Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-3439/2022

Urteil vom 8. Oktober 2025

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni,
Richterin Viktoria Helfenstein,
Gerichtsschreiberin Vera Häne.

Parteien

A._____, (Spanien),
vertreten durch MLaw Leo Sigg, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung/Rentenanspruch
(Verfügungen vom 15. Juni 2022).

Sachverhalt:

A.

A.a Die im Jahr 1969 geborene, mittlerweile in Spanien wohnhafte, schweizerische Staatsangehörige A._____ (*nachfolgend*: Versicherte oder Beschwerdeführerin), ohne Berufsausbildung, war seit Januar 1987 durchgehend bei verschiedenen Arbeitgebern in der Schweiz erwerbstätig. Zuletzt war sie seit September 1999 bis Ende März 2022 bei der B._____ AG (seit 2. Dezember 2022: C._____ AG) als Produktionsmitarbeiterin angestellt (vgl. Akten der Vorinstanz [*im Folgenden*: IVSTA-act.] 4 f.; 8; 207 S. 5; 215).

A.b Nachdem die Versicherte sich am 21. Juni 2013 einer Schulteroperation unterzogen hatte (diagnostische Arthroskopie der linken Schulter, offene laterale Klavikularesektion, anterolaterale Akromioplastik und Bursektomie subakromialis; IVSTA-act. 9 S. 13 f.), meldete sie sich mit Eingabe vom 7. November 2013 (Posteingang: 15. November 2013) aufgrund von Schulterbeschwerden bei der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons D._____ (*nachfolgend*: IV-Stelle D._____), zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 5).

A.c Am 19. August 2014 (Posteingang: 22. August 2014) reichte die Versicherte aufgrund einer krankheitsbedingten Teilruptur von Sehne und Bändern am Fuss, bestehend seit 16. Juni 2014, ein weiteres Anmeldeformular zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle D._____ ein (IVSTA-act. 12; es handelte sich um den rechten Fuss, vgl. IVSTA-act. 13; 17).

A.d Am 4. Februar 2015 wurde durch die IV-Stelle D._____ im Hinblick auf die Anmeldung vom 15. November 2013 die Gewährung von Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzerhalt mitgeteilt (IVSTA-act. 28; vgl. auch IVSTA-act. 42; 44; 48 f.; 52; 55; 60). Die IV-Stelle D._____ tätigte in der Folge diverse Abklärungen in erwerblicher wie auch in medizinischer Hinsicht. Die zuständige Krankentaggeldversicherung erbrachte Versicherungsleistungen (IVSTA-act. 35.2; 41 S. 3).

A.e Mit Vereinbarung vom 29. Oktober 2015 zwischen der Versicherten und ihrer Arbeitgeberin erfolgte eine Reduktion des Beschäftigungsgrads auf 85 % und ein Abteilungswechsel (IVSTA-act. 63). Gemäss dem «Abschlussbericht Integration» der IV-Stelle D._____ vom 25. November 2015 konnte der Arbeitsplatz der Versicherten durch eine Reduktion des Arbeitspensums von 100 % auf 85 % und eine interne Umplatzierung auf

einen leidensangepassten Arbeitsbereich erhalten werden (IVSTA-act. 64). Mit Mitteilung der IV-Stelle D._____ vom 26. November 2015 wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen und betreffend Rentenleistungen wurde eine separate Verfügung in Aussicht gestellt (IVSTA-act. 66).

A.f Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IVSTA-act. 69) sprach die IV-Stelle D._____ der Versicherten mit Verfügung vom 8. Juni 2016 für die Zeit ab 1. Juni 2014 bis 31. Juli 2015 eine ganze und für die Zeit ab 1. August 2015 bis 31. August 2015 eine Viertelsrente zu (IVSTA-act. 71). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Mit Gesuch vom 23. Mai 2018 (Posteingang: 28. Mai 2018) meldete sich die Versicherte aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 26. Januar 2018 erneut bei der IV-Stelle D._____ zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 72), diesmal betreffend Beschwerden hinsichtlich des linken Fusses (vgl. IVSTA-act. 81). Die IV-Stelle D._____ tätigte in der Folge wiederum diverse Abklärungen in erwerblicher wie auch in medizinischer Hinsicht. Mit Schreiben der IV-Stelle D._____ vom 21. September 2018 wurden bei Bedarf und falls indiziert Frühinterventionsmassnahmen bei der beruflichen Integration gewährt (IVSTA-act. 84). Die zuständige Taggeldversicherung erbrachte wiederum Versicherungsleistungen (IVSTA-act. 110 S. 16 f.; 147.3; 152).

B.b Mit Vorbescheid vom 20. November 2020 stellte die IV-Stelle D._____ der Versicherten die Zusprache einer befristeten Invalidenrente – ab 1. Januar 2020 bis 31. März 2020 eine Dreiviertelsrente und ab 1. April 2020 bis 31. Juli 2020 eine ganze Rente – in Aussicht (IVSTA-act. 157). Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 8. Dezember 2020 Einwand und machte geltend, dass sich die Fussbeschwerden nicht verbessert hätten und diesbezüglich am 8. Januar 2021 eine weitere Operation anstünde (IVSTA-act. 160 S. 1). Auch der behandelnde Arzt, Dr. med. E._____, Departement Operative Medizin der F._____ ag, führte mit Schreiben vom 30. November 2020 an die IV-Stelle D._____ aus, es sei eine weitere Operation geplant (IVSTA-act. 160 S. 2). Aufgrund verschiedener weiterer Abklärungen wurde der Vorbescheid vom 20. November 2020 durch einen angepassten Vorbescheid vom 15. Oktober 2021 ersetzt, wobei der Versicherten neu für die Zeit ab 1. Januar 2020 bis 31. März 2020 eine Dreiviertelsrente, für die Zeit vom 1. April 2020 bis 31. Dezember 2021 eine ganze Rente und für die Zeit von 1. Januar 2022 bis

28. Februar 2022 eine halbe Rente in Aussicht gestellt wurde (IVSTA-act. 184). Dagegen liess die nunmehr anwaltlich vertretene Versicherte am 16. November 2021 Einwand erheben und die Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen und weitere Abklärungen hinsichtlich des Heilverlaufs beantragen (IVSTA-act. 188). Die IV-Stelle D._____ nahm in der Folge weitere Abklärungen vor (IVSTA-act. 191-210).

B.c Mit Schreiben der AHV-Ausgleichskasse der G._____-Betriebe an die IV-Stelle D._____ vom 16. Mai 2022 wurde die neue Adresse der Versicherten in Spanien mitgeteilt (IVSTA-act. 215).

B.d Am 15. Juni 2022 erliess die neu zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz) gestützt auf die Abklärungen der IV-Stelle D._____ dem Vorbescheid entsprechend mehrere Verfügungen (Januar bis und mit März 2020: Dreiviertelsrente; April 2020 bis und mit April 2021: ganze Rente; Mai 2021 bis und mit Dezember 2021: ganze Rente; Januar 2022 bis und mit Februar 2022: prozentualer Anteil des Invaliditätsgrads 59 %; IVSTA-act. 217).

C.

C.a Gegen zwei dieser Verfügungen der IVSTA (Januar bis und mit März 2020: Dreiviertelsrente; Januar 2022 bis und mit Februar 2022: prozentualer Anteil des Invaliditätsgrads 59 %) erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Leo Sigg, am 10. August 2022 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, diese Verfügungen seien aufzuheben und ihr sei ab dem 1. Januar 2020 eine ganze Rente und ab dem 1. Januar 2022 eine unbefristete Dreiviertelsrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, es liege eine fehlerhafte Feststellung eines verbesserten Endzustandes mangels Berücksichtigung eines verzögerten Heilverlaufs vor, bzw. die Feststellung, der verzögerte Heilverlauf habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sei fehlerhaft, und weiter sei die Bemessung des Leidensabzugs fehlerhaft erfolgt und es liege diesbezüglich ein Ermessensmissbrauch, eine Ermessensunterschreitung und ein Verstoss gegen Art. 16 ATSG, Art. 8 Abs. 2 BV i.V.m. Art. 9 BV und Art. 29 Abs. 1 BV sowie Art. 8 EMRK vor (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: BVGer-act.] 1).

C.b Mit Zwischenverfügung vom 15. August 2022 wurde die Beschwerdeführerin zur Leistung eines Kostenvorschusses in Höhe von Fr. 800.–

aufgefordert (BVGer-act 2). Der eingeforderte Kostenvorschuss ging am 18. August 2022 fristgerecht bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 4).

C.c Mit Vernehmlassung vom 16. September 2022 beantragte die Vorinstanz unter Hinweis auf die beigelegte Stellungnahme der IV-Stelle D._____ vom 14. September 2022, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen (BVGer-act. 6).

C.d Die Beschwerdeführerin verzichtete mit Eingabe vom 22. September 2022 auf eine Stellungnahme (BVGer-act. 8).

C.e Mit Verfügung vom 27. September 2022 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 9).

C.f Mit Eingabe vom 3. Oktober 2025 liess die Beschwerdeführerin, auf die Möglichkeit einer drohenden Verschlechterung ihrer Rechtsposition durch eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz sowie auf die Möglichkeit eines Beschwerderückzugs hingewiesen (vgl. Verfügung vom 25. September 2025) mitteilen, an der Beschwerde festzuhalten und das entsprechende Urteil zu erwarten (BVGer-act. 11).

D.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

1.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein

schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

1.3 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2).

2.

2.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die Verfügungen der Vorinstanz vom 15. Juni 2022. Nachdem das frühere Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin bereits mit Verfügung vom 8. Juni 2016 rechtskräftig erledigt wurde (vgl. vorstehend Ausführungen zum Sachverhalt Bst. A.f), ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

2.2 Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über (Art. 40 Abs. 2^{quater} IVV). Da die Beschwerdeführerin während des Verfahrens ihren Wohnsitz nach Spanien verlegte (vgl. vorstehend Ausführungen zum Sachverhalt Bst. B.c), wechselte die Zuständigkeit vor Abschluss des Verfahrens und wurde die angefochtene Verfügung zu Recht von der IVSTA erlassen.

2.3 Die Versicherte war seit 1987 bis Ende März 2022 bei verschiedenen Arbeitgebern in der Schweiz erwerbstätig und leistete Beiträge an die AHV/IV (vgl. vorstehend Ausführungen zum Sachverhalt Bst. A.a). Sie erfüllt damit die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG, wonach Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben, Anspruch auf eine ordentliche Rente haben (vgl. auch Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und

Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10], Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; BGE 131 V 390).

2.4 Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend ab 1. Januar 2020 zugesprochene und abgestufte Rente in vier separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Materiell liegt nur eine Verfügung vor (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.3.2 und 2.3.4). Rechtsprechungsgemäss bildet die Verfügung über eine abgestufte Invalidenrente insgesamt den Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn – wie vorliegend – nur einzelne Punkte oder nur einzelne Zeitperioden davon bestritten sind (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d; 131 V 164 E. 2.2; Urteil des BGer 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.2). Folglich bilden alle Verfügungen vom 15. Juni 2022, mit denen die Vorinstanz der Beschwerdeführerin für aufeinanderfolgende Zeitperioden rückwirkend ab 1. Januar 2020 eine befristete Invalidenrente in abgestufter Höhe zugesprochen hat, das Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

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

3.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht

unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 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).

3.4 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1; Urteil des BGer 8C_663/2021 vom 9. Februar 2022 E. 3).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Spanien 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).

4.2 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).

4.2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535 ff.) sowie die Änderungen der IVV 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; 144 V 210 E. 4.3.1), sind die Leistungsansprüche mit Blick auf das Erlassdatum der vorliegend angefochtenen Verfügung (15. Juni 2022; IV-STA-act. 271) für die Zeit ab 1. Januar 2022 nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen für die Zeit bis zum Rechtswechsel noch die Normen, welche bis zum 31. Dezember 2021 gegolten haben, zur Anwendung. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Übergangsbestimmungen des IVG unter lit. b und c für Personen, die bei Inkrafttreten dieser Änderung eine laufende Rente beziehen, mehrere Ausnahmen von den allgemeinen übergangsrechtlichen Grundsätzen statuieren (vgl. BGE 150 V 323 E. 4.2 und 4.3.1; 130 V 445).

4.2.2 Zwar erfolgte vorliegend die Verfügung erst nach dem 1. Januar 2022, jedoch läge der Zeitpunkt einer potentiellen Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit gemäss Art. 88*a* Abs. 2 IVV vor diesem Datum, hat die Beschwerdeführerin doch die IV-Stelle D._____ mit Gesuch vom 23. Mai 2018 (Posteingang: 28. Mai 2018) über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands in Kenntnis gesetzt (vgl. vorstehend Ausführungen zum Sachverhalt Bst. B.a) und steht damit ein frühestmöglicher Rentenbeginn vor dem Rechtswechsel im Raum (vgl. nachstehend E. 5.2 f.).

Mit Blick auf den Verfahrensausgang (vgl. nachstehend E. 7.8 ff.) erübrigen sich diesbezüglich weitere Ausführungen.

5.

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht

hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

5.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

5.4 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Ist die Verwaltung, wie hier, auf die Neuanmeldung eingetreten und hat sie eine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b).

5.5 Bei einer Neuanmeldung 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 anspruchsrelevanten 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.).

5.6 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).

5.7 Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuanmeldung 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 neuanmelde- 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 praxisgemäss 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 Neuanmeldung nicht entgegen (vgl. BBl 2017 2535, 2681).

5.8 Aus sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht ist letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). In der Invalidenversicherung ist daher 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 (etwa Urteil des BGer 8C_642/2024 vom 15. April 2025 E. 6.4, 8C_439/2024 vom 24. März 2025 E. 5.3.2, je mit Hinweis auf BGE 148 V 49 E. 6.2.2, 143 V 409 E 4.2.1 f., Urteil des BGer 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 8.3.1; 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.).

5.9 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_555/2017vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.10 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

5.11 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 regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

5.12 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).

5.13 Die RAD können bei Bedarf selbst ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen; die Untersuchungsergebnisse halten sie schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann allerdings nicht abgestellt werden und sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_426/2023 vom 16. April 2024 E. 3.3 m.H.).

5.14 Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen)

kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. 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 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). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

5.15 Die anwendbare Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) richtet sich nach dem Status der versicherten Person. Dieser bestimmt sich nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre (Art. 24^{septies} Abs. 1 IVV). Die versicherte Person gilt gemäss Art. 24^{septies} Abs. 2 IVV als erwerbstätig nach Art. 28*a* Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (Bst. a); als nicht erwerbstätig nach Art. 28*a* Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (Bst. b) und als teilerwerbstätig nach Art. 28*a* Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als hundert Prozent entspricht (Bst. c). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die

hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3 m.H.). Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des BGer 8C_133/2019 vom 20. August 2019 E. 4.1).

6.

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 23. Mai 2018 eingetreten und hat den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin einer materiellen Prüfung unterzogen. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (vgl. E. 5.4 vorstehend).

Nachfolgend ist zunächst in einem ersten Schritt zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der letzten auf einer umfassenden materiellen Beurteilung basierenden Verfügung vom 8. Juni 2016 und der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2022 tatsächlich eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist, d.h. ob ein Neuanmeldegrund vorliegt, bzw., ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

6.1 Die Feststellung einer neuanmelde- bzw. revisionsrechtlich relevanten Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes (vgl. E. 5.5 vorstehend). Gegenstand des Beweises ist das Vorhandensein einer entscheiderheblichen Differenz in den – hier den medizinischen Berichten und Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheiderheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Tatsachenebene zum früheren Zustand wiedergibt. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, neuanmelde- bzw. revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens

zurückzuführen und nicht revisionsbegründend (vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1 und 4.2).

6.2 Die Verfügung vom 8. Juni 2016 beruhte auf der Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit für die Zeit ab 1. Juni 2014 (Operation tarsale Triple-Ostetomie am 29. August 2018 durch Dr. E._____ [IVSTA-act. 19 S. 3 f.]). Die Beschwerdeführerin war in der Folge ab 8. Januar 2015 wieder zu 25 % arbeitsfähig und konnte am 23. Februar 2015 ihr Arbeitspensum auf 50 % steigern. Bereits ab dem 13. März 2015 musste das Arbeitspensum auf 30 % reduziert werden. Ab dem 13. April 2015 wurde von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % und ab 4. Mai 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 85 % ausgegangen (vgl. IVSTA-act. 71). In medizinischer Hinsicht basierte die Verfügung vom 8. Juni 2016 im Wesentlichen auf einer bidisziplinären medizinischen Beurteilung in den Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie vom 30. März 2015 (IVSTA-act. 40) sowie den Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. Mai 2015 (IVSTA-act. 45) und vom 30. November 2015 (IVSTA-act. 67).

6.2.1 Gemäss dem orthopädischem Teilgutachten von Dr. med. I._____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 30. März 2015 (IVSTA-act. 40 S. 13 ff.) war die orthopädische Untersuchung gleichentags erfolgt und lagen die folgenden Diagnosen vor:

- Noch verminderte Belastbarkeit des rechten Fusses bei Status nach Calcaneus-Osteotomie im August 2014 (eine MRT-Kontrolle im Januar 2015 habe noch keinen kompletten knöchernen Durchbau und noch diskrete entzündliche Veränderungen ergeben).
- Rezidivierende Beschwerden betreffend das rechte Kniegelenk bei Fehlbelastung und Status nach Operation des linken Kniegelenks nach Patellaluxation.
- Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur, kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit.
- Status nach Operation beider Schultergelenke mit insgesamt sehr guten postoperativen Ergebnissen.
- Deutliche Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates bei Übergewicht von mehr als 30 kg (IVSTA-act. 40 S. 18).

Dr. I._____ führte im Wesentlichen aus, die Versicherte sei momentan in ihrer gehenden und stehenden Tätigkeit in einem Pensum von 30 %

tätig, sie arbeite täglich 2.5 Stunden. In der kommenden Woche sei ein Abteilungswechsel geplant, so dass auch zeitweise im Sitzen gearbeitet werden könne. Ab dann ergebe sich ein Arbeitsvermögen von 5 Stunden pro Arbeitstag, wobei die Versicherte davon anteilig 2.5 Stunden sitzen und 2.5 Stunden gehen und stehen sollte. Nach drei Wochen sei eine Steigerung auf 7 Stunden pro Arbeitstag möglich, anteilig wieder zu 50 % im Sitzen und zu 50 % im Gehen und Stehen. Nach Ablauf weiterer drei Wochen sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Versicherte müsse durch Spaziergänge von einer Dauer von etwa 20 Minuten – jedoch zwei- bis dreimal pro Tag – zu einer Belastungssteigerung beitragen (IVSTA-act. S. 18 f.). Die Beschwerden betreffend den rechten Fuss hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die subjektiv geklagten Beschwerden könnten objektiviert werden. Die Prognose erscheine insgesamt gut, jedoch werde die Versicherte zukünftig vermehrt im Sitzen arbeiten müssen. Durch die Fortführung der Therapiemassnahmen sei eine deutliche Stabilisierung der Gesundheitsschädigung zu erwarten. Langfristig wäre es wünschenswert, wenn die Versicherte eine Tätigkeit aus wechselnder Ausgangslage – im Sitzen, im Gehen und im Stehen – verrichten könnte. In etwa sechs Wochen sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten auszugehen (vorzugsweise aus wechselnder Ausgangslage). Schweres Heben und Tragen, häufiges Bücken, ständige Zwangshaltungen und der Einfluss von Kälte und Nässe sollten auf Dauer vermieden werden (IVSTA-act. 40 S. 19 f.).

6.2.2 Dr. med. J._____ führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 30. März 2015 (IVSTA-act. 40 S. 2 ff.) zusammengefasst aus, es sei gleichentags eine ausführliche Exploration erfolgt und es bestehe kein psychischer Leidensdruck und kein Hinweis auf Aggravation oder gar Simulation. Die Psychopathologie sei vollkommen unauffällig. Die affektive Grundstimmung sei normal mittellagig und allseits frei schwingungsfähig. Das Denken sei formal intakt und inhaltlich unauffällig. Es beständen keine pathologischen Ängste und Zwänge, kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung oder gar Psychose. Schlaf, Appetit und Libido seien normal, ebenso Antrieb, Tatkraft, Energie und Vitalität, ebenso die Erlebnis-, Lust- und Genussfähigkeit (IVSTA-act. 40 S. 7). Hinsichtlich Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege kein Hinweis für psychische Symptome von Krankheitswert vor. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit und auch in anderen Tätigkeiten bestünden keinerlei Einschränkungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, die Einschränkungen seien rein somatisch bedingt (IVSTA-act. 40 S. 8 ff.).

6.2.3 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 6. Mai 2015 (erstmalige Stellungnahme des RAD; es geht aus dem Bericht nicht hervor, welche medizinischen Unterlagen vorgelegt wurden) führte Dr. H._____ aus, es bestehe ab dem 10. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % wegen Fussbeschwerden. Am 29. August 2014 sei eine Operation vorgenommen worden und im März 2015 sei eine Begutachtung erfolgt. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Das Hauptproblem sei die Minderbelastbarkeit des Fusses, was zu einer Teilarbeitsfähigkeit in der vorwiegend stehend/gehenden Tätigkeit führe. Eine Steigerung wäre grundsätzlich möglich, wenn vermehrt sitzende Arbeiten vorhanden wären. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Das Belastungsprofil sehe wie folgt aus: aktuell bei mindestens 50 % sitzender Arbeit, 50 % wechselbelastende Tätigkeiten, keine Gewichte über 10 kg, keine Leitern, keine Kälte und Nässe. Nach zwei Monaten könne das Arbeitspensum auf 100 % gesteigert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt könne noch nicht definitiv bestimmt werden, ob in der angestammten vorwiegend stehenden Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Nachdem aber der Eingriff bereits acht Monate zurückliege, sei es eher unwahrscheinlich, dass sich eine völlige Beschwerdefreiheit noch einstelle. Daher sei das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit eher unwahrscheinlich (IVSTA-act. 45).

6.2.4 In seiner zweiten Aktenbeurteilung vom 30. November 2015 (unter medizinische Unterlagen bzw. relevante Akten wird lediglich der Bericht des Spitals F._____ vom 11. November 2015 erwähnt) führte Dr. H._____ aus, es bestehe ein Zustand nach Knick-Plattfusskorrektur (Operation durch tarsale Tripleosteotomie) vom 29. August 2014 und eine persistierende Nervenreizsymptomatik führend über dem Nervus suralis und Peroneus profundus rechts. Die Aufnahme einer vollen Arbeitsfähigkeit sei aus dem Verlauf heraus nicht möglich gewesen, auch befinde sich die Versicherte in anhaltender Physiotherapie, so dass sich die bisherige Arbeitswiederaufnahme mit den medizinischen Befunden decke. Eine relative Schonung des Fusses in den bescheinigten Ausmassen sei medizinisch sinnvoll gewesen. Die vorhandenen Arztberichte würden den Gesundheitszustand umfassend und sachlich fundiert beschreiben. Die Befunde seien schlüssig und aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar. Auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei auf dieser Grundlage einleuchtend. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 %, das lange Stehen sei nicht mehr möglich. In einer angepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe seit dem 4. Mai 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 85 % (ganztägig mit Leistungsreduktion 15 %). Weitere medizinische

Abklärungen seien nicht angezeigt. Es beständen keine unausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich zu steigern vermöchten (IVSTA-act. 67).

6.3 Die vorliegende Neuanmeldung vom 23. Mai 2018 (Posteingang 28. Mai 2018; IVSTA-act. 72) erfolgte aufgrund einer seit dem 26. Januar 2018 bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Fussbeschwerden links (und diesbezüglicher Operation vom 26. Januar 2018 [IVSTA-act. 73-75; 85]). Als Entscheidbasis für die im vorliegenden Verfahren angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2022 (IVSTA-act. 217) dienten die Ergebnisse der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erfolgten diversen medizinischen Abklärungen und insbesondere eine aufgrund des wegen des Einwands gegen den Vorbescheid vom 15. Oktober 2021 vorgenommene interne rheumatologische RAD-Untersuchung vom 29. März 2022 (IVSTA-act. 207) sowie eine Beurteilung durch den RAD vom 4. April 2022 (IVSTA-act. 209).

Im Folgenden wird die Entwicklung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin chronologisch aufgezeigt. Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeits(un)fähigkeiten der Beschwerdeführerin lagen zunächst folgende medizinische Unterlagen vor:

6.3.1 Gemäss Sprechstundenbericht von Dr. E._____ vom 4. Januar 2018 war eine Untersuchung der Versicherten am 28. Dezember 2017 erfolgt und es lagen die folgenden Hauptdiagnosen vor: Tibialis posterior-Dysfunktion Grad II, Verdacht auf Tib. Post. Tendinitis und laterale Impingement Symptomatik am OSG bei Zustand nach ebensolcher Fussdeformität, korrigiert mit tarsaler Triple-Osteotomie FDL-Transfer und Gastrocrelease am 29. August 2014 rechts. Im weiteren Vorgehen sei eine tarsale Triple-Osteotomie und FDL am linken Fuss für Anfang 2018 geplant (IVSTA-act. 89 S. 32). Nach erfolgter Operation hielt Dr. E._____ am 15. Februar 2018 aufgrund einer Untersuchung der Versicherten vom 7. Februar 2018 einen Zustand nach korrigierender Triple-Osteotomie und FDL-Koppelung, 2 x Beckenspan links bei Pes planovalgus abductus bei typischer Insuffizienz Grad II und Operation vom 26. Januar 2018 fest (IVSTA-act. 89 S. 31; vgl. auch Sprechstundenberichte vom 26. Februar 2018, 8. März 2018, 21. März 2018, 10. April 2018 und 19. April 2018 [IVSTA-act. 89 S. 27-30] sowie zuhanden der Taggeldversicherung verfasster Bericht vom 2. Mai 2018 [IVSTA-act. 73; 75; 89 S. 24 f.]). Mit – unvollständigem (die zweite Seite fehlt) – Bericht vom 15. Mai 2018 wurden nach einer Untersuchung vom 8. Mai 2018 neu zusätzlich persistierende Beschwerden betreffend den aussenseitigen Rückfuss links erwähnt. Ein CT

vom 8. Mai 2018 habe gezeigt, dass hier ein kleiner Teil des Knochenspans stören könnte im Sinus tarsi (IVSTA-act. 89 S. 23). Der entsprechende Knochenvorsprung wurde in der Folge abgetragen (vgl. auch Arztberichte vom 18. Mai 2018, 1. Juni 2018 und 17. Juli 2018 [IVSTA-act. 89 S. 20 ff.]). Im Bericht vom 25. Juli 2018 wird durch Dr. E._____ nach einer Untersuchung der Versicherten vom 19. Juli 2018 neu ein mögliches CRPS – DD Knochenmarködem – diagnostiziert. Zudem habe ein MRI gezeigt, dass ein Knochenmarködem im Calcaneus vorliege (IVSTA-act. 89 S. 19; vgl. auch Arztberichte vom 30. Juli 2018 und 8. August 2018 [IVSTA-act. 89 S. 16 f.]).

6.3.2 Dr. I._____ diagnostizierte in ihrer medizinischen Beurteilung der anzustrebenden Arbeitsaufnahme vom 12. September 2018, welche basierend auf zugestellten Akten (inklusive Röntgen-CD, wobei die den Akten beigelegte CD nicht habe eingelesen werden können; IVSTA-act. 89 S. 9) und einer Untersuchung der Versicherten vom 11. September 2018 erstellt worden war, einen Status nach Triple-Osteotomie links im Januar 2018 mit Abtragung eines knöchernen Sporns im Mai 2018. Bei vermehrten Schmerzen und Hautveränderungen sei im Juli 2018 eine CRPS-Therapie begonnen worden und es sei eine Teilentlastung erfolgt. Hinsichtlich des rechten Fusses liege nach Triple-Osteotomie im Jahr 2014 ein zufriedenstellendes postoperatives Ergebnis vor. Auch hinsichtlich der beiden Schultergelenke beständen nach den Operationen gute Behandlungsergebnisse. Betreffend das linke Kniegelenk liege ein Status nach lateral release vor (weiterhin Schmerzen in der Kniescheibe und eine gewisse Unsicherheit). Weiter lägen eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und eine verschmächtigte Rumpfmuskulatur vor. Beidseits liege eine verkürzte Ischiokruralmuskulatur vor. Es bestehe eine Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates bei einem BMI von fast 35. Es werde ab sofort zu einem Gehtraining geraten. Sie nehme an, dass nach 14 Tagen Gehtraining die Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % möglich sein werde. Eine Steigerung auf ein reguläres Pensum solle dann innert vier Wochen erfolgen. Einschränkungen würden sich aktuell für ausschliesslich gehende und stehende Tätigkeiten und den Arbeitsweg ergeben. Auch für angepasste Tätigkeiten ergebe sich in zwei Wochen nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Steigerung auf 100 % nach Ablauf von vier Wochen, da es notwendig sei, zu behandeln und auch noch hoch zu lagern. Die Beschwerden betreffend den linken Rückfuss hätten noch Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die subjektiv geklagten Beschwerden könnten objektiviert werden. Die Prognose sei günstig, da die

Osteotomie knöchern durchbaut sei und die Beschwerden bei CRPS deutlich rückläufig seien (IVSTA-act. 89 S. 2 ff.).

6.3.3 K._____, Facharzt für Anästhesiologie, L._____AG, diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2018 nach einer gleichentags erfolgten Untersuchung der Versicherten zusammengefasst eine Arthrose, nicht näher bezeichnet, betreffend Knöchel und Fuss nach ICD-10 M19.97 (bei bekanntem Vorzustand), eine Neurodystrophie (Algodystrophie) betreffend Knöchel und Fuss nach ICD-10 M89.07 und einen Verdacht auf ein CRPS (IVSTA-act. 108 S. 6 f.). In seinem Bericht vom 30. Januar 2019 hielt er dann fest, die Verdachtsdiagnose CRPS könne weitestgehend verworfen werden, nachdem diesbezüglich erfolgte Therapien sich als nicht effektiv erwiesen hätten. Die letzte Infiltration in den Sinus tarsi habe eine signifikante Schmerzreduktion und Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit gebracht. Es zeige sich eine eher mechanische, narbige Problematik, welche das Schmerzgeschehen lokal unterhalte. Es könne die fokussierte Stosswellentherapie im Bereich des Sinus tarsi und der Vernarbung in der Region des Calcaneus Fuss links evaluiert werden, wobei es sich um eine Ultima Ratio bei einer sehr komplexen, chronischen Schmerzerkrankung des linken Fusses handle (IVSTA-act. 108 S. 1 f.).

6.3.4 Dr. med. M._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 26. März 2019 (mit Zustellung von Kopien der medizinischen Akten durch die zuständige Taggeldversicherung, IVSTA-act. 112 S. 1) im Wesentlichen aus, es liege eine akute Beschwerdesymptomatik (bei bekanntem Status), ein Verdacht auf ein CRPS (07/2018) sowie die Nebendiagnose einer Adipositas per magna vor. Es beständen ein chronifizierendes Schmerzsyndrom nach Tripleosteotomie und sichtbare Zeichen eines CRPS. Für die Diagnose CRPS gebe es keine eindeutigen diagnostischen Kriterien, radiologische Veränderungen könnten, aber müssten nicht auftreten. Die beschriebenen Veränderungen von Integument und Morphologie sprächen überwiegend wahrscheinlich dafür; die von Dr. K._____ berichtete Therapieresistenz sei kein zwingendes Ausschlusskriterium. Als die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen seien persistierende, therapieresistente Schmerzen, Schmerzen nach Tripleosteotomie und unklarer Schmerz bei Verdacht auf ein CRPS zu nennen. Betreffend Objektivierbarkeit der beklagten Beschwerden seien die berichteten Schmerzen und die beschriebene belastungsabhängige Exacerbation nachvollziehbar. Eine tarsale Osteotomie könne – begünstigt durch Adipositas – durch statische Veränderungen und Einflüsse auf die umliegenden muskulotendinösen Stabilisatoren zu Dauerschmerzen führen. Ein CRPS

könne diese noch (dauerhaft) verschlimmern. Betreffend eine mögliche namhafte Besserung der Gesundheitsschädigung sei eine zunehmende Therapieresistenz und damit ein stabiler Endzustand erkennbar. Zur Beurteilung des operierten Fusses wäre eine abschliessende Zweitmeinung auf universitärem Niveau ein gangbarer Weg. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 85 % sei nachvollziehbar. Aufgrund der belastungsabhängig zunehmenden Schmerzen seien entsprechende Ruhe- und Erholungszeiten notwendig. Prognostisch erscheine hinsichtlich einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit eine höhergradige Beschwerdelinderung zunehmend unwahrscheinlich. Eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei möglich, unter der Bedingung des Vermeidens längerer Gehstrecken, des Besteigens von Treppen, Leitern und Gerüsten, des Arbeitens auf unebenen Untergründen sowie des Arbeitens in knienden oder kauernden Positionen. Das Heben oder Tragen von Gewichten über 15 kg bis Hüfthöhe sowie Aktivitäten, die eine vermehrte Wechselbelastung beider unteren Extremitäten erfordern würden, wie das Besteigen von Leitern oder Tritten, seien zu vermeiden. Ebenfalls auszuschliessen seien knieende Tätigkeiten, die eine Dorsalflexion des Fusses verlangen. Es sollte pro volle Stunde eine Ruhezeit von zehn Minuten eingehalten werden, was in einem Pensum von 50 % von 85 % möglich sei. Betreffend eine prognostizierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei von einem Endzustand auszugehen, jedoch sollten hier klinische Folgebeurteilungen erfolgen (IVSTA-act. 112).

6.3.5 Dr. med. N._____, Oberarzt Orthopädie, Universitätsklinik O._____, diagnostizierte in seinem Sprechstundenbericht vom 23. Oktober 2019, welcher aufgrund einer Zuweisung zur Zweitmeinung verfasst wurde, nach seiner Untersuchung der Versicherten vom 10. Oktober 2019 eine symptomatische USG-Arthrose mit subfibulärem Impingement links (bei bekanntem Vorzustand). Die Versicherte berichte aktuell über starke Schmerzen im Aussenbereich des linken Rückfusses. Diese Schmerzen seien in der Tendenz progredient und auch mit ausgebauter analgetischer Therapie nicht kompensierbar. Die Versicherte trage Schuheinlagen nach Mass, welche nicht zu einer vollständigen Schmerzreduktion führten. Es beständen Anlaufschmerzen und belastungsabhängige Schmerzen. Weiter werde eine reduzierte Sensibilität am oberen Aussenrand des Fusses beklagt, mit einem intermittierend brennenden Gefühl. Diese Symptomatik sei deutlich abzugrenzen von der Schmerzproblematik im Rückfuss lateralseitig. Es bestehe ein leichtgradig hinkendes Gangbild mit angelegten

Konfektionsschuhen mit Schuheinlagen beidseits. Man sehe die Hauptbeschwerden am ehesten im Rahmen einer symptomatischen USG-Arthrose mit subfibulärem Impingement links. Mittel- und langfristig stehe lediglich eine subtalare Arthrodese als kurative Lösung für die Schmerzsymptomatik der USG-Arthrose und dem subfibulärem Impingement zur Verfügung (IVSTA-act. 129).

6.3.6 In der Folge wurde gemäss Austrittsbericht von Dr. E._____ vom 23. Januar 2020 betreffend die Hospitalisation vom 17. Januar 2020 bis 22. Januar 2020 (Operationsbericht vom 17. Januar 2020; IVSTA-act. 133 S. 5 f.) eine elektive Versteifung des Subtalargelenks vorgenommen. Intraoperativ sei es beim Versuch der Schraubenentfernung des Calcaneus zum Abbruch des Schraubenkopfes gekommen, die restlichen Schraubenteile seien im Fersenbein verblieben (IVSTA-act. 133 S. 2 ff.; vgl. auch Sprechstundenberichte vom 9. Januar 2020 und 6. April 2020 ([IVSTA-act. 133 S. 7 f.; 143 S. 1 f.]; vgl. zur postoperativen Entwicklung auch KG-Einträge vom 6. Februar 2020 [IVSTA-act. 141 S. 4], 28. Februar 2020 [IVSTA-act. 141 S. 3], 10. März 2020 [IVSTA-act. 141 S. 2], 23. April 2020 [IVSTA-act. 143 S. 2], 4. Juni 2020 [IVSTA-act. 167 S. 18] und 18. Juni 2020 [IVSTA-act. 167 S. 17] sowie Befundbericht vom 2. Juli 2020 [IVSTA-act. 154 S. 3]). Im Folgenden hätten gemäss den Ausführungen von Dr. E._____ nach wie vor Beschwerden betreffend den linken Rückfuss und Schmerzen über den Narben im Hautniveau bestanden, Infiltrationen hätten zu keiner anhaltenden Besserung geführt. Ein CT habe weiterhin den Eindruck einer Teilkonsolidierung des Subtalargelenkes vermittelt. Die von posteroplantar eingebrachte Schraube überrage teilweise gering den Knochen. Man habe sich auf eine Infiltration und einen Versuch mit Stosswelle geeinigt (IVSTA-act. 150 S. 2 f.; vgl. auch KG-Einträge vom 29. Juli 2020 [IVSTA-act. 167 S. 14] und 26. August 2020 [IVSTA-act. 167 S. 13]; Befundbericht vom 2. September 2020 [IVSTA-act. 154 S. 2] und Befundbericht vom 24. September 2020 [IVSTA-act. 154 S. 1]; vgl. auch KG-Eintrag vom 6. Oktober 2020 [IVSTA-act. 167 S. 12]).

6.3.7 Gemäss der Aktenbeurteilung von Dr. H._____ vom 4. November 2020 lagen folgende Diagnosen vor:

«Akute Beschwerdesymptomatik linker Fuss bei

Zustand nach Abtragen eines Knochenvorsprunges / einer Knochenleiste im Sinus tarsi bei

Zustand nach korrigierender tarsaler TripleOsteotomie und FDL-koppelung, 2x Beckenspan links OP 26.01.2018 und 18.05.2018, 17.1.2020

Zustand nach Fussdeformität korrigiert mit tarsaler Triple-Osteotomie, FDL-Transfer und Gastrocnemiusrelease 29.08.2014 rechts bei

Tibialis postorior-Dysfunktion Grad II, Verdacht auf Tib. post. Tendinitis und laterale Impingement-Symptomatik am OSG rechts

Neurodystrophie (Algodystrophie), Knöchel und Fuss

V.a. CRPS»

Dr. H._____ führte weiter aus, es beständen weiterhin belastungsabhängige Beschwerden im linken Fuss. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit in stehender und gehender Tätigkeit stark eingeschränkt. Dagegen sollte in einer rein sitzenden Tätigkeit mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 80-90 % möglich sein. Prognostisch sei längerfristig nur mit einer leichten Besserung der Situation zu rechnen, sodass jetzt von einem Endzustand ausgegangen werden könne. Der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit habe sich gegenüber dem Zeitpunkt vom 8. Juni 2016 verändert. Ende 2017 seien zunehmende Fussprobleme links aufgetreten, die zu insgesamt drei Operationen geführt hätten. Zum heutigen Zeitpunkt beständen weiterhin belastungsabhängige Fussbeschwerden. Den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab dem 26. Januar 2018 in der angestammten Tätigkeit als Maschinen- und Anlagebedienerin beurteile er wie folgt:

0 %	26. Januar 2018
50 %	11. Juni 2018
0 %	23. Juli 2018
50 %	1. Oktober 2018
0 %	13. November 2018
50 %	20. Dezember 2018
60 %	20. Mai 2019
0 %	25. Juli 2019
60 %	29. Juli 2019
70 %	1. November 2019
0 %	6. November 2019
70 %	13. November 2019
0 %	10. Januar 2020
29 %	4. Mai 2020

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit dem 26. Januar 2018 führte Dr. H._____ aus, es handle sich um eine rein sitzende, leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit, den linken Fuss ab und zu durchzubewegen und hoch zu lagern. Der Verlauf sei wie folgt zu beschreiben:

0 %	26. Januar 2018
80 %	11. Juni 2018
0 %	23. Juli 2018
80 %	1. Oktober 2018
0 %	13. November 2018
80 %	20. Dezember 2018
90 %	18. Mai 2019
0 %	25. Juli 2019
90 %	29. Juli 2019
100 %	1. November 2019
0 %	6. November 2019
100 %	13. November 2019
0 %	10. Januar 2020
80 %	4. Mai 2020

Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt (IVSTA-act. 156 S. 3 ff.).

6.4 Der erste Vorbescheid vom 20. November 2020 (IVSTA-act. 157; vgl. vorne Ausführungen zum Sachverhalt Bst. B.b) betreffend die Neuanmeldung vom 23. Mai 2018 stützte sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. H._____ zum versicherungsmedizinischen Sachverhalt und Verlauf vom 4. November 2020 (vgl. vorstehend E. 6.2; IVSTA-act. 156 S. 3 ff.) sowie diverse diesem vorgelegte medizinische Unterlagen aus der Zeit vom 26. Februar 2018 bis 24. September 2020 (Verlaufs-, Versicherungs- und Operationsberichte des Spitals F._____, Kurzgutachten von Dr. I._____, Aktennotiz Integration, Untersuchungs- und Versicherungsbericht des L., Aktenbeurteilung von Dr. M._____, Untersuchungsbericht der Klinik O._____ sowie ein CT des linken Fusses: vgl. diesbezüglich E. 6.2.1 ff. vorstehend).

Der Versicherten wurde mit diesem Vorbescheid mitgeteilt, es bestehe ab 1. Januar 2020 der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, ab 1. April 2020 auf eine ganze Rente und ab 1. August 2020 kein Rentenanspruch mehr.

6.5 Die Versicherte erhob dagegen am 8. Dezember 2020 Einwand und teilte mit, dass sich die Beschwerden am Fuss nicht verbessert hätten und am 8. Januar 2021 eine weitere Operation anstünde. Sie legte ein Schreiben von Dr. E._____ vom 30. November 2020 bei (IVSTA-act. 160; dieser liess das Schreiben der IV-Stelle D._____ auch direkt zukommen [IVSTA-act. 158]). Dr. E._____ führte darin zusammengefasst aus, dass

die Versteifung nur teilweise fest werde. Man werde diese nochmals öffnen und es erneut versuchen. Die Versicherte arbeite momentan in einem Pensum von 50 % und sei aus seiner Sicht nach wie vor nicht voll arbeitsfähig. Sollte die Versteifung fest werden, bestehe die Hoffnung, dass die Versicherte wieder arbeitsfähig werde.

Daraufhin stellte die IV-Stelle D._____ in Aussicht, dass der Versicherungsfall überprüft werde (IVSTA-act. 161).

6.6 In der Folge kamen weitere medizinischen Unterlagen zu den Akten:

6.6.1 Dr. E._____ diagnostizierte am 30. November 2020 einen Zustand nach subtotaler Arthrodese links mit partieller Konsolidierung aber Signalhyperintensität im Spect und klinisch persistierender Schmerzhaftigkeit einer partiellen Pseudoarthrose. Es werde eine partielle Fusion bescheinigt, das Implantat sei ungelockert. Man werde revidieren, nochmals Beckenknochen holen von links und die Arthrodese neu verschrauben (IVSTA-act. 163; vgl. auch Austrittsbericht vom 14. Januar 2021 [IVSTA-act. 163 S. 5 ff.], Operationsbericht vom 8. Januar 2021 [IVSTA-act. 163 S. 8 f.], Sprechstundenberichte vom 21. Januar 2021 [IVSTA-act. 163 S. 2 f.], 2. März 2021 [IVSTA-act. 167 S. 2 f.] und 24. März 2021 [IVSTA-act. 173 S. 5 f.] sowie Befundbericht vom 19. März 2021 betreffend CT Fuss [IVSTA-act. 173 S. 7] und entsprechender Sprechstundenbericht vom 24. März 2021 [IVSTA-act. 173 S. 5]).

6.6.2 Am 13. April 2021 stellte Dr. E._____ die neue Hauptdiagnose Valgusverkippung Rückfuss links bei bekanntem Vorzustand. Der Rückfuss sei vermutlich gekippt durch eine Sinterung lateral im Subtalargelenk. Es müsse eine Re-Arthrodese vorgenommen werden. Voraussetzung dafür sei, dass die Versicherte überhaupt nicht rauche (bisher 20 Zigaretten pro Tag, aufgehört am Vorstellungstermin vom 31. März 2021; IVSTA-act. 173 S. 3 f.).

6.6.3 Diesbezüglich hielt Dr. med. P._____, Chefarzt Fusschirurgie an der Q._____ Klinik, am 23. April 2021 nach seiner Untersuchung der Versicherten vom 20. April 2021 zusammengefasst fest, es würden sich im CT des linken Fusses vom 19. März 2021 zunehmende Konsolidationszeichen im Bereich der Arthrodese (verzögerte Konsolidation der Re-Arthrodese subtalar links) zeigen, sodass aktuell nochmals eine Stosswellentherapie versucht werde. Zudem sei das Rauchen aufgegeben worden (IVSTA-act. 181 S. 12 f.; vgl. auch Sprechstundenbericht von Dr. E._____

vom 27. April 2021 [IVSTA-act. 173 S. 2] und Sprechstundenberichte der Q._____klinik vom 3. Juni 2021 [IVSTA-act. 181 S. 9 f.] und 5. Juli 2021 [IVSTA-act. 181 S. 7 f.]).

6.6.4 Gemäss versicherungsmedizinischer Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. H._____ vom 9. Juli 2021 habe nach dem Eingriff vom 8. Januar 2021 eine Arbeitsunfähigkeit für mindestens drei bis vier Monate vorgelegen. Es müsse eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit bis mindestens zum Abschluss der Stosswellenbehandlung festgelegt werden. Der Einwand inklusive der medizinischen Berichte vermöge die Beurteilung des RAD vom 4. November 2020 zu beeinflussen, nachdem gemäss Bericht des behandelnden Orthopäden die Versicherte ab dem 1. August 2020 nur zu 50 % arbeitsfähig sei. Dies gelte bis zum Zeitpunkt der weiteren Operation vom 8. Januar 2021 und ab dann bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IVSTA-act.175 S. 2).

6.6.5 In der Folge hielt Dr. E._____ am 15. Juli 2021 nach einer Untersuchung vom 13. Juli 2021 fest, es bestehe eine verzögerte, aber zunehmende Knochenheilung und ein CT vom 30. Juni 2021 zeige eine zunehmende Konsolidierung unter dem Rauchstopp und der Stosswellentherapie. Die Versicherte laufe vollbelastet mit Einlagen und wolle nach dreiwöchigen Ferien wieder in die Arbeit einsteigen. Nach der Infiltration in den Sinus tardi hätten die Schmerzen zugenommen (IVSTA-act. 181 S. 2 f.).

6.6.6 Daraufhin kam Dr. H._____ gemäss Aktenbeurteilung vom 8. Oktober 2021 zum Schluss, dass es sich bei der Tätigkeit um eine leichte, wechselbelastende, mehrheitlich sitzende Tätigkeit handeln sollte, mit der Möglichkeit, ab und zu aufzustehen und herumzugehen. Es sollten keine Treppen und Leitern gestiegen werden, Nässe und Kälte sollten vermieden werden. In angepasster Tätigkeit liege ab Mai 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, ab September 2021 von 50 % und ab November 2021 von 80-100 % vor (IVSTA-act. 183).

6.7 Nachdem der Versicherten mit zweitem Vorbescheid vom 15. Oktober 2021 (Ersatz des Vorbescheids vom 20. November 2020) mitgeteilt worden war, sie habe ab Januar 2020 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, ab April 2020 auf eine ganze Rente, ab Januar 2022 auf eine halbe Rente und ab März 2022 bestehe kein Rentenanspruch mehr (IVSTA-act. 184 S. 2 ff.), teilte Dr. E._____ mit Schreiben vom 2. November 2021 mit, er habe zuletzt eine Arbeitsunfähigkeit bis am 30. September 2021 bescheinigt. Es habe am 14. Oktober 2021 eine persistierende Irritation des Suralis-Nervs

vorgelegen sowie zunehmend Neuschmerzen am linken Knie innenseitig. Zudem bestehe eine noch nicht völlige Konsolidierung der Subtalararthrodese. Die Arbeitsunfähigkeit dauere bis zum 31. Oktober 2021 an (IVSTA-act.187).

6.8 Die Versicherte liess mit Schreiben vom 16. November 2021 Einwand erheben und zusammengefasst geltend machen, sie sei nicht einverstanden mit der Reduktion der Rente per Januar 2022 und der Aufhebung der Rente per März 2022. Die Aufnahme der Arbeitstätigkeit im Umfang von 50 % ab September 2021 habe nicht umgesetzt werden können und sie sei bis zum 31. Oktober 2021 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Man ersuche darum, den medizinischen Heilverlauf abzuwarten und dann aufgrund der neusten Akten zu verfügen (IVSTA-act. 188).

Die IV-Stelle D._____ teilte in der Folge mit, man werde den Versicherungsfall überprüfen (IVSTA-act. 190) und nahm weitere Abklärungen vor (vgl. IVSZA-act. 191-214).

6.9 Im Folgenden kamen weitere Unterlagen zu den Akten:

6.9.1 Dr. E._____ diagnostizierte am 18. November 2021 weiterhin eine verzögerte, aber zunehmende Knochenheilung betreffend den linken Rückfuss (bei bekanntem Vorzustand), eine linksseitige, mediale, mittelgradige Gonarthrose mit Verdacht auf degenerative Innenmeniskus-Läsion und bei Zustand nach Patellaluxation mit retropatellaren Beschwerden sowie rechts laterale Knieschmerzen und retropatellare Verschleisserscheinungen. Ein Röntgen beider Kniegelenke in zwei Ebenen und Patella tangential habe auf der linken Seite eine hälftige mediale Gelenksspalt-Verschmälerung und osteophytäre Anbauten tibial und femoral gezeigt. Bei Zustand nach Patellaluxation bestehe ein Defekt retropatellar lateral und osteophytäre Ausziehungen bereits retropatellar lateral, auf der rechten Seite eine laterale Verschmälerung des femoropatellaren Gelenksspaltes. Rechtsseitig sei der Gelenksspalt noch günstig erhalten, es beständen initial Anbauten tibial und femoral. Zunächst erfolge eine konservative Therapie für die Kniegelenke mit Physiotherapie und lokalen Umschlägen. Eventuell werde eine Injektion mit Hyaluronsäure durchgeführt (IVSTA-act. 192 S. 2 f.; vgl. auch KG-Einträge zum Verlauf bzw. zur Durchführung von Injektionen in die Kniegelenke vom 1. Dezember 2021 [IVSTA-act. 203 S. 9], 27. Dezember 2021 [IVSTA-act. 203 S. 10], 18. Februar 2022 [IVSTA-act. 203 S 5], 21. Februar 2022 [IVSTA-act. 203 S. 6], 23. Februar 2022 [IVSTA-act. 203 S. 8] und 1. März 2022 [IVSTA-act. 203 S. 7]).

6.9.2 Mit Schreiben vom 24. Februar 2022 teilte Dr. E._____ der IV-Stelle D._____ eine Diagnosenerweiterung mit und führte aus, es lägen neben den bereits bekannten Diagnosen eine symptomatische, mässiggradige mediale Varusgonarthrose links und rechts eine Femuropatellararthrose bei viertgradigem Knorpelschaden vor, die man symptomatisch durch Injektionstherapie behandle. Die Versicherte sei aktuell auch hierdurch relevant eingeschränkt (IVSTA-act. 199 S. 2).

6.9.3 In der Folge wurde eine interne fachärztliche rheumatologische Untersuchung bei RAD-Arzt Dr. med. R._____, Facharzt Innere Medizin mit Zusatz Rheumatologie (A), veranlasst (IVSTA-act. 205 f.).

Gemäss ärztlichem Bericht von Dr. R._____ vom 29. März 2022 war die rheumatologische RAD-Untersuchung gleichentags erfolgt. Er stellte die rheumatologische Diagnose einer Gonarthrose links mehr als rechts bei Femoropatellararthrose links mit viertgradigem Knorpelschaden retropatellär sowie einen Status nach Knicksenkfuss links bei Arthrodese USG links – dies basierend auf den ihm teilweise vorliegenden Akten (Diagnoseerweiterung von Dr. E._____ vom 24. Februar 2022, Berichte von Dr. E._____ vom 18. November 2021 und 2. November 2021, Bericht des Spitals F._____ vom 15. Juli 2021), den bildgebenden Befunde vom 17. Februar 2022 (MRI Knie rechts), 16. November 2021 (Röntgen Knie links) und vom 13. Juli 2021 (Röntgen Fuss links) und seiner einstündigen Untersuchung. Die zuletzt ausgeübte wechselbelastende Tätigkeit mit stehenden und gehenden Belastungen könne aus rheumatologischer Sicht nicht mehr ausgeübt werden. Eine leichte, vornehmlich sitzende Tätigkeit könne aus rheumatologischer Sicht in einem Pensum von 100 % mit um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit durchgeführt werden. Die neu beschriebenen und in den letzten zwei Jahren exacerbierenden Beschwerden in den Kniegelenken könnten mit radiologischen Befunden hinterlegt werden, sodass nachvollziehbar aus rheumatologischer Sicht eine stehende oder gehende Tätigkeit nicht mehr durchgeführt werden könne. Aufgrund der degenerativen Veränderungen in den Kniegelenken und den Veränderungen vor allem im linken Fuss könne auch nicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen werden. Somit bestehe derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Eine rein sitzende Tätigkeit, bei fehlender mechanischer Belastung der unteren Extremitäten, könne medizinisch-theoretisch aus rheumatologischer Sicht in einem Pensum von 100 % durchgeführt werden, wobei aufgrund der positionsabhängigen Beschwerden in den Kniegelenken und

im linken Fuss eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bestätigt werden könne (IVSTA-act. 207 S. 2 ff.).

6.9.4 In seiner versicherungsmedizinischen Würdigung vom 4. April 2022 aufgrund der Anfrage der IV-Stelle D._____ vom 16. März 2022 hielt Dr. H._____ zunächst fest, es liege ein neuer Bericht des behandelnden Orthopäden vor, der von einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit ausgehe. Die Beschwerdeführerin habe ab Herbst 2021 über zunehmende Kniebeschwerden beidseits geklagt, es seien Knieinfiltrationen vorgenommen worden und eine wesentliche Verbesserung sei nicht dokumentiert. Dr. H._____ diagnostizierte weiter eine verzögerte, aber zunehmende Knochenheilung betreffend den linken Rückfuss (bei bekanntem Vorzustand), eine linksseitige, mediale, mittelgradige Gonarthrose bei Verdacht auf eine degenerative Innenmeniskus-Läsion und bei Zustand nach Patellaluxation mit retropatellaren Beschwerden sowie rechts laterale Knieschmerzen und retropatellare Verschleisserscheinungen.

Weiter führte er aus, die Arztberichte (erwähnt werden diverse ärztliche Berichte von Dr. E._____ aus dem Zeitraum vom 30. November 2020 bis 1. März 2022, Berichte des Spitals F._____ vom 14. Januar 2021 und 24. März 2021, Berichte der Q._____klinik vom 23. April 2021, 3. Juni 2021 und 5. Juli 2021, Stellungnahmen des RAD vom 9. Juli 2021 und 8. Oktober 2021 sowie CT linker Fuss vom 19. März 2021) seien in Bezug auf die dokumentierte komplexe Vorgeschichte für eine fundierte versicherungsmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht geeignet. So würden beispielsweise Angaben zu allseitigen Untersuchungen fehlen, IV-fremde Faktoren würden nicht hinreichend berücksichtigt, es fänden sich nur wenig konkrete Angaben zur Ausprägung und zum Schweregrad der vorliegenden Störung, ein zumutbares Arbeitsprofil sei nicht erstellt worden und es finde sich keine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Eine weitere medizinische Sachaufklärung erscheine angezeigt.

Am 29. März 2022 sei eine rheumatologische RAD-interne Untersuchung erfolgt. Der Rheumatologe sei zum Schluss gekommen, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Dagegen sei die Versicherte aber in einer angepassten Tätigkeit ganztägig arbeitsfähig mit einer Leistungsreduktion von 20 % wegen erhöhten Pausenbedarfs.

Dr. H._____ schloss in der Folge auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit ab Mai 2020. In einer angepassten Tätigkeit sei die Versicherte ab November 2021 zu 80 % arbeitsfähig (ganztägige

Tätigkeit mit 20 % Leistungsreduktion wegen erhöhten Pausenbedarfs). Der Einwand inklusive der medizinischen Berichte vermöge hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts die Beurteilung des RAD vom 8. Oktober 2021 nicht zu beeinflussen. Zur Begründung hielt Dr. H._____ fest, es sei eine rheumatologische Untersuchung durchgeführt worden und dabei sei man zum gleichen Schluss gekommen wie in der RAD-Stellungnahme vom 8. Oktober 2021. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt (IVSTA-act. 209).

6.10 Die Vorinstanz äusserte sich in ihrer Verfügung vom 15. Juni 2022 nicht ausdrücklich dazu, ob eine Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Vergleich zum früheren Zustand eingetreten ist. Nachdem sich aber die Verfügung vom 8. Juni 2016 auf Beschwerden betreffend den rechten Fuss sowie Schulterbeschwerden bezog (vgl. vorne Ausführungen zum Sachverhalt Bst. A.b; es wurde eine befristete, abgestufte Rente zugesprochen und für die nachfolgende Zeit eine Arbeitsfähigkeit von 85 % und ein rentenausschliessendes Einkommen festgestellt), geht es im Neuanmeldeverfahren insbesondere um ein neu aufgetretenes Fussleiden am linken Fuss (vgl. vorne Ausführungen zum Sachverhalt Bst. B.a ff.), wobei diesbezüglich ab Januar 2018 mehrere Operationen erfolgt sind. Die sich vorab stellende Frage nach einer erheblichen Sachverhaltsveränderung ist daher zu bejahen. Dass eine neuanmelderechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt, wird im Übrigen von den Parteien nicht bestritten.

7.

Folglich ist in einem zweiten Schritt der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht neu und umfassend sowie ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (vgl. E. 5.8 vorstehend), wobei vorab festzustellen ist, ob die Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz eine rechtsgenügliche Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit bildet.

7.1 Die Vorinstanz ging gemäss der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2022 davon aus, retrospektiv habe bei Ablauf des Wartejahres im Januar 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vorgelegen. Ab dem 10. Januar 2020 bis Ende August 2021 habe aufgrund von Operationen und einem instabilen Gesundheitszustand eine volle Erwerbsunfähigkeit vorgelegen. Danach habe bis Ende Oktober 2021 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der

Maschinen- und Anlagebedienung sei ihr aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte gemäss Einschätzung des RAD nur noch im Umfang von 29 % zumutbar. Aktuell sei ihr die Ausübung einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (rein sitzend) im Umfang von 80-100 % zumutbar (IVSTA-act. 217 S. 26). Die Verfügung vom 15. Juni 2022 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. H._____ und Dr. R._____, wobei Dr. R._____ die Beschwerdeführerin persönlich rheumatologisch untersucht und Dr. H._____ eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hatte. Für beide Stellungnahmen gilt, dass auch bei nur geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 5.11 ff. vorstehend). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten und die durchgeführte rheumatologische Untersuchung es dem medizinischen Dienst erlaubten, sich ein vollständiges Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

7.2 Wie nachfolgend dargestellt wird, kann auf die RAD-Beurteilungen von Dr. H._____ nicht abgestellt werden.

7.2.1 Aus der Auflistung in der Stellungnahme von Dr. H._____ vom 4. April 2022 geht zwar hervor, dass ihm verschiedene medizinische Akten vorlagen, dabei handelte es sich aber lediglich um die aktuelleren Aktenstücke und bildgebenden Befunde (IVSTA-act. 209 S. 2 ff.; vgl. oben E. 6.9.4).

Auch aus den vorgängigen Stellungnahmen von Dr. H._____ erschliesst sich diesbezüglich keine umfassende Aktenkenntnis. In der Stellungnahme vom 4. November 2020 wurden unter «medizinischen Unterlagen/relevante Akten» verschiedene Berichte aufgelistet, es geht daraus aber nicht hervor, ob ihm sämtliche medizinischen Akten vorlagen (IVSTA-act. 156). In der Stellungnahme vom 9. Juli 2021 finden sich keine Angaben zu den vorgelegten Akten (IVSTA-act. 175). Gemäss Anfrage betreffend die Stellungnahme vom 8. Oktober 2022 wurde zwar das Dossier aktualisiert, es ist aber nicht ersichtlich, ob dieses Dr. H._____ vollständig vorlag (IVSTA-act. 183).

Damit steht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass Dr. H._____ insbesondere die Stellungnahme vom 4. April 2022 in Kenntnis sämtlicher vorliegenden medizinischen Akten verfasst

hat. Dieser Umstand begründet bereits Zweifel am Beweiswert seiner Beurteilung.

7.2.2 Wenn Dr. H._____ in seiner Stellungnahme vom 4. April 2022 ausführte, die von ihm konsultierten Arztberichte (insbesondere verschiedene Arztberichte von Dr. E._____, Berichte des Spitals F._____ und der Q._____klinik sowie Berichte des RAD aus dem Zeitraum vom 30. November 2020 bis 1. März 2022) seien nicht geeignet für eine fundierte versicherungsmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei der vorliegend dokumentierten komplexen Vorgeschichte (vgl. vorstehend E. 6.8.4), dann aber einzig gestützt auf die RAD-interne rheumatologische Beurteilung durch Dr. R._____ ohne weitere medizinische Ausführungen zum Schluss gelangt, es bestehe seit November 2021 eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 %, erscheint dies widersprüchlich und vermag auch inhaltlich nicht zu überzeugen.

Es fällt auf, dass Dr. H._____, welcher während des langwierigen Krankheitsverlaufs mit wiederholten operativen Eingriffen und schwierigen Heilungsverläufen mehrfach Beurteilungen, Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit und Prognosen auf Basis der sich in den Akten befindlichen ärztlichen Berichte gemacht und geändert hat, mit seinen neuesten Angaben seinen eigenen, vorgängig wiederholt gemachten Stellungnahmen widerspricht. So stützte er beispielsweise seine medizinische Einschätzung vom 8. Oktober 2021 ausdrücklich auf den Bericht von Dr. E._____ vom 15. Juli 2021 (IVSTA-act. 183 S. 2) und auch in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2021 berief er sich betreffend seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den Bericht des behandelnden Orthopäden (IVSTA-act. 175 S. 2).

7.2.3 Es fällt insbesondere auf, dass Dr. H._____ für seine Einschätzungen keine eigene Auseinandersetzung mit den verschiedenen Leiden der Beschwerdeführerin und insbesondere den Befunden in orthopädischer Hinsicht vornahm, d.h. keine versicherungsmedizinische Diskussion zur medizinischen Situation, den medizinischen Zusammenhängen und der Krankheitsentwicklung führte. Er übernahm die vom behandelnden Orthopäden gestellten Diagnosen fast wörtlich, ohne diesbezüglich weitere, eigene Ausführungen zu machen (IVSTA-act. 203 S. 2; 209 S. 3). Auch hieraus ergeben sich aus versicherungsmedizinischer Sicht Zweifel.

7.2.4 Hinsichtlich der Umschreibung der weiterhin zumutbaren Tätigkeiten findet sich im Bericht von Dr. H._____ vom 4. April 2022 lediglich eine

Wiedergabe der diesbezüglichen rheumatologischen Einschätzung, eigene Ausführungen hierzu fehlen.

7.2.5 Weiter ist zu bemängeln, dass Dr. H._____ auf die Frage der IV-Stelle D._____ nach seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab Mai 2020 in seiner versicherungsmedizinischen Würdigung vom 8. Oktober 2021 antwortete, es bestehe ab Mai 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, ab September 2021 von 50 % und ab November 2021 von 80-100 % (diese Feststellungen erfolgten ohne Angabe einer Begründung). Gemäss seiner neusten Stellungnahme vom 4. April 2022 hielt Dr. H._____ zwar fest, der Einwand inklusive medizinische Berichte vermöge hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts die Beurteilung des RAD vom 8. Oktober 2021 nicht zu beeinflussen. Er ging jedoch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ab Mai 2020 in einer angepassten Tätigkeit neu lediglich noch von einer solchen von 80 % ab November 2021 aus. Er führte aber nicht aus, warum er damit insbesondere von seiner vorgängigen Beurteilung abgewichen ist, wonach bereits ab September 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden hat (dies im Übrigen ausdrücklich gestützt auf einen Bericht von Dr. E._____ vom 15. Juli 2021; vgl. E. 6.6.6 vorstehend). Die Änderung in der Beurteilung ist nicht nachvollziehbar.

7.2.6 Dr. H._____ beschränkte sich zudem in seiner Begründung im Kern darauf, die Einschätzung des RAD-Rheumatologen wiederzugeben und diesbezüglich seine vorgängige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestätigt zu sehen (vgl. E. 6.9.4 vorstehend), obgleich Dr. R._____ im Gegensatz dazu ohne zeitliche Angaben und ausdrücklich aus rheumatologischer Sicht davon ausging, dass eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % bei einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit ausgeübt werden könne (vgl. E. 6.9.3 vorstehend).

7.2.7 Wie bereits ausgeführt, begründete Dr. H._____ in seinem Bericht vom 4. April 2022 die von ihm festgestellte Arbeitsunfähigkeit nicht. Auch in zeitlicher Hinsicht verzichtete er auf eine Auseinandersetzung mit den hauptsächlich orthopädischen (und später zusätzlich rheumatologischen) Befunden und deren Auswirkungen im zeitlichen Verlauf auf die Arbeitsunfähigkeit seit dem 26. Januar 2018 (Operationsdatum) aus versicherungsmedizinischer Sicht. Er gab lediglich an, der Einwand inklusive medizinische Berichte vermöge hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts die Beurteilung des RAD vom 8. November 2021 nicht zu beeinflussen, da eine rheumatologische Untersuchung durchgeführt worden sei und man zum gleichen Schluss gekommen sei wie der RAD in der Stellungnahme

vom 8. Oktober 2021, was nicht überzeugt (vgl. dazu auch nachfolgend E. 7.3).

7.2.8 Weiter machte Dr. H._____ auch keine Ausführungen zu den Arbeitsversuchen der Beschwerdeführerin und deren Verlauf aus versicherungsmedizinischer Sicht. Damit fehlt auch eine Auseinandersetzung zur Frage, ob die jeweiligen Arbeitsversuche tatsächlich in einer den Leiden angepassten Tätigkeit erfolgt sind.

7.2.9 Schliesslich verzichtete Dr. H._____ bei den Diagnosen auf eine Angabe der Klassifizierung nach ICD-10, womit keine fachärztlich einwandfreie Diagnostik vorliegt.

7.2.10 Zusammenfassend verfügte Dr. H._____ zwar über die notwendigen fachspezifischen Qualifikationen (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH), um zu den Beschwerden der Versicherten beweistauglich Stellung nehmen zu können. Seine sehr knapp gehaltenen und rudimentären Ausführungen und Schlussfolgerungen sind jedoch nicht nachvollziehbar und es fehlt an einer umfassenden gutachterlichen 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.

7.3 Basierend auf dem Bericht von Dr. R._____ vom 29. März 2022 kann ebenfalls keine vollständige und rechtsgenügliche Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts vorgenommen werden.

7.3.1 Dr. R._____ führte eine Untersuchung der Beschwerdeführerin durch und stützte sich zudem auf eine Auswahl zum damaligen Zeitpunkt neuerer Arztberichte und Bildgebungen (vgl. E. 6.9.3 vorstehend). Er hielt die Untersuchungsergebnisse seiner ärztlichen Untersuchung schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). Der Beweiswert seines Berichts ist somit mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern er den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und Dr. R._____ über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. An die Beweiswürdigung sind jedoch wie bereits erwähnt strenge Anforderungen zu stellen, so dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 5.13 ff. vorstehend).

7.3.2 Die Unterlagen, auf die Dr. R._____ sich stützte, müssen als sehr lückenhaft bezeichnet werden, nachdem ihm lediglich die Diagnoseerweiterung von Dr. E._____ vom 24. Februar 2022 und dessen Berichte vom 18. November 2021 und 2. November 2021 sowie der Bericht des Spitals F._____ vom 15. Juli 2021 vorlagen. Auch hinsichtlich der Bildgebung konsultierte er lediglich jene vom 17. Februar 2022 (MRI Knie rechts), 16. November 2021 (Röntgen Knie links) und vom 13. Juli 2021 (Röntgen Fuss links). Diese Berichte wurden aber in Bezug auf die Behandlung der Leiden verfasst und enthalten keine oder nur rudimentäre Angaben zu allfälligen Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeiten. Bereits der Umstand, dass der Bericht von Dr. R._____ offensichtlich auf einer lückenhaften Dokumentation basierte, begründet Zweifel an dessen Beweiswert.

7.3.3 Weiter fällt beim ärztlichen Bericht von Dr. R._____ auf, dass im Kapitel «Untersuchungsgrund / Fragestellung» die Rubrik «Beantwortung folgender Fragen:» keine Angabe enthält. Die Tatsache, dass kein Untersuchungsgrund respektive keine Fragestellung angegeben wurde und diesbezüglich somit Unklarheiten bestanden, führt ebenfalls zu Zweifeln am Beweiswert der medizinischen Einschätzung von Dr. R._____.

7.3.4 Dr. R._____ machte auch keinerlei Ausführungen zur Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Hinblick auf eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Verfügung. Zu den verschiedenen Berichten mit Befunden und Diagnosen und deren Verlauf äusserte er sich nicht. Auch äusserte er sich nicht zu sämtlichen rheumatologischen Leiden der Beschwerdeführerin, sondern lediglich zu jenen betreffend die Knie und – in rudimentärer Weise – zu jenen betreffend den linken Fuss.

7.3.5 Er versäumte es zudem, zur anhaltenden bzw. wiederkehrenden Arbeitsunfähigkeit seit dem 26. Januar 2018 (Operationsdatum) ausdrücklich Stellung zu nehmen, sondern äusserte sich ausschliesslich – und ohne jegliche Angaben zum Verlauf in zeitlicher Hinsicht – zur momentanen Situation. Er würdigte auch die ihm vorliegende Diagnoseerweiterung vom 24. Februar 2022 durch Dr. E._____, womit bescheinigt worden war, dass die Beschwerdeführerin nun auch durch beidseitige Kniebeschwerden relevant eingeschränkt sei, in keiner Weise.

7.3.6 Im Weiteren führte er zum jetzigen Leiden zwar insbesondere aus, es wäre gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin auch ein längeres Sitzen möglich, erst das Aufstehen danach könne starke Schmerzen

verursachen, wichtig sei die freie Position des Beines während des Sitzens und beim längeren Sitzen komme es dann auch zu einem Anschwellen des linken Fusses. Rein sitzende Tätigkeiten wären möglich, beide Schultern seien operiert und auch die Daumenstreckersehen auf der rechten Seite sei operiert, damit habe sie derzeit keine Probleme. Es komme aber auch immer belastungsabhängig zu leichten Beschwerden in der rechten Hand. Aus den Ausführungen zu den daraus zu ziehenden Schlüssen bezüglich der Arbeitsfähigkeit ist aber nicht zu entnehmen, wie sich die positionsabhängigen Beschwerden in der zumutbaren, rein sitzenden Tätigkeit bei fehlender mechanischer Belastung der unteren Extremitäten manifestieren und ob die Handbeschwerden allenfalls ebenfalls Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen. Es wurde lediglich ausgeführt, aufgrund der positionsabhängigen Beschwerden in den Kniegelenken und im linken Fuss bestehe eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Zum rechten Fuss wurden nur minimale Ausführungen gemacht – «OSG und USG frei beweglich, keine Synovitis, keine Tendovaginitis, Gaenselen negativ» – und es wurde diesbezüglich auch keine Bildgebung gesichtet.

7.3.7 Dr. R._____ nahm weiter keine Klassifikation der Leiden nach ICD-10 vor, womit keine fachärztlich einwandfreie Diagnostik vorliegt.

7.3.8 Zur fachlichen Qualifikation kann festgehalten werden, dass Dr. R._____ einen Facharztitel für Innere Medizin mit Zusatz Rheumatologie (A) führt. Damit verfügt er nicht über die von der Rechtsprechung geforderte Facharztqualifikation betreffend orthopädische Diagnosen und kann lediglich rheumatologische Leiden beurteilen, worauf er sich denn auch beschränkte. Dr. R._____ nahm entsprechend auch keine Beurteilung des gesamten Gesundheitszustands vor.

7.3.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gemäss Dr. R._____ aus rheumatologischer Sicht aktuell bestehende Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit bei einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit bei dieser Ausgangslage nicht nachvollzogen werden kann.

7.4 Das Gericht kann sich schliesslich auch nicht ausschliesslich auf die zahlreichen Berichte der verschiedenen behandelnden und konsultierten Ärzte und Kliniken stützen, welche verschiedene Diagnosen und bescheinigte Arbeitsunfähigkeiten enthalten. Diese Dokumente erlauben es nicht, als unmittelbare Entscheidgrundlage für ein abschliessendes Urteil herangezogen zu werden. Gemäss der Rechtsprechung kommt eine direkte

Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. So verfügt beispielsweise Dr. E._____ zwar über die notwendigen fachspezifischen Qualifikationen, um zu den orthopädischen Beschwerden der Versicherten, die er angegeben hatte, beweistauglich Stellung nehmen zu können. Seine Schlussfolgerungen sind aber mangels ausführlicher Begründungen auch nicht nachvollziehbar, was Dr. H._____ entsprechend zu Recht festgestellt hat. Weiter ist gemäss Rechtsprechung zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Zusammenfassend enthalten auch die Berichte der verschiedenen im Verlauf konsultierten oder behandelnden Ärzte keine vollständige und rechtsgenügliche Darstellung und Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts, sondern konzentrieren sich jeweils auf die Behandlung des aktuellen Gesundheitszustands.

7.5 Vorliegend kommt hinzu, dass rechtsprechungsgemäss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen muss. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Eine solche interdisziplinäre Gesamtschau findet sich in den vorliegend verfügbaren Unterlagen nicht, dies auch nicht im Hinblick auf die diagnostizierte Adipositas und die Entwicklung in psychiatrischer Hinsicht (diesbezüglich ist die jüngste Einschätzung – wenn auch ohne einschlägige Diagnose – am 30. März 2015 abgegeben worden; vgl. vorstehend E. 6.2.2).

7.6 Insgesamt war somit die Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz ungenügend. Die eingeholten Arztberichte erlauben es nicht, ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der geklagten Leiden zu machen und sie bilden keine rechtsgenügende Grundlage für die

abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeiten der Beschwerdeführerin während des massgebenden Zeitraums ab November 2017 (bei Neuanmeldung im Mai 2018) bis zur Verfügung vom 15. Juni 2022. Die Vorinstanz wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen. In Anbetracht der langjährigen und komplexen Beschwerden der Beschwerdeführerin hätte sich zudem eine interdisziplinäre Begutachtung aufgedrängt, auch hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs. Enthalten die Akten für die streitigen Belange wie vorliegend keine beweistauglichen Unterlagen, kann eine Stellungnahme der versicherungsinternen Fachpersonen in der Regel nur zu weiteren Abklärungen Anlass geben (vgl. oben E. 5.12). Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidgrundlage ist es vorliegend daher auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Beschwerden fehlt und die Vorinstanz sich im vorliegenden Verfahren lediglich auf die – wie dargelegt – ungenügenden internen Beurteilungen der RAD-Ärzte gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

7.7 Aufgrund des Wohnsitzwechsels der Beschwerdeführerin von der Schweiz nach Spanien im Frühjahr 2022 wird auch weiter abzuklären sein, ob diese weiterhin als (teil-)erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechend Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsbemessung hat (Klärung der Statusfrage; vgl. E. 5.15 vorstehend und E. 7.9 nachfolgend; IVSTA-act.215).

7.8 Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Gutheissung des Eventualantrags der Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen, Klärung der Statusfrage und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz die somatischen Beschwerden der Versicherten nicht

rechtsgenüglich abgeklärt und auch kein interdisziplinäres (Verlaufs)Gutachten eingeholt hat.

7.9 Die Vorinstanz wird angewiesen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten die Statusfrage rechtsgenüglich abzuklären. Diesbezüglich besteht insbesondere angesichts des Umzugs der Beschwerdeführerin nach Spanien und der Frühpensionierung ihres Ehemanns (vgl. IVSTA-act. 207 S. 5, 215) Klärungsbedarf, nachdem allenfalls Einschränkungen im Aufgabenbereich vorliegen könnten. Anschliessend hat die Vorinstanz eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Die Gutachter werden dabei im Rahmen einer Gesamtbetrachtung insbesondere zu beurteilen haben, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit wie auch – sofern die Beschwerdeführerin im Haushalt tätig wäre – im Aufgabenbereich bzw. in Haushaltsaktivitäten seit November 2017 und auch im zeitlichen Verlauf bestehen. Eine allfällige Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Haushalt wird sich dabei auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse zu stützen haben.

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen im Verlauf erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Sinnvollerweise ist dabei die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Verlauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ist besonderes Augenmerk auf die Zeit ab dem 26. Januar 2018 (Operationsdatum) zu legen.

Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie (nach Möglichkeit durch einen auf Fussleiden spezialisierten Gutachter), Rheumatologie und Psychiatrie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

7.10 Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7*m* der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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.). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. 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. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

8.
Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat ebenfalls keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es werden somit keine Verfahrenskosten erhoben.

8.2 Die im Sinne des Eventualantrags obsiegende 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 Vorinstanz. Da für die anwaltlichen Eingaben keine Kostennote eingereicht wurde, 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. 2’800.–

(inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 15. Juni 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

3.
Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2’800.– zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Christoph Rohrer	Vera Häne

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 Handen 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: