahme vom 2. Mai 2023 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit degenerative Zervikobrachialgie fest (E. 5.4 vorstehend). Die Zervikobrachialgie habe schon 2014 bestanden, weshalb es sich nicht um eine neue Diagnose handle («La cervicobrachialgia e la lombalgia su base degenerativa erano presenti già nel 2014 e non sono quindi aspetti nuovi»). Das ist insofern nicht nachvollziehbar, als der rheumatologische Sachverständige als Diagnose eine *rezidivierende Zervikalgie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit* festhielt. Dr. C._____ begründet seine abweichende Beurteilung nicht. Hinzu kommt, dass Dr. C._____ die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht näher beziffert oder ausführt. Gleichzeitig sieht er keine anspruchrelevante Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin («Dalla documentazione

presentata non si evicono aspetti nuovi tali da giustificare una modifica valutazione della CT espressa nella perizia del 2014»). Dieser Widerspruch klärt sich auch in seinen späteren Stellungnahmen nicht: In der Stellungnahme vom 10. April 2024 (E. 5.10 vorstehend) hält er fest, dass die Schulter- und Wirbelsäulenprobleme bereits seit 2011 bekannt seien, seit dem Gutachten von Dr. med. U._____, Fachärztin für Neurologie, zuhanden der Pensionskasse V._____. Diese hielt damals aber lediglich einen minim erhöhten Muskeltonus in der Halswirbelsäule fest, keine Bewegungseinschränkungen und keine Klopff- oder Druckdolenz der okzipitalen Nervenaustrittspunkten oder Dornfortsätzen (IVSTA-act. 92 S. 9). Die Schultern waren damals nicht Teil der Untersuchung. Dr. U._____ hielt lediglich fest, dass die oberen Extremitäten keine Paresen oder Sensibilitätsstörungen aufwiesen.

6.5.3 Eine Auseinandersetzung mit den dokumentierten Schmerzen und den bildgebend festgestellten Befunden betreffend die Halswirbelsäule, insbesondere die plurisegmentalen Protrusionen und die Einengung der Foramen (E. 5.3.1, 5.3.2 und 5.3.8 vorstehend), nimmt Dr. C._____ ebenfalls nicht vor. Auch bezüglich der Halswirbelsäulenproblematik fehlen in allen vier Stellungnahmen von Dr. C._____ jegliche Ausführungen.

6.6

6.6.1 Im Zeitpunkt der Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin ein diffuses Kribbeln in den Fingern, dessen Ursprung unklar blieb; der rheumatologische Sachverständige hielt 2014 noch eine gute Beweglichkeit des Handgelenks und der Fingergelenke fest (E. 5.2.5 vorstehend).

6.6.2 Aktenkundig sind die Beschwerden im Bereich der Hand beziehungsweise des Handgelenks erstmal im Juli 2018. Dr. J._____ führte damals eine Elektromyographie an Händen und Armen der Beschwerdeführerin durch (E. 5.3.3 vorstehend). Gestützt auf diese Untersuchung hält sie beidseitig eine Verlangsamung der sensiblen Nervenleitungsgeschwindigkeit in Handflächen und Handgelenken des Nervus medianus fest. Im Trizeps sowie im rückwärts gelegenen Zwischenknochenmuskel der rechten Hand gebe es Zeichen leichter peripherer Schmerzen ohne Denervation. Ihre Untersuchung weise auf eine leichte beidseitige Beeinträchtigung des Nervus medianus im Bereich des Karpaltunnels hin, wobei lediglich die sensorische Komponente betroffen und die Beeinträchtigung auf der linken Seite leicht stärker ausgeprägt sei. Dr. L._____ berichtet im September 2021 von Tinel-Zeichen wie bei einem Karpaltunnelsyndrom (E. 5.3.6

vorstehend). Er rät zur Operation am Handgelenk zwecks Befreiung des Nervus medianus. Gemäss Bericht von Dr. N._____ im März 2022 bestehen im Handgelenk Schmerzen mit Beeinträchtigung der feinmotorischen Funktionen, begleitet von Parästhesien aufgrund einer neurogenen Schädigung des Mediannervs im Rahmen einer peripheren Radikulopathie infolge eines Karpaltunnelsyndroms (E. 5.3.8 vorstehend). Der Ultraschall, durchgeführt von Dr. S._____ im Februar 2024, zeige arthrotische Veränderungen und eine Verdickung des Nervus medianus im Bereich des Karpaltunnels begleitet von einer chronischen Sehnenentzündung der Fingerstrecker und -beuger, eine stenosierende Sehnenentzündung des dritten Fingers verkompliziert durch eine Ringbandzyste von circa fünf Millimetern Durchmesser, ein subkutanes fibrotisches Band an der Handfläche, das eine Retraktion mit Beugestellung des vierten und fünften Fingers verursache, beidseitige Rhizarthrosen und De Quervain-Sehnenscheidenentzündung am ersten Finger (E. 5.7 vorstehend).

6.6.3 Zum Karpaltunnelsyndrom führt Dr. C._____ am 2. Mai 2023 lediglich aus, dass dieses leicht behandelbar und nicht invalidisierend sei («Appendicite e STC sono disturbi facilmente trattabili e non invalidanti»; E. 5.4 vorstehend). In seinen zeitlich späteren Stellungnahmen wiederholt er, dass die Probleme an der Hand leicht behandelbar seien und nicht gegen eine leidensadaptierte Tätigkeit sprechen würden («Ein Karpaltunnelsyndrom ist ebenso wie eine Tendinose der Finger leicht behandelbar und spricht nicht gegen eine leidensadaptierte Tätigkeit»; E. 5.10 vorstehend). Die Rhizarthrose sei «seit mindestens 2011 bekannt (siehe Gutachten Dr. U._____ 05.04.2013)». Dies ist allerdings aktenwidrig: Die Rhizarthrose ist vor dem Bericht von Dr. S._____ vom 13. Februar 2024 (E. 5.7 vorstehend) nicht aktenkundig.

6.6.4 Es fehlt an einer versicherungsmedizinisch ausreichenden Auseinandersetzung mit den dokumentierten Schmerzen und den bildgebend festgestellten Befunden betreffend das Handgelenk durch Dr. C._____. Mit Stellungnahme vom 10. April 2024 äussert sich Dr. C._____ bezüglich des Handgelenks – abgesehen von der Auflistung der Diagnosen und der aktenwidrigen Feststellung zur Rhizarthrose – ausschliesslich zur Thematik des Karpaltunnelsyndroms und der Tendinose der Finger (E. 5.6.3 vorstehend).

6.7

6.7.1 Anfang 2021 brach sich die Beschwerdeführerin den linken Fuss und beklagt seither Fussbeschwerden (E. 5.3.6 vorstehend). Dr. L. _____ diagnostiziert im September 2021 eine Algodystrophie im linken Fuss nach Bruch des Mittelfusssknochens (E. 5.3.6 vorstehend). Dr. N. _____ bestätigt die Algodystrophie nach Fraktur des fünften Mittelfusssknochens am linken Fuss. Es bestünden weiterhin Schmerzen und funktionelle Einschränkungen mit Talalgie und Metatarsalgie beim Gehen und im Stehen (E. 5.3.8 vorstehend). Im September 2022 führte Dr. Q. _____ am linken Fuss eine Magnetresonanztomographie durch. Diese zeige eine Signalveränderung an der Basis des fünften Mittelfusssknochens als Überbleibsel einer bekannten, komplizierten Bruchverletzung (E. 5.3.11 vorstehend). Er äussert den Verdacht eines kleinen Morton-Neuroms.

6.7.2 Die Stellungnahmen von Dr. C. _____ zu den Fussbeschwerden fallen äusserst knapp aus: Am 2. Mai 2023 (E. 5.4 vorstehend) führt er den Bruch des fünften Mittelfusssknochens lediglich als neue, nicht invalidisierende Diagnose seit dem SAM-Gutachten von 2014 auf («La documentazione fornita evidenzia le seguenti diagnosi non nominate nella precedente perizia del 2.12.2014: appendicetomia, S. del tunnel di carpace, esiti frattura base V Metatarsale piede sx. (...) Le ulteriori diagnosi menzionate non rappresentano malattie invalidanti nel senso del diritto IV/Al») und äussert sich nicht weiter dazu. Am 25. September 2023 hält er fest, dass die Folgen des Bruches des fünften Mittelfusssknochens mit den in den vorangehenden Berichten beschriebenen Tätigkeiten vereinbar seien («Le diagnosi menzionate (inclusa la frattura del V. Metatarsale piede sx) sono compatibili con l'attività descritta nelle relazioni precedenti»; E. 5.6 vorstehend). Am 10. April 2024 hält Dr. C. _____ knapp fest, dass es sich beim Status nach Fraktur des fünften Mittelfusssknochens keinesfalls um eine invalidisierende Erkrankung im Sinne der IV handle (E. 5.10 vorstehend).

6.7.3 Auf die von den behandelnden Ärzten festgehaltene Algodystrophie (veraltet für: «komplexes bzw. chronisches regionales Schmerzsyndrom» oder «complex regional pain syndrome» [CRPS]; vgl. Urteil des BGer 8C_71/2024 vom 30. August 2024 E. 6.2) geht Dr. C. _____ nicht ein. «CRPS» beschreibt in der Medizin ein posttraumatisches Krankheitsbild, das sich, von einem blanden Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze Extremität oder

eine grosse Körperregion betroffen ist. Ätiologie und Pathogenese der CRPS sind unklar (vgl. Urteil des BGer 8C_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5; Urteil des BVer C-4118/2020 vom 18. Februar 2022 E. 9.2.1). Die Diagnose CRPS ist eine klinische Diagnose. Deshalb sind die Anamneseerhebung sowie die klinische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte in der Diagnosefindung. Im Prinzip gilt, dass für die Diagnosestellung ärztlich erhobene und dokumentierte Befunde wichtiger sind als die alleinige Beschwerdeschilderung (Urteil C-4118/2020 E. 9.2.2). Ob ein CRPS vorliegt, ist anhand der sog. Budapest-Kriterien zu prüfen (Urteil 8C_71/2024 E. 6.2). Weder setzte sich Dr. C._____ mit der Algodystrophie/CRPS-Diagnose auseinander noch wurde bislang eine fachärztliche Prüfung anhand der Budapest-Kriterien vorgenommen, weshalb nicht ohne weiteres von einer – laut Dr. C._____ – «keinesfalls invalidisierenden Erkrankung» ausgegangen werden kann (vgl. E. 6.7.2 vorstehend).

6.8

6.8.1 Auch hält RAD-Arzt Dr. C._____ an seiner Einschätzung, dass die Schulterbeschwerden bereits bekannt seien, fest (E. 5.10 vorstehend). Die Schulterschmerzen waren tatsächlich bereits im Zeitpunkt der Begutachtung bekannt (vorstehend E. 5.2.5 und nachstehend E. 6.8.2), aber die medizinischen Akten enthalten Hinweise auf eine mögliche Veränderung der Schulterbeschwerden, zu denen sich Dr. C._____ nicht äussert:

6.8.2 Die Mobilität der oberen Extremitäten stufte der rheumatologische Sachverständige bei der Begutachtung als gut ein, hielt jedoch eine leichte Verminderung der Innenrotation der rechten Schulter fest. Druckschmerzen bestünden an der Brustmuskulatur und der rechten Bizepssehne sowie am Epicondylus des Oberarmknochens, aber bei guter Beweglichkeit. Die am 25. Juni 2014 im Rahmen der Begutachtung angefertigte Röntgenaufnahme der rechten Schulter zeige eine leichte Sklerose am Tuberculum majus; sonst sei alles normgerecht (E. 5.2.5 vorstehend). Diese Befunde führten gemäss rheumatologischem Sachverständigen zur Diagnose einer tendinopathischen Humerus-Scapula-Periarthropathie mit Verdacht auf Tendinopathie der Supraspinatus-Sehne und leichten Impingement-Symptomen, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.5 vorstehend).

6.8.3 Dr. L._____ berichtet im September 2021 nach Magnetresonanztomographie von einer atraumatischen Verletzung der Rotatorenmanschette und rät zu einer chirurgischen Rekonstruktion derselbigen (E. 5.3.6

vorstehend). Dr. N._____ hält im März 2022 chronische Enthesiopathie der Rotatorenmanschette, starke Verkalkungen und Schädigungen am Ursprung der Supraspinatussehne mit Bewegungseinschränkungen, insbesondere bei Abduktion und Extension, fest (E. 5.3.8 vorstehend).

6.8.4 Am 2. Mai 2023 führt Dr. C._____ knapp aus, dass die Schulterbeschwerden bereits bekannt waren («Anche la problematica della spalla era già nota»; IVSTA-act. 221; E. 5.4 vorstehend). Am 10. April 2024 äussert er erneut, dass die Schulterprobleme «bereits bei der letzten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung bekannt» waren und weiter, dass es sich bei der Tendinose der Schulter «um keine invalidisierende Erkrankung im Sinne der IV» handle (E. 5.10 vorstehend). Zur atraumatischen Verletzung der Rotatorenmanschette und der vom behandelnden Arzt geäusserten Notwendigkeit zur chirurgischen Rekonstruktion, der chronischen Enthesiopathie sowie der starken Verkalkung und Schädigung am Ursprung der Supraspinatussehne äussert er sich nicht.

6.9 *Zusammenfassend* sind die sehr knapp gehaltenen und rudimentären Ausführungen von Dr. C._____ nicht hinreichend nachvollziehbar und es fehlt an einer umfassenden Würdigung, insbesondere hinsichtlich des Schweregrads und des Verlaufs der gesundheitlichen Leiden und ihrer Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit seit der Neuanmeldung. Aus den erwähnten Gründen (ungenügende Anamneseerhebung, unbegründete und damit nicht nachvollziehbare medizinische Schlussfolgerungen des RAD-Arztes, keine hinreichende Auseinandersetzung mit den Vorakten und nicht nachvollziehbar begründete Abweichungen von den Vorakten, nicht nachvollziehbar begründete Arbeitsfähigkeitseinschätzungen) kann den RAD-Berichten insgesamt kein Beweiswert zukommen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen, zu denen RAD-Berichte gehören, kann auf diese nicht abgestellt werden. Dies trifft vorliegend zu, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (E. 4.6.4 vorstehend).

7.

Nach dem Gesagten durfte sich die Verwaltung nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen, sondern hätte mit Blick auf die widersprüchliche und unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

7.1 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urteil des BVGer C-312/2023 vom 17. April 2026 E. 6.1). 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 137 V 210 E. 4.4.1.4).

7.2 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie und Neurologie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind – bspw. Neurochirurgie oder Psychiatrie im Hinblick auf die Schmerzleiden und/oder Urologie –, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

7.3 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

7.4 Abschliessend ist Pflicht der Beschwerdeführerin zur Selbsteingliederung und Schadenminderung in Erinnerung zu rufen; darunter fällt auch die zumutbare Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Massnahmen (Art. 7 ff. IVG; BGE 151 V 194 E. 5.1.2; Urteile des BGer 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 5.3.2; I 858/05 vom 6. April 2006 E. 3.2.2 [Karpaltunnelsyndrom]). Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht

sind dort strenger, wo – wie vorliegend – eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung infrage steht (Urteil des BGer 8C_560/2024 vom 27. August 2025 E. 3.2). In diesem Zusammenhang ist namentlich festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin hinsichtlich des Karpaltunnelsyndroms fachärztlich zu einem operativen Eingriff geraten wurde (vgl. E. 6.6.2 vorstehend); bezüglich der atraumatischen Verletzung der Rotatorenmanschette wurde ihr fachärztlich eine chirurgische Rekonstruktion empfohlen (vgl. E. 6.8.3 vorstehend). Allfälligen Spielräumen zur Selbsteingliederung und Schadenminderung wird daher im Rahmen der weiteren Abklärung besondere Beachtung zu schenken sein (vgl. E. 4.7 vorstehend).

8.

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

8.2 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).

8.3 Die obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die gewährte unentgeltliche Rechtsverteidigung kommt damit ebenfalls nicht zum Tragen. Mangels Kostennote ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des BVer C-216/2025 vom 26. Februar 2025 E. 2.1.1]) gerechtfertigt. Als (unterliegende) Bundesbehörde hat die Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2024 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Beschwerdeführerin wird eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- zu lasten der Vorinstanz zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Philipp Egli

Martina Filippo

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: