



Urteil vom 17. Oktober 2022

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Regina Derrer, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch MLaw Leo Sigg, Rechtsanwalt,
schadenanwaelte.ch AG,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 31. März 2021.

Sachverhalt:

A.

Die am (...) geborene, verheiratete A._____ (*im Folgenden: Versicherte oder Beschwerdeführerin*) verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland. Ab dem 1. Februar 2009 arbeitete sie in ihrer Eigenschaft als Grenzgängerin bei der Coop Genossenschaft, (...), als Fleischverkäuferin. Im Jahr 2015 war sie vom 16. Februar bis 1. März und vom 8. Juni bis 20. September arbeitsunfähig. Während einer weiteren Arbeitsunfähigkeit ab dem 27. September 2015 meldete sie sich am 7. Oktober 2015 bei der IV-Stelle des B._____ (*im Folgenden: IV-Stelle L._____*) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an; per 31. Januar 2017 wurde das Arbeitsverhältnis seitens der Arbeitgeberin aufgelöst (Akten [*im Folgenden: act.*] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*] 3, 4, 7.2, 12, 13 S. 5, 15 und 52).

B.

B.a Im Rahmen der Mitteilung vom 15. Dezember 2015 erhielt die Versicherte von der IV-Stelle L._____ Beratung und Unterstützung bei der beruflichen Integration (IVSTA-act. 16 und 17); der diesbezügliche Erstbericht datiert vom 4. Februar 2016 (IVSTA-act. 21). In Kenntnis der Berichte der Dres. med. C._____, Fachärztin für Rechtsmedizin, und D._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 14. Januar und 28. April 2016 (IVSTA-act. 22 und 26) und nachdem die Versicherte vom 4. bis 23. April 2016 in der Klinik für Schmerztherapie in (...) hospitalisiert gewesen war (IVSTA-act. 29), sprach ihr die IV-Stelle L._____ am 5. Mai 2016 Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings zu (IVSTA-act. 27). Nachdem diese Massnahmen am 7. Juni 2016 bis Ende Juni 2016 verlängert worden waren (IVSTA-act. 33), gab Dr. med. E._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*im Folgenden: RAD*) am 18. Juni 2016 eine Stellungnahme ab (IVSTA-act. 36). Am 11. Juli 2016 ging der von der Durchführungsstelle des IV-Aufbautrainings erstellte, undatierte Bericht bei der IV-Stelle L._____ ein (IVSTA-act. 38).

B.b In der Folge wurde die Versicherte auftrags des zuständigen Krankenversicherers medizinisch begutachtet. In Kenntnis des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. September 2016 (IVSTA-act. 43) und der rheumatologischen Expertise von Dr. med. G._____, Facharzt

für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 11. August 2016 (IVSTA-act. 44) sowie des Abschlussberichts Integration vom 21. Oktober 2016 (IVSTA-act. 46) stellte die IV-Stelle L._____ der Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2016 den Abschluss der beruflichen Massnahmen in Aussicht (IVSTA-act. 47); die entsprechende, von der IV-Stelle L._____ vorbereitete und unangefochten in Rechtskraft erwachsene Verfügung der IVSTA datiert vom 20. Dezember 2016 (IVSTA-act. 59 bis 61).

B.c Nach Vorliegen weiterer Akten des Krankenversicherers (IVSTA-act. 56 und 57) und medizinischer Dokumente – unter anderem dem am 6. Dezember 2016 bei der IV-Stelle L._____ eingegangenen Verlaufsbericht der Dres. med. C._____ und C._____ (IVSTA-act. 58), dem Austrittsbericht des Kantonsspitals H._____, Klinik für Schmerztherapie, vom 1. Dezember 2016 betreffend die vom 3. bis 8. Oktober 2016 stattgefundenene Hospitalisation (IVSTA-act. 63) sowie dem Bericht von med. pract. I._____ vom 20. Februar 2017 samt Beilagen (IVSTA-act. 64) – nahm Dr. med. E._____ vom RAD am 10. März 2017 erneut Stellung (IVSTA-act. 66). Daraufhin erliess die IV-Stelle L._____ am 7. April 2017 einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte (IVSTA-act. 67). Nachdem die Versicherte hiergegen am 14. April 2017 ihre Einwendungen vorgebracht hatte (IVSTA-act. 68), gab Dr. med. E._____ vom RAD am 24. April 2017 eine weitere Beurteilung ab (IVSTA-act. 71). Nachdem er am 15. Mai 2017 auch zu der substituitionsbedürftigen, postmenopausalen Osteoporose (IVSTA-act. 72 bis 75) und am 13. Juni 2017 zum Bericht von Dr. J._____ vom 2. Juni 2017 Stellung genommen hatte (IVSTA-act. 78 bis 80), erliess die IVSTA am 20. Juni 2017 eine dem Vorbescheid vom 7. April 2017 im Ergebnis entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 81 und 82).

C.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin K._____, beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 21. August 2017 Beschwerde erheben und beantragen, 1) es sei die Verfügung vom 20. Juni 2017 aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen, namentlich eine IV-Rente von mindestens 40 %, zu erbringen; 2) eventualiter sei ein medizinisches Gutachten durch das Gericht in Auftrag zu geben; 3) subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine unabhängige verwaltungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen (IVSTA-act. 88). Mit Urteil C-4690/2017 vom 4. April 2019 hiess das

Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde in dem Sinn gut, als die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit diese nach erfolgten ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge; soweit weitergehend wurde die Beschwerde abgewiesen (IVSTA-act. 94). Dieses Urteil erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

D.

D.a Nachdem die IV-Stelle L. _____ Kenntnis der Berichte der behandelnden Ärzte Dres. med. M. _____ und N. _____ vom 31. Mai und 27. Juni 2019 (IVSTA-act. 95 bis 100) und der Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. E. _____ vom 22. Juli 2019 (IVSTA-act. 103) sowie der Akten der deutschen Rentenversicherung (IVSTA-act. 107) hatte, teilte sie dem aktuellen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin unter Beilage des Standardfragenkatalogs mit, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung angezeigt sei (IVSTA-act. 108); der entsprechende Begutachtungsauftrag sowie das Schreiben der IV-Stelle L. _____ hinsichtlich der Gutachtenstelle bzw. der Gutachter und der Gutachterin datieren vom 25. Oktober und 8. November 2019 (IVSTA-act. 111 bis 115).

D.b Nach Vorliegen des interdisziplinären Gutachtens der O. _____ GmbH, Gutachtenstelle (...) (*im Folgenden auch*: Medas), vom 3. Februar 2020 (IVSTA-act. 116.1) resp. des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. P. _____ (IVSTA-act. 116.6), des rheumatologischen von Dr. med. Q. _____ (IVSTA-act. 116.5), des psychiatrischen von Dr. med. R. _____ (IVSTA-act. 116.4 S. 8 bis 16) und des internistischen von Dr. med. S. _____ (IVSTA-act. 116.4 S. 2 bis 7) sowie der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (IVSTA-act. 116.2) gab Dr. med. E. _____ vom RAD diesbezüglich am 21. Februar 2020 eine Stellungnahme ab (IVSTA-act. 119). Daraufhin erliess die IV-Stelle L. _____ am 27. März 2020 einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch*: IV-Grad) von 8 % erneut die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte (IVSTA-act. 122).

D.c Hiergegen liess die Versicherte mit Datum vom 14. Mai 2020 (IVSTA-act. 128) bzw. 31. August 2020 (IVSTA-act. 134) ihre Einwendungen vorbringen. Nachdem sich Dr. med. E. _____ vom RAD am 17. September 2020 erneut hatte vernehmen lassen (IVSTA-act. 136), bat die IV-Stelle L. _____ gleichentags die Medas um eine Stellungnahme zu den Ein-

wendungen des Rechtsvertreters, insbesondere zu den behaupteten Mängeln der Begutachtung (IVSTA-act. 137). Nach Vorliegen des Antwortschreibens der Medas vom 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 140) und weiterer Eingaben des Rechtsvertreters vom 20. November 2020 und 5. sowie 27. Januar 2021 samt Beilagen (IVSTA-act. 144 bis 146) erliess die IVSTA am 31. März 2021 eine dem Vorbescheid vom 27. März 2020 im Ergebnis entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 147 bis 149 und 152).

E.

E.a Hiergegen liess die Versicherte beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 11. Mai 2021 Beschwerde erheben und beantragen, es sei die Verfügung vom 31. März 2021 aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20), namentlich eine Invalidenrente von mindestens 40 %, zu erbringen. Eventualiter sei ein medizinisches Gutachten durch das Gericht in Auftrag zu geben; subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine unabhängige verwaltungs-externe medizinische Begutachtung durchzuführen. Weiter liess die Versicherte in prozessualer Hinsicht beantragen, es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen und es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der unterzeichnende Rechtsanwalt als unentgeltlicher Vertreter einzusetzen (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: BVGer-act.*] 1).

Zur Begründung wurde in materieller Hinsicht zusammengefasst ausgeführt, in casu sei die gescheiterte berufliche Massnahme trotz guter Motivation bekannt. Die Gutachterstelle hätte diese Frage der gescheiterten beruflichen Eingliederung zu klären gehabt. Dem Gutachten fehle es an einer relevanten Auseinandersetzung mit der gescheiterten Eingliederung und den Beobachtungen der Spezialisten der beruflichen Eingliederung. Die fehlende Auseinandersetzung mit der erheblichen Diskrepanz zwischen der Leistung anlässlich der Eingliederungsmassnahme und der medizinischen Einschätzung vermöge ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen, und das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme sei grundsätzlich unabdingbar.

Nicht vereinbaren lasse sich zudem die gutachterlich für die Zeit ab Juni 2015 attestierte Arbeitsfähigkeit von (durchgehend) 50 % in der angestammten bzw. 100 % in einer angepassten Tätigkeit insbesondere auch

mit den mehrwöchigen stationären Behandlungen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Gutachter abweichend vom Klinikbericht selbst während der Zeit intensiver Behandlung von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen seien. Im Urteil 9C_603/2020 vom 3. Februar 2021 habe das Bundesgericht eine diesbezüglich identische Situation zu beurteilen gehabt und diesen Mangel als erheblich qualifiziert.

Auch eine fundierte Auseinandersetzung mit der Diagnose Fibromyalgie finde sich nicht. Der psychiatrische Gutachter argumentiere, eine Fibromyalgie entspreche rein deskriptiv der psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Diese werde von ihm anerkannt. Irritierend sei dann aber, dass er mit einem einzigen Satz behaupte, die Schmerzstörung könne aufgrund der Untersuchung nicht als einschränkend für die Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Mit dieser Begründung verzichte er dann auf die Indikatorenprüfung, was klar ungenügend sei. Die Abklärung durch den psychiatrischen Gutachter sei derart minimal gewesen, dass kein aussagekräftiges Gutachten zustande kommen könne. Dieser setze sich nicht mit den gescheiterten beruflichen Massnahmen auseinander, fremdanamnistische Angaben fehlten und die Verhaltensbeobachtung basiere auf unwahren Gegebenheiten, zu welchen sich der Gutachter nicht habe äussern wollen. Die Schwere der Störungen sei nicht begründet und nachvollziehbar hergeleitet worden. Es fehle an einer umfassenden Analyse des bisherigen Verlaufs, was eine unabdingbare Voraussetzung für ein lege artis erstelltes Gutachten sei. Dem psychiatrischen Gutachten könne somit kein Beweiswert zukommen.

Im rheumatologischen Gutachten werde zwar festgehalten, dass im Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 11. August 2016 die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt worden sei. Hinweise für eine Fibromyalgie fänden sich derzeit nicht. Diese Aussage werde in Bezug auf die von Dr. med. M. _____ am 31. Mai 2019 gestellte Diagnose einer Fibromyalgie wiederholt. Mit der Tatsache, dass die Ärzte früher wie auch heute noch eine Fibromyalgie diagnostizierten, setze sich die Ärztin nicht auseinander. Sie zeige auch nicht auf, weshalb eine Fibromyalgie in ihrer Untersuchung nicht vorliegen soll. Eine schlüssige und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den bisherigen Akten fehle komplett. Es sei völlig unklar, weshalb diese Diagnose verneint werde. Dieser Umstand sei umso fraglicher, als zum heutigen Zeitpunkt drei Ärzte diese Diagnose stützten. Kein Arzt erfinde Kriterien zugunsten seines Patienten. Daher könne vorliegend die Di-

agnose der Fibromyalgie ohne eine einlässliche Auseinandersetzung, welche Kriterien denn nicht erfüllt sein sollten, als gesichert betrachtet werden. Es könne angemerkt werden, dass der psychiatrische Gutachter die Fibromyalgie nicht verneint, sondern dargelegt habe, inwiefern sich diese als psychiatrische Diagnose darstelle. Es sei damit nur die rheumatologische Gutachterin, welche die Fibromyalgie verneine. Dies genüge nicht, seien an ein externes Gutachten doch hohe qualitative Anforderungen zu stellen. Wenn aber eine Fibromyalgie vorliege, müsse nach der bisherigen Rechtsprechung auch eine Indikatorenprüfung erfolgen. Wie sich aufgrund der Ausführungen zeige, könne eine vollständige Indikatorenprüfung aufgrund der rudimentären und spärlichen Ausführungen im Gutachten nicht vorgenommen werden. Auch die Gutachter hätten keine Indikatorenprüfung vorgenommen, wobei das Gutachten – wie aufgezeigt – auch in anderen Bereichen nicht genüge. Aufgrund der Berichte aus der Eingliederung könne hingegen eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden.

Im Eventualfall müssten aufgrund der eventuell bestehenden Unklarheit zur funktionellen Beeinträchtigung weitere Abklärungen getätigt werden. Soweit die Einschätzung des Gutachters mangels genügend nachvollziehbarer Ausführungen nicht überzeugen könne, dürfe sich das Gericht nicht auf diese Feststellung beschränken. Diesfalls wäre primär eine Rückfrage an den Gutachter zu tätigen, damit dieser in Würdigung der Vorbringen der Beschwerdeführerin eine Aussage dazu mache, wie er zu seiner Beurteilung gekommen sei und wie er die gemäss der Vorinstanz auf eine fehlende Invalidität hinweisenden Gesichtspunkte dabei gewürdigt habe (vgl. Urteil des BVGer 8C_423/2019 vom 7. Februar 2020 E. 3.2.4 und E. 6.4).

Im Eventualstandpunkt wäre sodann vom Gericht ein Gerichtsobergutachten einzuholen, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss käme, der bereits erhobene medizinische Sachverhalt müsse noch obergutachterlich geklärt werden (BGE 139 V 99 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BGer 8C_580/2017 vom 9. Februar 2018 E. 3.1). Entsprechend wäre ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten zur Frage der funktionellen Beeinträchtigung und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuholen.

E.b Mit prozessleitender Verfügung vom 27. Mai 2021 wurde die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Aktenentscheid)

aufgefordert, innert Frist das dieser Verfügung beigelegte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer-act. 2); dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin nach (BVGer-act. 3).

E.c Nach Vorliegen der Akten (BVGer-act. 4 bis 6) wurde mit Zwischenverfügung vom 20. Januar 2022 – vorbehältlich eines Widerrufs der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung bei einem Wegfall der prozessualen Bedürftigkeit – das Gesuch um Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen, die Beschwerdeführerin von der Bezahlung des Kostenvorschusses befreit und ihr Rechtsanwalt MLaw Leo Sigg als unentgeltlicher amtlicher Rechtsbeistand beigeordnet (BVGer-act. 7 und 8).

E.d In ihrer Vernehmlassung vom 16. Februar 2022 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 9). Zur Begründung verwies sie auf die beiliegende Stellungnahme der IV-Stelle L. _____ vom 4. Februar 2022, worin ebenfalls der Antrag auf Abweisung der Beschwerde gestellt worden war. Zur Begründung wurde ausgeführt, mit den Eingaben in der Beschwerde habe man sich bereits im Vorbescheidverfahren befasst und dazu in der Verfügung Stellung genommen. Man verweise deshalb auf die IV-Akten sowie die Aussagen in der Verfügung vom 31. März 2021 und verzichte auf weitere Ausführungen.

E.e Mit prozessleitender Verfügung vom 23. Februar 2022 schloss die Instruktionsrichterin unter dem Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen den Schriftenwechsel (BVGer-act. 10).

E.f Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen weiter einzugehen.

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 Be-

schwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, 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 es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26^{bis} und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 VwVG sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der Verfügung vom 31. März 2021 (IVSTA-act. 152) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 31. März 2021 (IVSTA-act. 152), mit welcher die Vorinstanz bei einem Invaliditätsgrad von 8 % den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgewiesen hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieses Verwaltungsaktes und in diesem Zusammenhang

insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

1.5 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).

1.6 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweisendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b und 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen in den jeweiligen Fassungen und die massgeblichen Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Mit der Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht an den Entscheid C-4690/2017 vom 4. April 2019 (IVSTA-act. 94) gebunden (BGE 135 III 334 E. 2; Urteile des BGer 8C_680/2015 vom 14. Dezember 2015 E. 4.1 und 4.3.3 und 8C_720/2015 vom 12. April 2016 E. 3), weshalb vorab – anstelle einer Wiederholung der entsprechenden Erwägungen im vorliegenden Entscheid – insbesondere betreffend die Anwendbarkeit des Freizügigkeitsabkommens und der revidierten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 sowie (EG) Nr. 987/2009 auf die entsprechenden Erwägungen 2.1 und 2.2 verwiesen werden kann. Dieser Verweis gilt ebenfalls für die rentenspezifische Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer (E. 2.4), die Invalidität resp. den Invaliditätsbegriff und die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (E. 2.5 und E. 2.6), den Ren-

tenanspruch (E. 2.7), die Notwendigkeit von ärztlichen Unterlagen zur Bemessung des Invaliditätsgrades resp. die damit verbundenen bundesgerichtlichen Anforderungen an diese (E. 2.8) sowie die fehlende Bindungswirkung an Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (E. 3); mit Blick auf diese Erwägung 3 erübrigen sich Weiterungen zu den diesbezüglichen Ausführungen des Rechtsvertreters (IVSTA-act. 134 S. 10) sowie der Dres. med. E. _____, Q. _____ und S. _____ vom 17. September bzw. 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 136 S. 3 und IVSTA-act. 140). Zu ergänzen bleibt jedoch Folgendes:

2.2 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 ff.) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 und BGE 144 V 210 E. 4.3.1), und die angefochtene Verfügung vom 31. März 2021 (IVSTA-act. 152) vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen.

2.3 Ärztliche Auskünfte sind eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische

Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

2.4 Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3b cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 135 V 465 E. 4.4 bis E. 4.6).

2.5 Sofern RAD-Untersuchungsberichte oder solche des IV-internen medizinischen Dienstes den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

2.6 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_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). 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 mit Hinweis; 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).

2.7 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheits-

schädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

2.8 Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestische Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2).

3.

Der Vorinstanz dienen in medizinischer Hinsicht als Entscheidungsgrundlage in erster Linie das interdisziplinäre Medas-Gutachten vom 3. Februar 2020 (IVSTA-act. 116.1) resp. das neurologische Teilgutachten von Dr. med. P. _____ (IVSTA-act. 116.6), das rheumatologische von Dr. med. Q. _____ (IVSTA-act. 116.5), das psychiatrische von Dr. med. R. _____ (IVSTA-act. 116.4 S. 8 bis 16), das internistische von Dr. med. S. _____

(IVSTA-act. 116.4 S. 2 bis 7) sowie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (IVSTA-act. 116.2) und die Ergänzung vom 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 140). Darüber hinaus stützte sie sich insbesondere auch auf die Stellungnahmen von Dr. med. E. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom RAD vom 21. Februar und 17. September 2020 (IVSTA-act. 119 und 136). Diese Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen bzw. zu prüfen, ob im Anschluss an das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4690/2017 vom 4. April 2019 (IVSTA-act. 94) nun eine rechtsgenügende und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegt resp. ob sich der rechtserhebliche Sachverhalt als vollständig abgeklärt und gewürdigt erweist. Falls dies bejaht werden kann, ist weiter insbesondere zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden sind (BGE 109 V 125 E. 4a; AHI 1998 S. 121 E. 1b; zur Revision von Invalidenrenten vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 88a Abs. 1 IVV in Verbindung mit Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4; BGE 141 V 9 E. 2.3 und 5.2; BGE 133 V 108 E. 5.4; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.1

3.1.1 Im neurologischen Teilgutachten stellte Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurologie, keine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: R52.2; im Vordergrund stehendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom) und eine Migräne ohne Aura (ICD-10: G43.0). Weiter wurde berichtet, es fänden sich stark drucküberempfindliche Muskelansätze, sodass wahrscheinlich ein tendomyopathischer Schmerz im Vordergrund stehe. Die eingeschränkte Belastbarkeit insbesondere auch beim Gehen sei aus neurologischer Sicht schwierig nachvollziehbar. Im neurologischen Bereich würden keine Symptome beklagt, welche bei der klinischen Untersuchung erfassbar seien. Bemerkenswert sei jedoch, dass im zervikalen Bereich lediglich leichtgradige Ver-

änderungen bestünden und insbesondere die kranialen Ansätze der Muskulatur nicht drucküberempfindlich seien. Somit könne davon ausgegangen werden, dass eine relevante zervikale Kopfschmerzkomponente nicht vorliege. In den Akten fände sich ein Bericht über eine neurologische Untersuchung in der Sprechstunde von Dr. T. _____; es werde die Diagnose einer Migräne ohne Aura gestellt und eine Behandlung mit Triptanen empfohlen. Die ergänzend durchgeführte EEG-Ableitung habe einen normalen Befund gezeigt. Bei der Versicherten würden Funktionsstörungen aufgrund der chronischen Rückenschmerzen in den Vordergrund gestellt. Aus neurologischer Sicht könnten keine relevanten Einschränkungen festgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage aus neurologischer Sicht 100 % ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

3.1.2 In ihrem rheumatologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Rheumatologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hypermobilität (ICD-10: M35.7), ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5), ein Impingement-Syndrom rechte Schulter (ICD-10: M75.4), ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1), eine Osteoporose (ICD-10: M81.99) sowie eine belastungsabhängige Coxalgie beidseits (ICD-10: M25.55). Weiter führte Dr. med. Q. _____ zusammengefasst aus, bei der aktuellen klinischen Untersuchung seien sämtliche Gelenke bis auf die rechte Schulter reizlos und frei beweglich. Synovitiden oder Tenosynovitiden fänden sich nicht. Insgesamt ergäben sich weder klinisch, labortechnisch noch radiologisch Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen. Auch degenerative Veränderungen als Ursache für Polyarthralgien hätten bei den ambulant durchgeführten Röntgenuntersuchungen ausgeschlossen werden können. Für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Die im Rahmen der klinischen Untersuchung demonstrierten massiven Einschränkungen liessen sich nicht durch die objektivierbaren Befunde erklären. Die von der Versicherten angegebenen massiven Einschränkungen im Alltag liessen sich durch die nur gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich und im Bereich beider Hüftgelenke nicht erklären. So sei der Gebrauch eines Rollators nicht erforderlich und verstärke lediglich das subjektive Krankheitsempfinden. Die im Gutachten von Dr. U. _____, Facharzt für Orthopädie, am 3. Mai 2017 gestellten Diagnosen seien zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen und würden sich mit denjenigen der Medas decken; ebenso wie die durch diesen attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie die 100%ige Arbeitsfähigkeit

für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten. Die im Gutachten von Dr. G._____, Facharzt für Rheumatologie, am 11. August 2016 gestellten Diagnosen deckten sich nur zum Teil mit denjenigen der Medas. Damals wie auch aktuell habe sich eine gewisse Überzeichnung der Beschwerden gefunden. Hinweise für eine Fibromyalgie fänden sich derzeit nicht. Die durch ihn attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Fleischerei-Fachverkäuferin mit einer 20%igen Leistungsminderung sei als etwas zu E._____, anzusehen; diese Tätigkeit sei lediglich in einem 50%igen Pensum zumutbar. Die in den Berichten von Dr. med. C._____, Chefarzt der Rehaklinik V._____, am 5. Februar, 10. Juni und 12. November 2015 gestellten Diagnosen seien zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen und deckten sich mit denjenigen der Medas. Im Bericht vom 18. November 2015 habe er der Versicherten ab Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit attestiert, was anhand der objektivierbaren Befunde mit nur gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich als eindeutig zu niedrig anzusehen sei. In seinem Verlaufsbericht vom 14. Januar 2016, bestätigt im Bericht vom 2. Dezember 2016, habe er der Versicherten bei unveränderten Diagnosen weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert; eine leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung sei in einem 50%igen Pensum zumutbar. Auch dies sei anhand der durch ihn erhobenen objektivierbaren Befunde als deutlich zu niedrig anzusehen und gebe nahezu ausschliesslich die subjektive Einschätzung der Versicherten wieder. Ursache für die Diskrepanz zwischen der Medas-Beurteilung und derjenigen von Dr. med. C._____ sei vermutlich in erster Linie die schwierige Situation des behandelnden Arztes, der naturgemäss bemüht sei, seinen Patienten zu helfen und sie zu beschützen. Die im Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. med. M._____ am 31. Mai 2019 gestellten Diagnosen unter anderem des Verdachts auf eine Fibromyalgie deckten sich nur zum Teil mit denjenigen der Medas. Eine Fibromyalgie liege derzeit nicht vor. Die angestammte Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht seit Dezember 2013 zu 50 % zumutbar, und eine angepasste Tätigkeit sei in einem Pensum von 100 % zumutbar. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung nicht empfohlen werden.

3.1.3 Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seiner psychiatrischen Teilexpertise mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnose. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.00) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fakto-

ren (ICD-10: F45.41). Weiter führte er zusammengefasst aus, bei der Versicherten bestehe eine ausgeweitete Schmerzproblematik im Bewegungsapparat. Das Ausmass der Schmerzen und die anhaltende Arbeitsunfähigkeit liessen sich mit somatischen Befunden nicht hinreichend begründen, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Prognose für die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der doch deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig. Die somatische Diagnose Fibromyalgie entspreche rein deskriptiv der psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es sei nun aber nicht so, dass der Versicherten aus somatischer Sicht nichts mehr zugemutet werden könne. Die Schmerzstörung könne auch aufgrund der heutigen Untersuchung nicht als einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Auch die leichte depressive Episode müsse nicht zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit führen. Es bestünden Ressourcen mit mehrjähriger ausserhäuslicher Berufserfahrung. Eine Verdeutlichungstendenz sei nicht ausgeschlossen, auch wenn kein eigentliches aggravatorisches Verhalten bestehe. Es liege nun aber auch eine angespannte finanzielle Situation vor, indem die Versicherte vom Einkommen des berufstätigen Ehemannes abhängig sei, da sie krankheitsbedingt nicht mehr ausserhäuslich arbeite. Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit liege aus psychiatrischer Sicht bei 100 %. Berufliche Massnahmen könnten nicht empfohlen werden, da sich die Versicherte zu sehr krank und arbeitsunfähig fühle.

3.1.4 Der mit der Fallführung beauftragte Dr. med. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem internistischen Teilgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnose; ohne Auswirkung erwähnte er einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-1: F17.1). Weiter berichtete er zusammengefasst, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus allgemeininternistischer Sicht nicht. Bei der Untersuchung sei der Eindruck eines nicht ganz adäquaten Schmerzverhaltens entstanden. Die Versicherte habe auch bei leichten Bewegungen gestöhnt. Bei gewissen Untersuchungsschritten und dem spontanen Verhalten seien auch die von ihr angegebenen Einschränkungen nicht vollständig plausibel gewesen. Sowohl die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit seien aus allgemeininternistischer Sicht zu 100 % zumutbar. Berufliche Massnahmen seien angesichts der eingeschränkten subjektiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Situation als Grenzgängerin kaum erfolgreich durchführbar.

3.1.5 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden die in den Teilleistungen gestellten Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wiedergegeben und zusammengefasst ausgeführt, insgesamt sei aus rheumatologischer Sicht durch die objektiven Befunde am Bewegungsapparat die gesamte Belastbarkeit vermindert. Körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten sowie solche mit Zwangshaltungen und ausschliesslich im Stehen und Gehen auszuübend seien nicht mehr möglich. Bei der neurologischen Untersuchung sei keine periphere Nervenläsion festgestellt worden, welche die Schmerzen erklären würde. Eine Migräne ohne Aura habe keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung seien unauffällige Befunde erhoben worden. Eine Diagnose, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke, habe nicht festgestellt werden können. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden. Zudem bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Diese erkläre diejenigen Beschwerden, welche bei den somatischen Untersuchungen nicht vollständig hätten objektiviert werden können. Die leichte depressive Symptomatik schränke die Versicherte nicht ein. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht nicht. Sie habe Ressourcen für eine berufliche Tätigkeit. Bei den somatischen Untersuchungen seien diverse Inkonsistenzen festgestellt worden. Die von der Versicherten angegebenen Einschränkungen bei Bewegungen und im Alltag, wie zum Beispiel die Notwendigkeit eines Rollators, könnten mit den objektiven Befunden am Bewegungsapparat nicht erklärt werden. Bei den Untersuchungen hätten sich auch gewisse Diskrepanzen zwischen spontanen Bewegungsmöglichkeiten und den demonstrierten Einschränkungen bei der Untersuchung ergeben. Seit Juni 2015 bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte bis gelegentliche mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung und ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule seien optimal angepasste Tätigkeiten; in solchen bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der Anamnese und der Untersuchungsbefunde ergäben sich keine Hinweise für eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten in der Vergangenheit. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit bzw. die noch mögliche Belastbarkeit sei durch die rheumatologischen Befunde am Bewegungsapparat verursacht. In den anderen Fachgebieten seien keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Befunde festgestellt worden. Auch ergebe sich keine Kumulation in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit durch die Befunde in den einzelnen Fachgebieten. Berufliche

Massnahmen seien angesichts der subjektiven Leistungseinschränkung der Versicherten kaum sinnvoll umsetzbar.

3.1.6 In seiner Stellungnahme vom 21. Februar 2020 (IVSTA-act. 119) berichtete Dr. med. E. _____ vom RAD zusammengefasst, das Medas-Gutachten sei qualitativ einwandfrei und es könne darauf vollumfänglich abgestellt werden. Dr. med. Q. _____ sehe in der angestammten Tätigkeit (Fleischerei-Fachverkäuferin) die Arbeitsfähigkeit retrospektiv seit Juni 2015 bis "heute" zu 50 % eingeschränkt. Nachvollziehbar begründet sei dies mit den rheumatologischen Diagnosen. Aus psychiatrischer Sicht hätten in der angestammten und in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt arbeitsrelevante Gesundheitsschäden bestanden. Für die gutachterlich festgestellten psychiatrischen Diagnosen seien die Kriterien gemäss ICD-10 erfüllt. Die Befunde seien ebenso ausführlich und fallbezogen beschrieben wie die Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. In einer angepassten wechselbelastenden, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

3.1.7 In einer weiteren Stellungnahme vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 136) führte Dr. med. E. _____ vom RAD zusammengefasst aus, den Dres. med. N. _____ und X. _____ fehle als hausärztlich tätige Allgemeinmediziner das nötige diagnostische Rüstzeug, um psychiatrische Diagnosen zu stellen. Dr. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie, habe am 11. August 2016 die Diagnose "Weichteilrheumatismus im Sinne von generalisierter Fibromyalgie" gestellt. Vorliegend sei von Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädie, am 20. November 2019 nun keine Fibromyalgie (mehr) diagnostiziert, sondern lediglich der Verdacht auf eine solche geäussert worden, ohne diesen mit Substanz zu bereichern. Nach vollständiger Kenntnisnahme des psychiatrischen Gutachtens (S. 32/58) werde anschaulich dargelegt, dass "der Gutachter nachgefragt hat, ob die Explorandin vor der Begutachtung ein Medikament eingenommen hat". Der Gutachter habe schlussendlich über die absolut notwendigen Angaben verfügt, um nachvollziehbar zur sauberen Herleitung der Diagnose gelangen zu können, weshalb folglich über den Schweregrad einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren transparent und eindeutig beurteilt werden können. Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. September 2016 habe keine versicherungspsychiatrische eigenständige Diagnose mit Krankheitswert mit negativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gemäss ICD-10 festgestellt werden können. Gemäss dem

Austrittsbericht von Prof. Dr. med. Z. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 17. November 2017 hätten im psychiatrischen Untersuchungsfenster keine Hinweise auf eine depressive oder somatoforme Störung festgestellt werden können. In den Akten liessen sich keine gegenteiligen Einschätzungen von Fachärzten erkennen. Die Medas-Expertise sei nach wie vor qualitativ einwandfrei. Sollte aus rechtlicher Sicht ein strukturiertes Beweisverfahren verzichtbar sein, wenn eine lege artis erstellte medizinische Expertise eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in begründeter nachvollziehbarer Weise verneine und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden könne, sei nach wie vor auf das Medas-Gutachten abzustellen. Ohne Vorliegen einer Fibromyalgie sei der Bezug des Indikatorenkatalogs nicht erforderlich. Schliesslich werde um Übersendung des Schriftverkehrs mit dem Rechtsvertreter an Dr. med. R. _____ und um dessen Stellungnahme, insbesondere zu den behaupteten Mängeln der leitliniengerechten Begutachtung, gebeten.

3.1.8 In ihrer Stellungnahme vom 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 140) führten die Dres. med. Q. _____ und S. _____ von der Medas zusammengefasst aus, eine erhebliche Verschlechterung der seit Jahren bekannten Osteoporose könne anhand der vorliegenden Knochendichtemessung vom 14. Mai 2020 ausgeschlossen werden. Gemäss den vorliegenden Unterlagen liege bei der Versicherten weiterhin eine Osteoporose Grad I vor, welche die Arbeitsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten nicht einschränke. Worauf sich der in Deutschland festgestellte "Schwerbehindertengrad II" stütze und was dieser genau bedeute, lasse sich aus Schweizer Sicht nicht nachvollziehen. Die im Gutachten von Dr. med. U. _____ am 3. Mai 2017 gestellten Diagnosen deckten sich mit denjenigen der Medas ebenso wie die durch ihn attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie die 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten. Zwischenzeitlich sei es zu keiner relevanten Verschlechterung der objektivierbaren Befunde gekommen.

4.

Das Medas-Gutachten resp. dessen interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ist zwar durchaus umfassend, beruht auf Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und steht mit den Teilexpertisen im Einklang. Dennoch bildet es für den vorliegenden Fall keine vollständige, rechtsgenügende Ent-

scheidgrundlage, da die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien gemäss den nachfolgenden Erwägungen aus mehreren Gründen nicht in jeder medizinischen Fachdisziplin erfüllt sind.

4.1 Gestützt auf das schlüssige und überzeugende Teilgutachten von Dr. med. P._____ erweist sich der medizinische Sachverhalt alleine in neurologischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt und somit liquide. Dr. med. P._____ legte nachvollziehbar dar, dass bei der Beschwerdeführerin zufolge stark drucküberempfindlicher Muskelansätze ein tendomyopathischer Schmerz und die Funktionsstörungen aufgrund der chronischen Rückenschmerzen resp. des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms im Vordergrund stehen und keine relevante zervikale Kopfschmerzkomponente vorliegt. Es kann somit – entsprechend der Beurteilung von Dr. med. P._____ – als zweifelsfrei erstellt gelten, dass die Beschwerdeführerin aus rein neurologischer Sicht in der bisherigen angestammten Erwerbstätigkeit wie auch in einer anderen, leidensadaptierten Verweistätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig ist.

4.2 Weiter ergibt sich aufgrund des nicht in Zweifel zu ziehenden internistischen Teilgutachtens von Dr. med. S._____, dass die Beschwerdeführerin alleine aus internistischer Sicht in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist und ihr sowohl die bisherige als auch eine angepasste Erwerbstätigkeit zu 100 % zumutbar ist.

4.3 Betreffend die vom Rechtsvertreter im Rahmen der Eingabe vom 14. Mai 2020 unter Hinweis auf den Bericht des Orthopäden Dr. med. M._____ (IVSTA-act. 128) geltend gemachte ungenügende Berücksichtigung der erheblichen Verschlechterung der Osteoporose und der Sturzgefahr ergibt sich weiter, dass an den diesbezüglich übereinstimmenden, schlüssigen und überzeugenden Auffassungen des RAD-Arztes Dr. med. E._____ in dessen Stellungnahme vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 136) sowie der Dres. med. Q._____ und S._____ in deren Antwortschreiben vom 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 140) keine Zweifel angebracht sind. Es ist deshalb ohne weiteres davon auszugehen, dass die weiterhin bestehende Osteoporose Grad I die Arbeitsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten nicht einschränkt.

4.4 In Erwägung 4.2.3 des Urteils C-4690/2017 vom 4. April 2019, an welches das Bundesverwaltungsgericht im vorliegenden Beschwerdeverfahren gebunden ist (vgl. E. 2.1 hiervor), hielt das Bundesverwaltungsgericht

fest, dass hinsichtlich der ärztlicherseits gestellten Diagnosen in rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht mehrere Unklarheiten bestehen. Während die Psychiaterin und Psychotherapeutin Dr. med. F._____ in ihrem Gutachten vom 6. September 2016 die Auffassung vertreten habe, dass aktuell keine psychiatrische Diagnose mit eigenständigem Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne, sei in den Austrittsberichten des Kantonsspitals H._____ vom 24. April und 1. Dezember 2016 unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine Anpassungsstörung mit depressiv-vegetativen Anteilen (ICD-10: F43.2) diagnostiziert worden. Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob diese Unklarheiten betreffend die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin durch die Medas-Begutachtung beseitigt werden konnten.

4.5 Vorab ist im Rahmen der entsprechenden Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist (vgl. Urteile des BGer 8C_28/2021 vom 9. April 2021 E. 4.2; 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 4.2; 8C_107/2020 vom 17. April 2020 E. 4.1.3; je mit Hinweisen). Dem Bundesverwaltungsgericht steht analog den kantonalen Versicherungsgerichten zudem als Sachgericht im Bereich der Beweiswürdigung ein erheblicher Ermessensspielraum zu (vgl. BGE 120 Ia 31 E. 4b; Urteil des BGer 8C_28/2021 vom 9. April 2021 E. 4.2 mit Hinweis).

4.5.1 In Bezug auf ihre diesbezüglich beschwerdeweise gemachten Ausführungen ist die Beschwerdeführerin eingangs darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Leitlinien vorschreiben. Leitlinien, namentlich diejenigen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der Generalversammlung der Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP), stellen grundsätzlich eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Insofern verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die entsprechenden Leitlinien anlehnt (vgl. Urteile des BGer 8C_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.1.2, 8C_778/2018 vom 20. März 2019 E. 8.1.2, 9C_273/2018

vom 28. Juni 2018 E. 5.4 und 8C_734/2016 vom 12. Juli 2017 E. 3.9, je mit Hinweisen).

4.5.2 Weiter führt die Kritik der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme vor der Begutachtung (IVSTA-act. 134 S. 6) ins Leere. Der Grund dafür liegt im Umstand, dass Dr. med. R._____ aufgrund der von der Beschwerdeführerin mitgebrachten Medikamentenliste und ihrer diesbezüglichen detaillierten Angaben (IVSTA-act. 116.4 S. 11) sehr wohl im Bild war über die jeweiligen Medikamenteneinnahmen der Beschwerdeführerin.

4.5.3 Mit Blick auf die Ausführungen des Rechtsvertreters im Zusammenhang mit dem Aufstehen und Absitzen der Beschwerdeführerin während der psychiatrischen Begutachtung (IVSTA-act. 134 S. 5 ff.) bzw. die beschwerdeweise geäußerte Kritik, die Verhaltensbeobachtung basiere auf unwahren Gegebenheiten (BVGer-act. 1 S. 20), ist darauf hinzuweisen, dass sich diese Parteibehauptungen letztlich nicht beweisen lassen bzw. es sich für das Bundesverwaltungsgericht als unmöglich erweist, durch Beweismwürdigung den vorgetragenen Sachverhalt zu ermitteln. Unter diesen Umständen hat der Entscheid diesbezüglich zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auszufallen (vgl. hierzu BGE 144 V 427 E. 3.2 und BGE 138 V 218 E. 6; SVR 2021 UV Nr. 27 S. 129 E. 2.2.2). Zuzufolge dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung ändert daran nichts, dass sich die Dres. med. Q._____ und S._____ in ihrem ergänzenden Schreiben vom 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 140) nicht zu den entsprechenden Vorwürfen geäußert hatten.

4.5.4 Den beschwerdeweise gemachten Ausführungen des Rechtsvertreters, es ergebe sich aus dem psychiatrischen Gutachten nicht, dass ein Testverfahren durchgeführt worden sei, was wohl auch aufgrund der 55 Minuten dauernden Befragung nicht möglich gewesen sei, ist weiter in grundsätzlicher Hinsicht zu entgegnen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie E._____ dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85

S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3). Mit Blick auf die vom Rechtsvertreter beschwerdeweise monierten fehlenden Testergebnisse ist weiter festzuhalten, dass einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Entscheidend ist, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit Hinweisen), was nachfolgend weiter zu prüfen ist.

4.6 Gemäss dem Experten Dr. med. R. _____ leidet die Beschwerdeführerin in Übereinstimmung mit der damaligen Auffassung des Kantonsspitals H. _____ an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Weiter lag bei ihr im Untersuchungszeitpunkt eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.00) vor, und aufgrund dieser nicht in Zweifel zu ziehenden Diagnosestellung durch Dr. med. R. _____ kann das Vorliegen einer Anpassungsstörung mit depressiv-vegetativen Anteilen (ICD-10: F43.2) nunmehr ausgeschlossen werden. Indem Dr. med. R. _____ den von ihm gestellten Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass, ging er nicht von gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, die den funktionellen Schweregrad erfüllen, der eine Minderung der Arbeitsfähigkeit begründet. Mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. E. _____ in dessen Stellungnahme vom 17. September 2020, wonach auf das Medas-Gutachten abzustellen sei, sofern aus rechtlicher Sicht ein strukturiertes Beweisverfahren verzichtbar sein sollte, weil eine lege artis erstellte medizinische Expertise eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in begründeter nachvollziehbarer Weise verneine und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden könne, ist nachfolgend zu prüfen, ob von einer exakten Prüfung der Standardindikatoren im vorliegenden Fall tatsächlich hatte abgesehen werden können.

4.6.1 Rechtsprechungsgemäss wird mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4 mit Hinweis). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger

fachärztlicher Berichte (vgl. hierzu BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen wie dem vorliegenden, in welchem laut dem Experten Dr. med. R._____ bloss von einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.00) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens. Voraussetzung für einen solchen Verzicht ist allerdings, dass die leichte depressive Störung nicht schon als chronifiziert gelten kann und darüber hinaus nicht mit Komorbiditäten einhergeht (vgl. hierzu BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteil des BGer 8C_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.1).

4.6.2 Eine solche Komorbidität ist vorliegend jedoch in Form der von Dr. med. R._____ ebenfalls diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) klarerweise gegeben, weshalb es – entgegen der Auffassung von Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 136) selbst ohne Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms – rechtsprechungsgemäss eines detaillierten, strukturierten Beweisverfahrens bedurft hätte. Eine schlüssige Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit gemäss BGE 141 V 281 ist somit nicht möglich, weshalb das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. R._____ nicht als beweismässige Grundlage für die Beantwortung der Frage nach der invalidisierenden Wirkung der vorliegend diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren dienen kann. Mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. R._____, die somatische Diagnose Fibromyalgie entspreche rein deskriptiv der psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ist präzisierend festzuhalten, dass die Kriterien eines Fibromyalgiesyndroms (ICD-10: M79.70) und einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) zum Teil überlappende und zum Teil unterschiedliche klinische Charakteristika von Personen mit CWP ("chronic widespread pain") ohne spezifischen somatischen Krankheitsfaktor umfassen und dass das Fibromyalgiesyndrom nicht pauschal mit einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren gleichzusetzen ist (vgl. hierzu bspw. <https://www.uni-heidelberg.de> > Suche > Das Fibromyalgiesyndrom [Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose] > 2. Ergebnis; zuletzt besucht am 22. September 2022). Unter diesen Umständen ist entgegen der Auffassung von Dr. med. R._____ zu bezweifeln, dass die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms

(ICD-10: M79.70) rein deskriptiv der psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) entspricht. Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, wie es sich mit der (fehlenden) Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms verhält.

4.7 In Erwägung 4.1.1 des Entscheids des Bundesverwaltungsgerichts C-4690/2017 vom 4. April 2019 (vgl. E. 2.1 und E. 4.4 hiervor) wurde das Gutachten von Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 11. August 2016 (IVSTA-act. 44) zusammengefasst wiedergegeben. Im Rahmen der medizinischen Beweiswürdigung wurde sodann erwogen, dass die Auffassung von Dr. med. E._____, wonach bei der Beschwerdeführerin keine Fibromyalgie vorliege (IVSTA-act. 66 und 71), mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. G._____, wonach im Rahmen der Untersuchung an allen klassischen Stellen Tenderpoints gefunden worden seien und die Quantität und Qualität dieser eindeutig auf einen Weichteilrheumatismus im Sinne von generalisierter Fibromyalgie deuten würde, nicht rechtsgenügend nachvollzogen werden könne (E. 4.2.2). Nachfolgend ist somit vorab zu prüfen, ob vom Vorliegen einer Fibromyalgie ausgegangen werden muss oder nicht.

4.7.1 In ihrem rheumatologischen Teilgutachten fand Dr. med. Q._____, Fachärztin für Rheumatologie, insgesamt weder klinisch, labortechnisch noch radiologisch Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen. Dieser Umstand spricht für sich allein jedoch noch nicht gegen eine Fibromyalgie, bei welcher Betroffene an diffusen chronischen Weichteilbeschwerden (meist Muskelbeschwerden), welche nicht entzündlich bedingt sind, leiden (vgl. www.bag.admin.ch > Krankheiten > Krankheiten A-Z > Erkrankungen des Bewegungsapparats; zuletzt besucht am 22. September 2022).

4.7.2 Typisch für diese Erkrankung ist, dass sich bei der Untersuchung betroffener Körperteile (z.B. mittels MRT oder Ultraschall) keine organischen Ursachen für die Symptome feststellen lassen (vgl. www.netdokter.ch > Krankheiten > Krankheiten von A-Z > Häufig gesuchte Krankheiten > Fibromyalgie; zuletzt besucht am 22. September 2022). Deshalb sprechen die Umstände, dass sich für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat findet und sich die im Rahmen der klinischen Untersuchung demonstrierten und im Alltag angegebenen massiven Einschränkungen nicht durch die objektivierbaren Befunde resp. die nur gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich

und im Bereich beider Hüftgelenke erklären lassen, ebenfalls nicht gegen das Vorliegen einer Fibromyalgie.

4.7.3 Nebst Dr. med. G. _____, welcher einen Weichteilrheumatismus im Sinne einer generalisierten Fibromyalgie diagnostiziert hatte (IVSTA-act. 44), äusserte auch Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädie, in seinen Berichten vom 20. November 2019 und 24. November 2020 einen Verdacht auf eine Fibromyalgie (IVSTA-act. 123 S. 17 und IVSTA-act. 144 S. 4), wobei er später am 5. Januar 2021 berichtete, bei der Versicherten bestehe seit zirka fünf Jahren die Diagnose einer Fibromyalgie (IVSTA-act. 145 S. 2). Dies wirft mit Blick auf seine frühere Meinung des Bestehens eines blossen Verdachts Fragen auf, zumal er noch am 13. Juli 2018 keine Fibromyalgie diagnostiziert hatte (IVSTA-act. 123 S. 22). Dass Dr. med. M. _____ entsprechend den Ausführungen von Dr. med. E. _____ in dessen Stellungnahme vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 136 S. 4) keine Fibromyalgie (mehr) diagnostiziert hatte, trifft nur insofern zu, als er den blossen Verdacht geäussert hatte.

4.7.4 Mit Blick auf die Aktenlage bzw. die Berichte und Gutachten der Dres. med. G. _____, M. _____, E. _____ und Q. _____ haben sich diese medizinischen Fachpersonen zwar zum (möglichen) Vor- resp. Nichtvorliegen einer Fibromyalgie geäussert, jedoch lässt sich den Akten nichts betreffend die entsprechend herausgearbeiteten diagnostischen Kriterien entnehmen. Es findet sich auch keine fundierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnose. Dr. med. Q. _____ hält in ihrem rheumatologischen Teilgutachten denn auch lediglich fest, dass sich keine Hinweise auf eine Fibromyalgie fänden, obwohl sie unter anderem explizit darauf hingewiesen hatte, dass die im Rahmen der klinischen Untersuchung demonstrierten massiven Einschränkungen sich nicht durch die objektivierbaren Befunde erklären liessen. Eine vertiefte und rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den Diagnosestellungen der Dres. med. G. _____ und M. _____ fehlt ebenso wie die Begründung, weshalb anlässlich der von ihr durchgeführten Exploration eben gerade keine Fibromyalgie zu diagnostizieren war. Aus diesem Grund sind hinsichtlich der Fibromyalgie weitere Abklärungen unverzichtbar.

4.7.4.1 Dabei hat der Gutachter oder die Gutachterin zu beachten, dass im Zusammenhang mit den entsprechenden diagnostischen Kriterien die immer noch zur Diagnose der Fibromyalgie verwendeten Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR) 2010 durch die vorläufigen diagnostischen ACR Kriterien ersetzt wurden. Es müssen mindestens

7 von 19 Schmerzorte im Widespread Pain Index (WPI) vorliegen. Weiterhin wurde das Kriterium der mindestens 11 von 18 druckschmerzhaften Tenderpoints durch vom Arzt zu erhebende körperliche und psychische Symptome ersetzt. In der Folge wurden diese diagnostischen Kriterien von der Arbeitsgruppe zweimal revidiert. Da das ACR beschloss, keine diagnostischen Kriterien mehr zu unterstützen, haben die sogenannten 2011 und 2016 Kriterien nicht mehr den ACR-Zusatz. Die Kriterien aus dem Jahr 2011 ersetzen die (aufwendige) Erfassung weiterer Symptome durch die Selbstauskunft von Patienten in einem Fragebogen, der Polysymptomatic Distress Scale (PDS) (auch Fibromyalgiesymptomfragebogen genannt). Die Kriterien eines Fibromyalgiesyndroms sind erfüllt, wenn mindestens 5 Punkte in der Somatic Severity Scale und mindestens 7 Schmerzorte in der regionalen Schmerzsskala (RPS) bzw. mindestens 7 Punkte in der Somatic Severity Scale und mindestens 5 Schmerzorte in der RPS positiv sind (vgl. hierzu <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1182-5630>; zuletzt besucht am 22. September 2022).

4.7.4.2 Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Fibromyalgie bis vor kurzem noch als eine Sonderform von Weichteilrheuma galt. Unter dem Einfluss der Internationalen Vereinigung zum Studium des Schmerzes (IASP) hat die WHO aber eine neue Kategorie für chronische primäre Schmerzsyndrome geschaffen und das Fibromyalgie-Syndrom in diese Kategorie umgeteilt. Die Fibromyalgie zählt nicht mehr zu den rheumatischen Krankheiten (vgl. hierzu www.rheumaliga.ch > weitere rheumatische Erkrankungen > zu den einzelnen Krankheitsbildern > Fibromyalgie; zuletzt besucht am 22. September 2022). Chronische primäre Schmerzen sind sinngemäss definiert als "Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, welche über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten auftreten und mit signifikantem emotionalem Leiden und funktioneller -Beeinträchtigung verbunden sind (d.h. Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens oder der sozialen Rollen) und durch keine andere Diagnose besser erklärbar sind" (vgl. www.medicalforum.ch > Suche > Chronischer Schmerz – vom Symptom zur Krankheit; zuletzt besucht am 22. September 2022).

4.7.4.3 Sollte nach einer fundierten Prüfung der diagnostischen Kriterien zur Bestimmung eines Fibromyalgiesyndroms ein solches tatsächlich vorliegen, hat die Gutachterin oder der Gutachter weiter zu beachten, dass die gesundheitlichen Auswirkungen nach der sogenannten Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 durch einen Facharzt für Psychiatrie anhand der Standardindikatorenprüfung zu beurteilen sind.

4.8 In Erwägung 4.2.4 des Entscheids des Bundesverwaltungsgerichts C-4690/2017 vom 4. April 2019 wurde schliesslich das Einholen einer klärenden, den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Stellungnahme als unabdingbar qualifiziert, da die medizinische Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Dres. med. F._____, G._____, und E._____ in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu den Resultaten des zufolge der Schmerzsituation gescheiterten IV-Aufbautrainings stand und deshalb ernsthafte Zweifel an deren Korrektheit bestanden. Im entsprechenden Auftrag vom 25. Oktober 2019 wurde die Medas seitens der Vorinstanz darauf hingewiesen, dass das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 4. April 2019 zum Schluss gekommen war, der medizinische Sachverhalt liege nicht vollumfänglich und nachvollziehbar geklärt vor (IVSTA-act. 111 S. 2). Zwar wurde anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Medas berichtet, dass berufliche Massnahmen angesichts der subjektiven Leistungseinschränkung der Versicherten kaum sinnvoll umsetzbar seien. Jedoch haben die Expertinnen und Experten trotz der Hinweise der Vorinstanz und insbesondere des Bundesverwaltungsgerichts auf die enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung resp. der Unabdingbarkeit einer rechtsgenügenden ärztlichen Stellungnahme zur erheblichen Diskrepanz zwischen der medizinischen Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Dres. med. F._____, G._____, und E._____ und den Resultaten des IV-Aufbautrainings darauf verzichtet, die Frage nach der gescheiterten beruflichen Eingliederungsmassnahme konkret und klärend zu beantworten. Die Gutachterinnen und Gutachter haben sich weder explizit mit dieser gescheiterten Massnahme auseinandergesetzt noch im Rahmen ihrer Beurteilungen konkret darauf Bezug genommen. Unter diesen Umständen bleibt die oben erwähnte Diskrepanz weiterhin ungeklärt, und es sind auch diesbezüglich ergänzende Abklärungen notwendig.

5.

5.1 Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass in Bezug auf die Erwägungen 4.1.1, 4.2.3 und 4.2.4 des Entscheids des Bundesverwaltungsgerichts C-4690/2017 vom 4. April 2019 (erneut) weiterer Abklärungsbedarf besteht hinsichtlich eines möglichen Fibromyalgiesyndroms, des notwendigen strukturellen Beweisverfahrens im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und der gescheiterten beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Somit liegt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 31.

März 2021 in medizinischer Hinsicht noch immer ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG) und lässt sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.4 ff. hiervor).

5.2 Aus diesem Grund ist ein von der Vorinstanz anzuordnendes polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einzuholen. Der entsprechende Auftrag ist einer Gutachterstelle zu erteilen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat (Medizinische Abklärungsstellen [Medas] im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG), wobei die Vergabe des entsprechenden Auftrags nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“ zu erfolgen hat (vgl. Art. 72^{bis} Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2) und für eine einvernehmliche Benennung der Experten (BGE 140 V 507 E. 3.1 und E. 3.2.1) kein Raum bleibt (zu den nicht personenbezogenen materiellen Einwendungen in genereller Hinsicht und zum Anspruch auf Äusserung zu den Gutachterfragen vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; zu den materiellen oder formellen personenbezogenen Einwendungen vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1, BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2, BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Die bisherigen bzw. bisher involvierten Gutachter der O._____ GmbH, Gutachterstelle (...), kommen nicht mehr in Frage, da sie anlässlich der neuen Begutachtung ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Die neue Begutachtung in der Schweiz hat erneut die bisher massgeblichen medizinischen Disziplinen sowie allenfalls weitere, durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmende Disziplinen (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3) zu umfassen. Um letztlich die Frage nach einem möglichen Fibromyalgiesyndrom und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu beantworten, ist zusätzlich auch eine Ärztin oder ein Arzt mit einer Weiterbildung in der Schmerzmedizin (vgl. bspw. www.siwf.ch > Suche "Schmerzmedizin"; www.swisspainociety.ch; zuletzt besucht am 22. September 2022) beizuziehen. Bei der neuen Begutachtung ist nebst den bisherigen medizinischen Akten insbesondere die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum indikatorengeliteten Beweisverfahren zu beachten, damit eine schlüssige Beurteilung im

Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist. Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit verbindlicher Weisung zur weiteren Abklärung im Sinne der vorangehenden Erwägungen in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wie dies die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Beschwerde vom 11. Mai 2021 explizit subeventualiter beantragt hat.

5.3 Die erneute Rückweisung zur weiteren Abklärung ist rechtsprechungsgemäss einerseits unter den Aspekten, dass relevante Fragen bisher ungeklärt geblieben sind (vgl. E. 4.4 bis 4.6 hiervor) und gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2 und E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4), ausnahmsweise möglich. Andererseits ist die erneute Rückweisung auch unter dem Gesichtspunkt des (vorinstanzlichen) Untersuchungsgrundsatzes möglich.

5.3.1 Die Vorinstanz hat – entgegen der Empfehlung von Dr. med. E. _____ in dessen Bericht vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 136) – die Medas nicht um eine Stellungnahme insbesondere zu den vom Rechtsvertreter in dessen Einwand-Begründung vom 31. August 2020 (IVSTA-act. 134) behaupteten Mängeln der leitliniengerechten Begutachtung aufgefordert, sondern hat der Begutachtungsstelle im Rahmen des Schreibens vom 6. Oktober 2020 (IVSTA-act. 139) nebst der Stellungnahme des RAD vom 17. September 2020 lediglich die vorsorglich am 14. Mai 2020 vorgebrachten Einwendungen (IVSTA-act. 128), nicht jedoch die anlässlich der Eingabe des Rechtsvertreters vom 28. September 2020 (IVSTA-act. 138) geäusserte Frage übermittelt.

5.3.2 Der Umstand, dass die Vorinstanz darüber hinaus darauf verzichtet hat, den Gutachterinnen und Gutachtern die Eingabe des Rechtsvertreters vom 31. August 2020 (IVSTA-act. 134) zu übermitteln, ist zwar mit Blick auf deren Inhalt (Verdacht auf eine Falschbeurkundung, Inaussichtstellen der Prüfung strafrechtlicher Schritte) durchaus verständlich. Jedoch hat es die Vorinstanz versäumt, die Medas um die Beantwortung der Frage des Rechtsvertreters (IVSTA-act. 138) sowie um eine Stellungnahme entsprechend den Ausführungen des RAD-Arzt Dr. med. E. _____ zu ersuchen, weshalb sich die Dres. med. Q. _____ und S. _____ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 26. Oktober 2020 (IVSTA-act. 140) insbesondere auch bloss zu der Eingabe des Rechtsvertreters vom 14. Mai 2020 (IVSTA-act. 128) äussern konnten.

5.3.3 Ein zusätzliches Versäumnis liegt schliesslich auch im Umstand, dass die Vorinstanz im Hinblick auf die Äusserungen von Dr. med. E. _____ in dessen Stellungnahme vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 136) zum strukturierten Beweisverfahren darauf verzichtet hatte, den internen juristischen Dienst zu konsultieren resp. die entsprechend von Dr. med. E. _____ aufgeworfene Frage zu beantworten resp. beantworten zu lassen.

5.3.4 Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Bundesverwaltungsgericht (vgl. Urteile des BVer C-5137/2017 vom 7. Januar 2020 E. 5.10 und C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4). Hinzu kommt schliesslich, dass grundsätzlich kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise besteht (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; BGE 136 V 376 E. 4.2.2) und somit dem Eventualbegehren der Beschwerdeführerin nicht stattgegeben werden kann. Schliesslich kommt die Rückweisung im vorliegenden Fall weder einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleich (vgl. BGE 137 V 210) noch ist sie nach den Umständen unverhältnismässig (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; RKUV 1989 K 809 S. 207 E. 4).

6.

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts – welche unverzüglich und ohne weitere Verzögerungen zu erfolgen hat – bis zum Zeitpunkt des Erlasses der neuen Verfügung hat die Vorinstanz die allfälligen Rentenansprüche der Beschwerdeführerin mittels eines oder gegebenenfalls mehrerer Einkommensvergleiche zu prüfen und über den Gesamtrentenanspruch zu verfügen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die anlässlich der Bemessung der Invalidität nach der sog. allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs verwendeten Einkommenswerte (IVSTA-act. 122 S. 3) grundsätzlich nicht beanstanden lassen und auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurden. In diesem Zusammenhang hat die Vorinstanz auch abzuklären, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin zufolge ihres Gesundheitszustandes auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BVer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010

E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_391/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4, 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2, Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1, je mit Hinweisen) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteile des BVGer C-2483/2019 vom 12. April 2021 E. 7 mit Hinweis auf C-2927/2019 vom 6. November 2020 E. 8 mit Hinweis auf C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

7.

Mit Blick auf die Ausführungen des Gutachters Dr. med. R._____, wonach die Versicherte beabsichtige, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen (IVSTA-act. 116.4 S. 13 Ziffer 7.2), hat die Vorinstanz nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts die Beschwerdeführerin – sollten Massnahmen in Form einer ambulanten oder stationären Therapie und/oder einer medikamentösen Behandlung indiziert sein – unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichtes 9C_242/2009 vom 30. April 2009 sowie BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen) aufzufordern, sich diesen Massnahmen bei entsprechender Zumutbarkeit zu unterziehen.

8.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 11. Mai 2021 insoweit gutzuheissen ist, als die Verfügung vom 31. März 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

9.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

9.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Re-

gel der unterliegenden Partei aufzuerlegen sind. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Die mit Zwischenverfügung vom 20. Januar 2022 (BVGer-act. 7) gewährte unentgeltliche Prozessführung kommt aufgrund ihres subsidiären Charakters nicht zur Anwendung. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

9.2 Die Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht worden ist, 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 sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE {Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-}]) gerechtfertigt. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 2 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 31. März 2021 aufgehoben und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückgewiesen werden.

2.

Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.- zugesprochen.

5.

Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

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 ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: