



Urteil vom 4. Dezember 2025

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Selin Elmiger-Necipoglu, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Michael Bütikofer,
Rechtsanwalt und Notar,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung (IV), Rentenanspruch,
Verfügungen der IVSTA vom 23. August 2022.

Sachverhalt:**A.**

Die 1966 geborene, verheiratete und in ihrer Heimat Deutschland wohnhafte A._____ (*im Folgenden*: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war bei der B._____ AG als Aussendienstmitarbeiterin tätig. Nachdem sie am 27. Mai 2013 ihren letzten effektiven Arbeitstag geleistet hatte, wurde das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen per 31. Dezember 2013 aufgelöst, wobei ihr weiterhin Krankentaggeldleistungen ausgerichtet wurden (Akten der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz] resp. der IV-Stelle des Kantons C._____ [*im Folgenden*: IV-Stelle C._____ resp. IV-act.] 1, 13, 17, 280 und 283).

B.

B.a Zufolge einer Bandscheibenoperation und eines Tremors meldete sich die Versicherte am 24. November 2013 bei der IV-Stelle C._____ zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung an (IV-act. 1; vgl. auch IV-act. 10). Nach Vorliegen von medizinischen Unterlagen (IV-act. 15 und 21) sowie der Akten des Krankentaggeldversicherers (IV-act. 17) gab pract. med. D._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*im Folgenden*: RAD) am 14. April 2014 eine Stellungnahme ab (IV-act. 23). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle C._____ der Versicherten am 22. April 2014 mit, aufgrund des Gesundheitszustands seien zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 27).

B.b In Kenntnis weiterer medizinischer Dokumente (IV-act. 43) sowie der aktualisierten Akten des Krankentaggeldversicherers (IV-act. 47) schlug pract. med. D._____ vom RAD am 26. März 2015 eine polydisziplinäre Begutachtung vor (IV-act. 49). Nach Eingang weiterer Arzt- und Laborberichte (IV-act. 52 und 54) wurde am 30. Juni 2015 die X._____ (*im Folgenden*: X._____; vgl. www.zefix.ch > Firmenname > kantonaler Auszug [infolge Aufhebung der Zweigniederlassung wurde der entsprechende Eintrag im Handelsregister im November 2022 gelöscht]; zuletzt besucht am 24. März 2025) mit der interdisziplinären Abklärung beauftragt (IV-act. 55). Nach den von den pract. med. D._____ und E._____ vom RAD am 29. Juni 2016 vorgenommenen Gutachtensprüfungen (IV-act. 69 und 70) erliess die IV-Stelle C._____ am 16. August 2016 einen Vorbescheid, mit welchem der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch*: IV-Grad) von 0 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt wurde (IV-act. 72).

B.c Hiergegen liess die Versicherte am 26. August 2016 vorsorglich ihre Einwendungen vorbringen (IV-act. 74 und 75), und am 27. September 2016 ersuchte der neue Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt und Notar Michael Bütikofer, um Gewährung einer Nachfrist zur Begründung der Einwendungen vom 26. August 2016 sowie um Akteneinsicht (IV-act. 79, 80 und 82). Nach weiteren Eingaben des Rechtsvertreters vom 21. November 2016 (IV-act. 86), 6. Januar 2017 (IV-act. 89), 14. August 2017 (IV-act. 115), 31. Oktober 2017 (IV-act. 118), 15. Juni 2018 (IV-act. 137) und 16. Juli 2018 (IV-act. 143) sowie Stellungnahmen von pract. med. D. _____ vom 16. Februar, 10. April und 19. Juni 2017 sowie 28. Juni 2018 (IV-act. 94, 108, 112 und 139) beauftragte die IV-Stelle C. _____ am 18. Juli 2018 die Y. _____ (vgl. www.zefix.ch > Firmenname > kantonalen Auszug, *im Folgenden*: Y. _____; zuletzt besucht am 24. März 2025) mit einer polydisziplinären Abklärung (IV-act. 144). Nach am 25. Januar 2019 erfolgter Fertigstellung der interdisziplinären Expertise (IV-act. 152) und einer Prüfung derselben durch pract. med. D. _____ am 7. Mai 2019 (IV-act. 162; vgl. auch IV-act. 163) erliess die IV-Stelle C. _____ am 21. August 2019 einen weiteren Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten bei einem IV-Grad von nunmehr 20 % erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte (IV-act. 168).

B.d Hiergegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 25. September 2019 ihre Einwendungen vorbringen (IV-act. 169). Nachdem Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD am 5. November 2019 und pract. med. D. _____ am 11. November 2019 ihre Stellungnahmen verfasst hatten (IV-act. 173 und 174), erliess die IV-Stelle C. _____ am 22. Januar 2020 eine dem Vorbescheid vom 21. August 2019 im Ergebnis entsprechende Verfügung (IV-act. 177). Die dagegen am 24. Februar 2020 bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts C. _____ erhobene Beschwerde (IV-act. 178 und 179) wurde nach Vorliegen der RAD-Stellungnahmen von pract. med. D. _____ und Dr. med. F. _____ vom 17. März 2020 (IV-act. 181 und 182) sowie derjenigen von Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 10. September 2020 (IV-act. 201) mit Urteil vom 30. Oktober 2020 insofern gutgeheissen, als die Verfügung der IV-Stelle C. _____ vom 22. Januar 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme ergänzender Abklärungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde (IV-act. 209).

C.

C.a In der Folge überwies die IV-Stelle C._____ am 29. Dezember 2020 die Akten zuständigkeitshalber an die IVSTA (IV-act. 219 bis 225). Nach Vorliegen von Berichten des H._____ -Zentrums (IV-act. 243 bis 245) und Stellungnahmen von Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 12. Mai 2021 (IV-act. 252) und Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurologie, vom 10. Juni 2021 (IV-act. 253) wurde am 21. Juni 2021 ein IV-Grad von 27 % ab Mai 2013 errechnet (IV-act. 255). Gestützt darauf wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Juni 2021 wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt (IV-act. 256).

C.b Hiergegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter mit Datum vom 27. Juli 2021 ihre Einwendungen vorbringen (IV-act. 260). Daraufhin empfahl der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. K._____ vom medizinischen Dienst der IVSTA am 7. Oktober 2021, bei der Verbindungsstelle einen rheumatologischen, neurologischen sowie einen psychiatrischen Bericht in Auftrag zu geben, um den Fall anschliessend dem "interdisziplinären Rapport" vorzulegen (IV-act. 267). In der Folge ersuchte die IVSTA am 7. Oktober 2021 die Deutsche Rentenversicherung um Durchführung einer neurologischen und rheumatologischen Untersuchung sowie um Zustellung eines psychiatrischen Berichts (IV-act. 269); gleichentags annullierte sie den Vorbescheid vom 24. Juni 2021 (IV-act. 270).

C.c Nach Vorliegen des neurologisch-psychiatrischen Gutachtens des Neurologen und Psychiaters Dr. med. L._____ vom 18. November 2021 (IV-act. 278; vgl. www.dr-L._____.de; zuletzt besucht am 24. März 2025) und der rheumatologischen Expertise des Internisten und Rheumatologen Dr. med. M._____ vom 28. Februar 2022 (IV-act. 297) sowie der IVSTA-internen Ergebnisse des Ärztekonsiliums vom 5./11. Mai 2022 (IV-act. 307) wurde mit Datum vom 18. Mai 2022 ein neuer Einkommensvergleich erstellt (IV-act. 312; vgl. auch IV-act. 309). Daraufhin erliess die IVSTA am 10. Juni 2022 einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten bei einem IV-Grad von 100 % eine ganze IV-Rente vom 1. Juni 2016 bis 30. April 2017 und vom 1. August 2017 bis 30. Juni 2018 sowie ab dem 1. Februar 2020 in Aussicht stellte (IV-act. 319); der entsprechende Beschluss datiert vom 15. August 2022 (IV-act. 325). In der Folge erliess die IVSTA am 23. August 2022 vier Verfügungen, mit welchen sie der Versicherten für die Zeiten vom 1. Juni 2016 bis 30. April 2017, 1. August 2017 bis 30. Juni 2018 und 1. Februar 2020 bis 30. September 2021 bzw. ab 1. Oktober 2021 eine ganze IV-Rente zusprach (IV-act. 331 bis 334).

D.

D.a Hiergegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 26. September 2022 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügungen vom 23. August 2022 seien insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin für die Perioden vom 1. Juni 2013 bis 31. Mai 2016, vom 1. Mai 2017 bis 31. Juli 2017 und vom 1. Juli 2018 bis 31. Januar 2020 keine ganze Invalidenrente zugesprochen werde, und es sei die Vorinstanz zu verurteilen, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. Juni 2013 bei einem IV-Grad von 100 % eine ganze IV-Rente auszurichten, zuzüglich Verzugszinsen seit wann rechtens. Eventualiter seien die Verfügungen vom 23. August 2022 insoweit aufzuheben, als damit der Beschwerdeführerin für die Perioden vom 1. Juni 2013 bis 31. Mai 2016, vom 1. Mai 2017 bis 31. Juli 2017 und vom 1. Juli 2018 bis 31. Januar 2020 keine ganze IV-Rente zugesprochen werde, und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen verbunden mit der Anordnung, neue Verfügungen im Sinne der Beschwerde zu erlassen (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: BVGer-act.*] 1).

Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, dem Gutachten der X. _____ vom 29. Dezember 2015 komme im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung voller Beweiswert zu. Aus den entsprechenden Ergebnissen ergebe sich, dass der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. Juni 2013 eine ganze IV-Rente zustehe. Dies freilich umso mehr, als auch der weitere Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin eindeutige, invalidisierende Beschwerden belege. Die Beschwerden, mit welchen sich die Beschwerdeführerin spätestens ab Juni 2013 konfrontiert gesehen habe, seien somatischen Ursprungs. Nach dem Folgeeingriff vom 31. August 2017 habe die Beschwerdeführerin an erheblichen, im Verlauf stark zunehmenden Schmerzen am Gesäss und Bein rechts gelitten. Eine radiologische Untersuchung habe eine partielle extracorporelle Lage des im Rahmen des Eingriffs vom 31. August 2017 eingebrachten Implantats gezeigt. Aus diesem Grund habe sich die Beschwerdeführerin am 24. November 2017 zwecks Repositionierung des Implantats bei Dr. med. N. _____ einer Revisionsoperation unterziehen müssen. Das X. _____-Gutachten vom 5. Januar 2016 unterscheide sich vom Y. _____-Gutachten vom 25. Januar 2019 darin, dass die Experten der X. _____ der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer Verweistätigkeit eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, währenddem die Y. _____-Gutachter die Beschwerdeführerin sowohl in

einer Verweistätigkeit als auch – "nach Behandlung" – in der angestammten Tätigkeit als zu 80 % arbeitsfähig sehen würden. Es zeige sich, dass zwar beide Gutachterstellen bei der Beschwerdeführerin insbesondere ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont sowie eine chronische Schmerzstörung diagnostizierten, sich jedoch in der Beurteilung der Auswirkung dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit diametral unterschieden. Damit liege mit der Y. _____-Begutachtung nichts anderes vor als eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts.

Die Y. _____-Gutachter hätten keine eindeutigen Hinweise für eine dissoziative Störung erkennen wollen. Zum einen gehe es vorliegend um die Beurteilung eines langjährigen chronischen therapieresistenten Verlaufs, der seit der ersten Rückenoperation vom 27. Juni 2013 persistiere. Zum anderen stehe aktenkundig fest, dass erst das MRI vom 30. Juni 2016 der Schmerzklinik O. _____ den Nachweis erbracht habe, dass die Beschwerdeführerin seit bzw. als Folge der ersten Operation an einer mediolateralen Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel S1 gelitten habe. Die MRI-Untersuchung vom 30. Juni 2016 habe damit nichts Weiteres als den Beweis für einen eindeutig somatischen Ursprung der persistierenden Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin geliefert. Es bedürfe keine langen Ausführungen dazu, dass die Auffassung der Y. _____-Gutachter nicht zutrefte. Es stehe fest, dass die Beschwerdeführerin nunmehr seit fast neun Jahren an massivsten Rückenschmerzen leide, für welche sie sich in ständiger Behandlung in diversen Kliniken befinde. Es sei keineswegs verwunderlich, wenn die Beschwerdeführerin nach einem mehrjährigen Verlauf ein ihre Arbeitsfähigkeit praktisch gänzlich ausschliessendes chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine abhängige Persönlichkeitsstörung entwickelt habe, wie diese die X. _____-Gutachter bereits in ihrer Expertise vom 29. September 2015 festgestellt hätten. Im Rahmen der Beurteilung des langen und schmerzvollen Leidensweges, den die Beschwerdeführerin seit der ersten Wirbelsäulenoperation im Juni 2013 zurückgelegt habe, dürfe denn auch ihre Lebensgeschichte "mit einer sehr schwierigen Kindheit und Partnerschaft" nicht unberücksichtigt bleiben. Die Y. _____-Gutachter wollten dies nicht als Auslöser einer dissoziativen Störung gelten lassen. Im Gegensatz dazu würden die X. _____-Gutachter genau hierin die Ursache "für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung" erkennen. Nachdem aktenkundig feststehe, dass die Beschwerdeführerin infolge der ersten Wirbelsäulenoperation vom 27. Juni 2013 einen iatrogenen Nervenschaden erlitten habe, dass dieser Nervenschaden die Nervenwurzeln auf

Höhe L5/S1 entzündlich injiziert und anschwellen lassen habe und dass diese Symptome geeignet gewesen seien, bei der Beschwerdeführerin ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie eine Fussheberlähmung rechtsseitig zu bewirken, erweise es sich als nachvollziehbar, wenn die Beschwerdeführerin eine die Arbeitsfähigkeit praktisch gänzlich ausschliessende dissoziative Störung entwickle. Daran ändere auch die divergierende Auffassung des RAD nichts. Zudem erschienen die Verfügungen der Vorinstanz auch vor dem Hintergrund der neusten Gutachten der Dres. med. L. _____ und M. _____ als nicht nachvollziehbar. Auch diese Fachärzte attestierten der Beschwerdeführerin keine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit. Damit stimmten die Beurteilungen der beiden deutschen Experten mit denjenigen im X. _____ überein. Es vermöge mehr als nur zu erstaunen, wenn die Vorinstanz auf der einen Seite weitere Abklärungen tätige und dabei medizinische Beurteilungen einhole, auf der anderen Seite auf diese ergänzenden Abklärungsergebnisse der Dres. med. L. _____ und M. _____ dann aber nicht abstelle geschweige denn darlege, weshalb auf diese ergänzenden Ergebnisse nicht abgestellt werden könne.

D.b Im Rahmen einer weiteren Eingabe vom 26. September 2022 liess die Beschwerdeführerin beantragen, es sei ihr rückwirkend ab dem 25. August 2022 für das vor dem Bundesverwaltungsgericht angehobene Beschwerdeverfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege zu gewähren und ihr der unterzeichnende Anwalt als amtlicher Anwalt beizuordnen (BVGer-act. 2; vgl. auch BVGer-act. 3 [Nachtrag]).

D.c Am 30. September 2022 ersuchte das Bundesverwaltungsgericht die Vorinstanz um fristgerechte Zustellung sämtlicher Akten, insbesondere auch den Zustellnachweis der angefochtenen Verfügungen vom 23. August 2022 (BVGer-act. 4).

D.d Mit prozessleitender Verfügung vom 3. November 2022 wurde die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Aktenentscheid) aufgefordert, innert Frist das dieser Verfügung beigelegte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer-act. 5); dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin innert gesetzter Frist nach (BVGer-act. 6).

D.e Mit Zwischenverfügung vom 9. Januar 2023 wies die Instruktionsrichterin das Gesuch der Beschwerdeführerin um Erteilung des Rechts auf

unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung ab. Die Beschwerdeführerin wurde unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert, innert Frist einen Kostenvorschuss von Fr. 800.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (BVGer-act. 7 und 8); dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin nach (BVGer-act. 9).

D.f In ihrer Vernehmlassung vom 28. Februar 2023 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 11).

Zur Begründung brachte sie zusammengefasst vor, das Expertengremium des ärztlichen Dienstes habe im Rahmen seiner Sitzung vom 5. Mai 2022 die medizinischen Akten gründlich analysiert. Die ärztlichen Experten seien dabei zum Schluss gelangt, dass nicht auf die Beurteilung im X. _____- Gutachten, sondern auf jene im Gutachten der Y. _____ abzustellen sei. Dementsprechend sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin ab dem 27. Juni 2013 festzustellen, während in leidensangepassten Verweistätigkeiten, mit Ausnahme von zwei längeren postoperativen Phasen, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestanden habe. Ab der neuerlichen operativen Intervention vom 10. Februar 2020 bestehe aufgrund der verschlechterten somatischen Situation eine generelle volle Arbeitsunfähigkeit. Gemäss dem Einkommensvergleich vom 18. Mai 2022 habe der IV-Grad während den Phasen der 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten jeweils 27.3 % betragen. Es habe folglich während diesen Phasen keine anspruchsbegründende Invalidität bestanden. Neue Aspekte, welche dem ärztlichen Dienst nicht bekannt gewesen wären, ergäben sich nicht aus der Beschwerde. Die Beurteilung vom 5. Mai 2022 habe sich auf die vollständigen Akten gestützt und habe die in der Beschwerde zitierten früheren Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes ersetzt.

D.g In ihrer Replik vom 18. April 2023 liess die Beschwerdeführerin weitere Ausführungen machen resp. auf diejenigen in der Beschwerde verweisen und an den darin gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten (BVGer-act. 13).

D.h Nach Eingang der Kostennote vom 20. April 2023 (BVGer-act. 15) führte die Vorinstanz mit Datum vom 25. April 2023 duplicando aus, der Vernehmlassung vom 28. Februar 2023 sei nichts weiteres mehr anzufügen, und es verbleibe dementsprechend bei den darin gestellten Anträgen (BVGer-act. 16).

D.i Mit prozessleitender Verfügung vom 28. April 2023 schloss die Instruktionsrichterin unter dem Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen den Schriftenwechsel (BVGer-act. 17).

D.j Am 24. Februar 2025 teilte das Bundesverwaltungsgericht der Beschwerdeführerin mit, es beabsichtige, die Sache zwecks ergänzender Sachverhaltsabklärungen sowie neuer Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wies aufgrund des offenen Ausgangs auf die Gefahr einer reformatio in peius hin und gewährte ihr das rechtliche Gehör (BVGer-act. 20). Die Beschwerdeführerin liess mit Schreiben vom 19. März 2025 an ihrer Beschwerde festhalten (vgl. BVGer-act. 21).

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVV; SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen

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

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 VwVG sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der Verfügungen vom 23. August 2022 (IV-act. 331 bis 334) ist die Beschwerdeführerin insofern berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, als ihr für die Perioden vom 1. Juni 2013 bis 31. Mai 2016, 1. Mai 2017 bis 31. Juli 2017 sowie vom 1. Juli 2018 bis 31. Januar 2020 keine (ganze) IV-Rente zugesprochen wurde (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer-act. 9), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die Verfügungen vom 23. August 2022 (IV-act. 331 bis 334), mit welchen die Vorinstanz der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 100 % vom 1. Juni 2016 bis 30. April 2017, 1. August 2017 bis 30. Juni 2018 sowie vom 1. Februar 2020 bis 30. September 2021 resp. ab 1. Oktober 2021 eine ganze IV-Rente zugesprochen hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verwaltungsakte und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt resp. ob die Beschwerdeführerin auch für die Perioden vom 1. Juni 2013 bis 31. Mai 2016, 1. Mai 2017 bis 31. Juli 2017 sowie 1. Juli 2018 bis 31. Januar 2020 Anspruch auf eine (ganze) IV-Rente hat.

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

1.6 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im

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

2.

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

2.1 Die Beschwerdeführerin verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. 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).

2.2 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch

Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010). Erfolgt – wie vorliegend (Verfügungsdatum: 23. August 2022) – die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; vgl. zum Ganzen auch Urteil des BGer 8C_43/2023 vom 29. November 2023 E. 2; zur Beurteilung der Frage nach der Anwendbarkeit welchen Rechts in intertemporalrechtlicher Hinsicht vgl. BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1; 130 V 445).

2.3 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (IV-act. 321), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

2.4 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 8 Rz. 7).

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). 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 ATSG).

2.5 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.6 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre

Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

2.7 Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung bestand der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid war. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % bestand Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

2.8 Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

2.9 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Ärztliche Auskünfte sind eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer *lege artis* gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2).

Durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht ist zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug,

Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), d.h. sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Am Beispiel rezidivierender depressiver Entwicklungen leichten bis mittleren Grades veranschaulicht, wie sie in der IV-rechtlichen Invaliditätsprüfung sehr oft im Vordergrund stehen, bedeutet dies: Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders – Durchführungsstelle oder Gericht – Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.1 mit Hinweisen auf BGE 143 V 418 E. 6 und BGE 145 V 361 E. 4.3).

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

damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 135 V 465 E. 4.4 bis E. 4.6).

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

3.

Der Vorinstanz dienten in medizinischer Hinsicht als Entscheidungsgrundlage in erster Linie das polydisziplinäre Gutachten der Y._____ vom 25. Januar 2019 (IV-act. 152) sowie die – die früheren ärztlichen Stellungnahmen ersetzende (BVGer-act. 11) – Beurteilung des IV-internen medizinischen Dienstes vom 5. Mai 2022 (vgl. das diesbezügliche Protokoll vom 11. Mai 2022; IV-act. 307). Die Beschwerdeführerin hingegen stützte sich vorrangig auf das X._____ -Gutachten vom 29. Dezember 2015 (IV-act. 63). Diese sowie – falls massgeblich – weitere fachärztliche Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen. Dabei ist zu prüfen, ob eine rechtsgenügende und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegt resp. ob sich der rechtserhebliche Sachverhalt als vollständig abgeklärt und gewürdigt erweist. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 100 % vom 1. Juni 2016 bis 30. April 2017, 1. August 2017 bis 30. Juni 2018 sowie vom 1. Februar 2020 bis 30. September 2021 resp. ab 1. Oktober 2021 eine ganze IV-Rente zugesprochen hat (vgl. E. 1.4 hiervor) und somit die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter dieser Gesetzesnormen bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG als erfüllt qualifiziert hatte (vgl. E. 2.6 und 2.7 hiervor). Weiter hatte sie im Rahmen der rückwirkenden Zusprechung der befristeten IV-Renten die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen in ebenfalls nicht zu beanstandender Weise analog angewendet (vgl. IV-act. 307 S. 2; BGE 109 V 125 E. 4a; AHI 1998 S. 121 E. 1b; zur Revision von Invalidenrenten vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 88a Abs. 1 IVV in Verbindung mit Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4; BGE 141 V 9 E. 2.3 und 5.2; BGE 133 V 108 E. 5.4; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.1

3.1.1 Im X._____ -Gutachten vom 29. Dezember 2015 wurde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (mit/bei einem Status nach Diskektomie L5/S1 rechts am 27. Juni 2013, einem radikulär anmutenden Schmerzsyndrom S1 rechts und Wurzel L5 rechts intermittierend, einer rechtslateralen

und rezessalen Diskushernie LWK5/SWK 1 und ohne persistierende höhergradige objektivierbare radikuläre Ausfälle), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7) diagnostiziert. Weiter wurde zusammenfassend ausgeführt, die Versicherte sei aus rein somatischer (rheumatologischer bzw. neurologischer) Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nur qualitativ eingeschränkt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Handelsvertreterin sei nicht mehr zumutbar. Für eine behinderungsangepasste, körperlich leichte und wechselbelastende, rückschonende Tätigkeit sei sie hingegen von Seiten des Bewegungsapparates zu 100 % arbeitsfähig. Hingegen seien die rechtsseitige Fühlstörung und das Zittern am gesamten Körper mit einer deutlichen Rechtsbetonung an den Armen ebenso wie das Einknicken in den Knien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht neurologisch bzw. organisch zu erklären. Diese Störungsbilder bedingten daher im engeren Sinne keine neurologische Arbeitsunfähigkeit, sondern seien im Rahmen der psychiatrischen Problematik zu erklären. Aktuell bestehe aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine 80%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit der Operation 2013 bestehe. Es sei allerdings noch kein langjähriger chronischer therapieresistenter Verlauf gegeben. Die Versicherte befinde sich auch in keiner ambulanten Gesprächstherapie. Dies wäre sicherlich erforderlich, um die vermuteten unbewussten Konflikte zu analysieren und letztendlich zu bearbeiten. Letztendlich sei hier ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen gegeben. Man gehe allerdings davon aus, dass eine intensive Gesprächstherapie durchaus eine deutliche Besserung der Schmerzsymptomatik bewirken könnte, was natürlich auch mit einer Zunahme der Arbeitsfähigkeit einhergehen würde, sodass man eine Wiederbegutachtung in etwa zwei Jahren vorschlage. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin sei die Versicherte seit der Exazerbation ihrer Rückenproblematik Ende Mai 2013 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten (körperlich leichten und wechselbelastenden, rückschonenden) Verweistätigkeit sei sie aktuell nur zu höchstens 20 % arbeitsfähig. Ohne die vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen werde der Chronifizierungsprozess weitergehen, sodass auch mit einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen sei.

3.1.2 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) der Y. _____-Expertise vom 25. Januar 2019 wurde mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit) eine verminderte

Rückenbelastbarkeit (mit/bei chronifiziertem lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts betont, Zuständen nach Diskektomie L5/S1 rechts am 27. Juni 2013, Denervation des dorsalen Root Ganglions und periradikuläre Infiltration L5 rechts am 17. Juni 2016, Revisionsnukleotomie und Dekompression L5/S1 rechts am 20. Oktober 2016, ventraler intercorporeller Spondylodese L5/S1 am 31. August 2017, ventraler intercorporeller Revisions-Spondylodese L5/S1 am 24. November 2017, *neurologisch*: ohne elektrophysiologischen und klinischen Hinweis für relevante Radikulopathie rechts, bei funktioneller sensomotorischer Störungssymptomatik, bei verminderter Entspannungsfähigkeit und erhöhter Stressvulnerabilität mit funktionellem Tremor sowie wahrscheinliche Verletzung des sympathischen Grenzstranges rechts [sympathisch vermittelte vaskuläre Dysregulation im rechten Fuss]) diagnostiziert. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurde unter anderem eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), Stress und Mangel an Entspannung (ICD-10: Z73) sowie ein initiales axonales Polyneuropathiesyndrom unklarer Genese diagnostiziert. Weiter wurde zusammengefasst vorgebracht, es ergäben sich Diskrepanzen dahingehend, dass die geklagten Beschwerden nicht nachvollziehbar seien resp. diese im Widerspruch stünden zu den Angaben, regelmässig Autofahren zu müssen zum Erhalt der Mobilität. Gleichermassen sei das Ausmass der Schmerzen zumindest auch aktuell fraglich angesichts der Ergebnisse der Medikamentenspiegelbestimmung (zu dem aktuell angegebenen Schmerzmittel Tramadol seien lediglich Spuren im Blut nachweisbar). Auch die Tremores seien in einer physiologischen Frequenz zu beschreiben, entsprechend keinem organisch neurologischem Tremor-Bild. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Aussendienstmitarbeiterin) erscheine gegenwärtig eher nicht realistisch geeignet. Es sollte nach Behandlung aber wieder zumindest weitgehend möglich sein (dann zirka 80 %); dies dürfte auch schon seit der Erstopoperation im Juni 2013 gelten. In einer ideal angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, überwiegend sitzende Anteile) wäre eine Arbeitsfähigkeit ganztägig mit lediglich Einschränkungen um 20 % begründbar. Auch dieses dürfte rückblickend etwa seit der Erstopoperation im Juni 2013 gelten ("Mit Ausnahme AUF-Zeiten 100 % jeweils peri-/postoperativ"). Als medizinische Massnahmen seien insbesondere eine psychiatrische/psychosomatische Behandlung zu empfehlen, sollte die Neigung zur erhöhten Stressreaktion und funktionell muskulärer Anspannungsreaktion konsequent behandelt werden. So seien detonierte Massnahmen, Entspannungsmassnahmen, Achtsamkeitstraining, gegebenenfalls Biofeedback-Behandlung sinnvoll. Psychopharmakologisch sollte die Behandlung erweitert und insbesondere

auch mit Laborkontrollen überwacht werden. Die Versicherte verfüge aber auch über sehr gute Ressourcen, wie aus der früheren Arbeitsbiografie abgeleitet werden könne. An diese Ressourcen könne angeknüpft werden.

3.1.3 In seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 18. November 2021 führte der Neurologe und Psychiater Dr. med. L. _____ folgende Diagnosen auf: Verdacht auf degenerative Hirnerkrankung (ICD-10: G31.9V; Differenzialdiagnose: Encephalomyelitis disseminata [ICD-10: G35.9V]), rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.9), Zwangsstörung (ICD-10: F42.9). Weiter berichtete Dr. med. L. _____, im derzeitigen Zustand stehe die Versicherte dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Das gesamte Zustandsbild sei auch noch nicht ausreichend abgeklärt. Die Verdachtsdiagnose Multiple Sklerose (*im Folgenden: MS*) stehe immer noch im Raum. Die Versicherte berichte, dass sie demnächst auch deswegen einer MRT unterzogen werde. Es handle sich mit Sicherheit um eine seltene degenerative Hirnerkrankung, falls die MS tatsächlich ausgeschlossen sein sollte. Das Bandscheibenleiden genüge nicht als Erklärung für die vielfältigen Beschwerden und auch Befunde. Insbesondere seien extrapyramidalmotorische Bewegungsstörungen nicht mit einer Bandscheibenerkrankung vergesellschaftet. Auszuschliessen wäre weiterhin eine "Wilson Erkrankung". Halluzinationen habe die Versicherte tatsächlich unter Paresen bekommen, worüber sie aber niemandem etwas gesagt habe. Auch dieses könnte für eine Wilson-Erkrankung sprechen. Im Schlussblatt mit sozialmedizinischer Beurteilung des Leistungsvermögens hielt Dr. med. L. _____ schliesslich fest, dass die Versicherte seit dem 27. Mai 2013 sowohl in der letzten beruflichen Tätigkeit (Sales Manager, Aussendienst, Handelsvertreterin) als auch in einer anderen nur noch unter drei Stunden pro Tag arbeiten könne (IV-act. 278).

3.1.4 Der Internist und Rheumatologe Dr. med. M. _____ erwähnte in seinem Gutachten vom 28. Februar 2022 unter Diagnosen eine chronifizierte persistierende Lumboischialgie rechts nach Multichirurgie (fünf Eingriffe) und eine Niereninsuffizienz (vermutlich Stadium 1 minus); eine rheumatische Autoimmunerkrankung schloss er aus. Weiter berichtete er zusammengefasst, der von ihm veranlasste Coeruloplasminspiegel spreche bei Normalbefund und unauffälligen Leberwerten gegen die Kupferspeichererkrankung M. Wilson. Der vom Nervenarzt ebenfalls geäusserte Verdacht auf eine MS bedürfte einer stationären Diagnostik mit cerebralem MRT und einer Lumbalpunktion. In Anbetracht der Krankheitsgeschichte sei dies für die Leistungsbeurteilung nicht erforderlich. Die fünffachen operativen Wirbelsäulen-Eingriffe auch mit Einbringung eines wohl deplazierten Titan-

Cage mit Entfernung und möglicher Grenzstrang-Irritation erklärten das komplexe Schmerz-Beschwerdebild. Die im nervenärztlichen Gutachten aufgeführten erheblichen Belastungen in der Adoleszenz und dem weiteren Lebensweg erklärten nicht die objektiven Einschränkungen des Bewegungsapparates mit links betonten Beinschmerzen und ausgeprägtem Tremor der Extremitäten. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung führte Dr. med. M. _____ schliesslich aus, sowohl die letzte berufliche Tätigkeit als auch eine andere dem positiven und negativen Leistungsbild entsprechende Arbeit könne seit 2013 bloss noch unter drei Stunden täglich ausgeübt werden (IV-act. 297).

3.1.5 Im Protokoll vom 11. Mai 2022 betreffend die IV-interne medizinische Beurteilung vom 5. Mai 2022 wurde zusammengefasst ausgeführt, betreffend das X. _____-Gutachten sei die Bewertung des RAD vom 29. Juni 2016 zu bestätigen. Man betrachte diese Expertise als nicht abschliessend. Angesichts der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung und der Persönlichkeitsstörung, verbunden mit geringen funktionellen Einschränkungen und guten Ressourcen, die der Versicherten zur Verfügung stünden, gelte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als inkohärent. Die entsprechenden Schlussfolgerungen würden deshalb nicht in die Beurteilung miteinbezogen. Gemäss der Y. _____-Expertise von 2019 sei die Versicherte in der angestammten Erwerbstätigkeit arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit seit Juni 2013 zu 20 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Diese Arbeitsunfähigkeiten seien ausschliesslich auf die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (rheumatologische und neurologische) zurückzuführen. Aus psychiatrischer Sicht hätten die Persönlichkeitsakzentuierung und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Mit Blick auf die von den Experten abgegebene detaillierte Anamnese und die funktionellen Einschränkungen sei diese Evaluation als schlüssig zu qualifizieren. Unter Berücksichtigung des Dargelegten sollten die von den Experten in der Evaluation von 2019 erwähnten Arbeitsunfähigkeiten beibehalten werden (100% in der bisherigen Tätigkeit und 20 % in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit). Diese Arbeitsunfähigkeit gelte ab der ersten, am 12. Juni 2013 erfolgten Rückenoperation. Im Hinblick auf die Eingriffe vom 27. Juni 2013, 17. Juni 2016, 20. Oktober 2016, 31. August 2017 und 27. November 2017 sei es für die postoperative Perioden angemessen, von einer vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Am 10. Februar 2020 habe sich die Versicherte einer erneuten Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule unterzogen. Zunächst sei zu präzisieren, dass dieser Eingriff nicht zu einer

Verbesserung des Gesundheitszustands geführt habe. Gemäss dem neurologischen und psychiatrischen Gutachten vom 18. November 2021 und insbesondere dem rheumatologischen Gutachten vom 28. Februar 2022 und dem Bericht von Dr. med. P. _____ vom 17. Februar 2022 (vgl. IV-act. 296) läge aufgrund der somatischen Beeinträchtigungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten vor. Diese Elemente bestätigten daher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten wegen den somatischen Diagnosen, welche insgesamt zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit der Intervention vom Februar 2020 führen würden. Aus psychiatrischer Sicht erlaubten die vorgelegten Unterlagen keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Gutachten von 2019.

3.2 Hinsichtlich der medizinischen, somatischen Situation der Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2020 ist mit Blick auf die IV-interne medizinische Beurteilung vom 5. Mai 2022, welche im Sinne von Art. 54a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 49 Abs. 1^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201; beide Normen in Kraft seit 1. Januar 2022) erstellt worden ist, vorab festzuhalten, dass die Vorinstanz dieser Beurteilung und damit einhergehend der Expertise des Internisten und Rheumatologen Dr. med. M. _____ vom 28. Februar 2022 sowie dem Bericht von Dr. med. P. _____ vom 17. Februar 2022 (IV-act. 296) zwar volle Beweiskraft zumass. Die Frage, ob der Beschwerdeführerin somit zurecht ab dem 1. Februar 2020 eine ganze IV-Rente zugesprochen wurde, muss an dieser Stelle jedoch offengelassen werden, denn vor dem Hintergrund, dass gemäss den nachfolgenden Erwägungen für den Zeitraum Mai 2014 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG [Anmeldedatum: 24. November 2013]) bis Ende Januar 2020 weitere medizinische Abklärungen in somatischer und psychischer Hinsicht durchzuführen sind und der Streitgegenstand den Rentenanspruch als Ganzes betrifft (vgl. BGE 135 V 148 E. 5.2 m.H.), ist im Lichte der Einheit des Rentenverhältnisses (BGE 125 V 413) ein abschliessender materieller Entscheid über die Rentenfrage ab 1. Februar 2020 nicht zulässig (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_526/2022 vom 6. Februar 2023 E. 4.1; 8C_263/2021 vom 11. Oktober 2021 E. 2.2.1).

3.3 Nachfolgend ist in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob einerseits das X. _____-Gutachten vom 29. Dezember 2015 oder andererseits die Y. _____-Expertise vom 25. Januar 2019 die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise erfüllt.

3.3.1 Betreffend die X. _____-Expertise vom 29. Dezember 2015 ergibt sich das Folgende:

3.3.1.1 Mit Blick auf das Datum der Erstellung der X. _____-Expertise vom 29. Dezember 2015 und die vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 23. August 2022 ergibt sich vorab, dass zwischen der Gutachtenserstellung und dem Verfügungserlass über sechseinhalb Jahre vergangen waren. Zwar ist zur Beantwortung der Frage, ob die Expertise der X. _____ hinreichend aktuell ist, nicht primär auf das formelle Kriterium des Alters des Gutachtens abzustellen. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den Administrativgutachten ist vielmehr die materielle Frage

massgeblich, ob es Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung gegeben hat, sei dies im somatischen oder psychischen Bereich (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.1; 9C_643/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.1; 8C_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 4.3).

3.3.1.2 Das somatisch-rheumatologische und das neurologische Teilgutachten der Dres. med. Q. _____ und R. _____ (IV-act. 63 S. 22 bis 30) sind bereits mit Blick auf die nach der Gutachtenserstellung erfolgten operativen Eingriffe vom 17. Juni 2016, 20. Oktober 2016, 31. August 2017, 27. November 2017 und 10. Februar 2020 (vgl. E. 3.1.5 hiervor) längst nicht mehr aktuell, weshalb diese Expertisen keine rechtsgenügenden Entscheidungsgrundlagen darstellen können (vgl. E. 3.3.1.1 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung des Rheumatologen Dr. med. Q. _____ vom X. _____ (IV-act. 63 S. 25 und 26), wonach die von der Versicherten beklagten, persistierenden Beschwerden mangels Befunds im Anschluss an die Bildgebung mittels CT der LWS und Myelographie rheumatologisch nicht erklärbar seien, weshalb ein grösserer Teil dieser als funktionelle Überlagerung gedeutet werden müsse, nach Vorliegen des Operationsberichts von Dr. med. N. _____ vom 20. Oktober 2016 (IV-act. 178 S. 40) insofern hinfällig geworden resp. überholt ist, als erst durch das MRI der Schmerzlinik vom 30. Juni 2016 eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel S 1 rechts nachgewiesen worden war. Unter diesen Umständen ist mehr als fraglich, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Exploration im Jahr 2015 bzw. davor und danach aus rein somatischer (rheumatologischer bzw. neurologischer) Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nur qualitativ eingeschränkt resp. für eine behinderungsangepasste, körperlich leichte und wechselbelastende, rücken schonende Tätigkeit von Seiten des Bewegungsapparates zu 100 %

arbeitsfähig war (vgl. E. 3.1.1 hiervor). Nebst der fehlenden Aktualität der rheumatologischen und neurologischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin ist in psychischer Hinsicht Folgendes festzuhalten:

3.3.1.3 Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen des Psychiaters Dr. med. S. _____ in seinem X. _____-Teilgutachten vom 19. August 2015 (IV-act. 63 S. 30 bis 38), wonach dringend eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung empfohlen werde und sich bei Durchführung einer solchen die Arbeitsfähigkeit in den nächsten zwei Jahren durchaus verbessern könne, so dass eine Wiederbegutachtung in etwa zwei Jahren vorgeschlagen werde, hatte diese Teilexpertise bzw. das X. _____-Gutachten bereits mit dem Zeitablauf und zufolge möglicher veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst, weshalb bereits auch aus diesem Grund neue Abklärungen unabdingbar waren (vgl. hierzu BGE 134 IV 246 E. 4.3; Urteil des BGer 6B 572/2010 vom 18. November 2010 E. 5.2) und die zweite Y. _____-Begutachtung nicht bloss als unzulässige Einholung einer "second opinion" zu qualifizieren ist (vgl. hierzu BGE 136 V 156 E. 3.3 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund kann letztlich die Frage, ob der medizinisch-psychiatrische Sachverständige Dr. med. S. _____ seiner Aufgabe – darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar (zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken) unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der Beschwerdeführerin – unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen ist, offengelassen werden (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3).

3.3.2 Hinsichtlich des Y. _____-Gutachtens vom 25. Januar 2019 ergibt sich weiter was folgt:

3.3.2.1 Mit Blick auf die Operation vom 10. Februar 2020 und die vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 23. August 2022 mangelt es insbesondere auch dem orthopädischen Y. _____-Teilgutachten von Dr. med. T. _____ vom 15. November 2018 (IV-act. 152 S. 98 bis 116) sowie dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. U. _____ vom 18. Januar 2019 (IV-act. 152 S. 78 bis 97) und letztlich auch dem allgemeinmedizinisch-internistischen Teilgutachten von Dr. med. V. _____ vom 6. Dezember 2018 (IV-act. 152 S. 117 bis 127) an Aktualität, weshalb auch auf diese medizinischen Dokumente nicht rechtsgenügend abgestellt werden kann (vgl. E. 3.3.1.1 hiervor). In somatischer Hinsicht ergeben sich darüber hinaus Unklarheiten insbesondere hinsichtlich der zumutbaren Arbeits- und

Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Indem in der IV-internen medizinischen Beurteilung vom 5. Mai 2022 ausgeführt worden war, die erneute, am 10. Februar 2020 erfolgte Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule habe zu keiner Besserung des Gesundheitszustandes geführt (vgl. E. 3.1.5 hiervor), ist für das Bundesverwaltungsgericht nicht rechtsgenügend erstellt, ob die vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten zufolge der somatischen Diagnosen nicht bereits vor dem 10. Februar 2020 Bestand gehabt hatte, und zwar – entgegen der Y._____ -Expertise vom 25. Januar 2019 (vgl. E. 3.1.2 hiervor) – nicht bloss während den postoperativen Phasen im Anschluss an die zahlreichen Eingriffe zwischen 2013 bis 2017. Nebst der fehlenden Aktualität der orthopädischen, neurologischen und allgemeinmedizinisch-internistischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin ergibt sich in psychischer Hinsicht Folgendes:

3.3.2.2

3.3.2.2.1 In Bezug auf die psychiatrischen Y._____ -Teilexpertise von Dr. med. W._____ vom 18. Januar 2019 ist im Rahmen der entsprechenden Beweiswürdigung eingangs darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist (vgl. Urteile des BGer 8C_28/2021 vom 9. April 2021 E. 4.2; 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 4.2; 8C_107/2020 vom 17. April 2020 E. 4.1.3; je mit Hinweisen). Dem Bundesverwaltungsgericht steht analog den kantonalen Versicherungsgerichten zudem als Sachgericht im Bereich der Beweiswürdigung ein erheblicher Ermessensspielraum zu (vgl. BGE 120 Ia 31 E. 4b; Urteil des BGer 8C_28/2021 vom 9. April 2021 E. 4.2 mit Hinweis).

3.3.2.2.2 Weiter ist darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Leitlinien vorschreiben. Leitlinien, namentlich diejenigen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der Generalversammlung der Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP), stellen grundsätzlich eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Insofern verliert ein Gutachten nicht automatisch seine

Beweiskraft, wenn es sich nicht an die entsprechenden Leitlinien anlehnt (vgl. Urteile des BGer 8C_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.1.2, 8C_778/2018 vom 20. März 2019 E. 8.1.2, 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4 und 8C_734/2016 vom 12. Juli 2017 E. 3.9, je mit Hinweisen). Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Entscheidend ist, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

3.3.2.2.3 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa

Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestische Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2).

Rechtsprechungsgemäss wird mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4 mit Hinweis). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte (vgl. hierzu BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, in welchem von einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.00) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens. Voraussetzung für einen solchen Verzicht ist allerdings, dass die leichte depressive Störung nicht schon als chronifiziert gelten kann und darüber hinaus nicht mit Komorbiditäten einhergeht (vgl. hierzu BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteil des BGer 8C_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.1).

3.3.2.3 Zufolge der von Dr. med. W. _____ in seiner Y. _____-Teilexpertise vom 18. Januar 2019 (IV-act. 152 S. 58 bis 74) ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit unter anderem diagnostizierten chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sind,

wie vorstehend dargelegt (vgl. 3.3.2.2.3 hiervor), für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen von psychischen Erkrankungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet dabei die psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose. Dr. med. W._____ führte das krankheitswertige Geschehen der Beschwerdeführerin im Rahmen des anerkannten ICD-Klassifikationssystems der von ihm gestellten, oben erwähnten Diagnose zu, weshalb diese als lege artis erstellt zu gelten hat (vgl. hierzu BGE 130 V 396 E. 6.3 mit Hinweisen). Betreffend die Prüfung der Standardindikatoren ergibt sich hinsichtlich der Y._____ -Teilexpertise vom 18. Januar 2019 – für sich alleine betrachtet, womit es jedoch nicht sein Bewenden haben kann (vgl. E. 3.3.2.6 hiernach) – weiter Folgendes:

3.3.2.4

3.3.2.4.1 Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten; BGE 141 V 281 E. 4.3.1; E. 3.3.2.2.3 hiervor) leidet die Beschwerdeführerin gemäss dem Experten Dr. med. W._____ ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem an einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie an Stress und Mangel an Entspannung (ICD-10: Z73). Laut BGE 143 V 418 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1, Präzisierung der Rechtsprechung; vgl. Urteil des BGer 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.1 und E. 7.2 mit Hinweis). Davon ist alleine aufgrund der Beschreibungen von Dr. med. W._____ nicht auszugehen. So berichtete er zum psychiatrischen Befund, die Versicherte sei wach und zu allen Qualitäten orientiert. Eine Störung des Ich-Bewusstseins bestehe nicht. Die Aufmerksamkeit, die Konzentration und das Gedächtnis seien nicht reduziert. Das formale Denken sei unauffällig und es bestünden auch keine Störungen des inhaltlichen Denkens. Eine pathologische Wahrnehmung bestehe bei der Versicherten nicht. Sie sei emotional schwingungsfähig, die Stimmungslage sei vorwiegend ausgeglichen und es bestünden bei ihr leichte abhängige und narzisstische Züge (trotz belastender Kindheitserfahrungen keine

Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung). Zwänge oder Phobien sowie Störungen der Willenskraft bestünden nicht. Die Realitätsorientierung sei nicht beeinträchtigt. Weiter wurde berichtet, bei der Versicherten zeigten sich keine Beeinträchtigungen bei der Wissensanwendung und bei der Durchsetzung ihrer Ziele, die auch auf das Arbeitsleben übertragbar wären. Es bestünden keine relevanten Störungen bei den allgemeinen Aufgaben und Anforderungen. Die Versicherte sei zu interpersonellen Interaktionen und Beziehungen im Stande, sie könne auch aufgrund der ausreichenden persönlichen Ressourcen erwerbstätig und wirtschaftlich eigenständig sein, wie sie dies auch früher in ihrer beruflichen Tätigkeit meist unter Beweis stellen können. Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde brachte Dr. med. W. _____ weiter vor, ein psychisch relevantes Zustandsbild fehle. Schliesslich berichtete Dr. med. W. _____ zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aktuell zunächst keine dringende Indikation zur Behandlung, allenfalls im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie. Bei der Versicherten zeigten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Kooperationsprobleme. Ob diese im Rahmen einer beruflichen Integration bestanden hätten, müsste somatisch beurteilt werden. Obwohl Dr. med. W. _____ keine Behandlungsindikation sah, wurde anlässlich der Konsensbeurteilung jedoch berichtet, als medizinische Massnahme seien insbesondere eine psychiatrische/psychosomatische Behandlung zu empfehlen, sollte die Neigung zur erhöhten Stressreaktion und funktionell muskulären Anspannungsreaktion konsequent behandelt werden. So seien detonierte Massnahmen, Entspannungsmassnahmen, Achtsamkeitstraining, gegebenenfalls Biofeedback-Behandlung sinnvoll. Psychopharmakologisch sollte die Behandlung erweitert und insbesondere auch mit Laborkontrollen überwacht werden. Für das Bundesverwaltungsgericht ergibt sich im Zusammenhang mit allenfalls indizierten Behandlungen deshalb ein Widerspruch, den es seitens der Vorinstanz zu klären gilt.

3.3.2.4.2 Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2; E. 3.3.2.2.3 hier vor) berichtete Dr. med. W. _____ ausführlich über die Biografie, den schulischen und beruflichen Werdegang, die beruflichen Tätigkeiten und die soziale Anamnese. Weiter führte er aus, die Versicherte zeige eine gute Ich-Stärke. Ihre beruflichen Erfolge würden hervorgehoben. Sie habe sich auch jahrelang in einer leitenden Funktion befunden, selbständig eine "Firma" geführt und regelmässig wichtige Entscheidungen gefällt. Ihre

Biografie spreche somit gegen das Vorliegen einer abhängigen Persönlichkeitsstörung. Gegenüber Dr. med. W. _____ berichtete die Versicherte, bei der Anpassung an Regeln und Routinen bestünden keinerlei Beeinträchtigungen. Das Planen und Strukturieren von Aufgaben gelinge ihr gut. Sie sei in der Lage, angemessene Zeiten für Aktivitäten einzuplanen und sei sehr flexibel und umstellungsfähig. Fachliche Kompetenzen könnten gut angewendet werden, und sie könne entscheiden und urteilen. Die Durchhaltefähigkeit sei sonst gut, gegenwärtig jedoch würde sie sich eine Tätigkeit wegen der Schmerzsymptomatik nicht zutrauen. Die Selbstbehaftungsfähigkeit sei gut und die Gruppenfähigkeit uneingeschränkt gegeben. Die Verkehrsfähigkeit sei gut. Sie könne Autofahren, meide jedoch öffentliche Verkehrsmittel wegen den Schmerzen und eventuellen Erschütterungen zum Beispiel im Bus. Unter diesen Aspekten ist sicherlich noch zumindest mit einer Restarbeits- und -leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu rechnen. Da nach dem Dargelegten von einer rechtsgenügli-chen Auseinandersetzung mit den "komplexen Ich-Funktionen" auszuge-hen ist, welche in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten bezeichnen, die Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (unter anderem Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Af-fektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität [Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand zu beziehen] und Antrieb; (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.2 mit Hinweisen), sind die Begründungsanforderungen an die Per-sönlichkeitsdiagnostik als erfüllt zu qualifizieren.

3.3.2.4.3 Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; E. 3.3.2.2.3 hiervor) ist die soziale Belastung in Form von Existenzängsten und des Bezugs von Leistungen des Sozialamtes nicht zu berücksichtigen, soweit diese Belas-tung direkt negative funktionelle Folgen zeitigen sollte (vgl. hierzu BGE 127 V 294 E. 5a). Gegenüber Dr. med. W. _____ berichtete die Versicherte, ihr Partner passe sehr gut auf sie auf. Sie habe regelmässig Kontakte zu ihrer Halbschwester und habe ein paar Freunde. Sie gehe auch spazieren und versuche, aktiv zu bleiben. Interesse habe sie für alles Interessante des Lebens, und sie lese auch viel. Wenn ihr Partner einige Tage frei habe, fahre man weg. Im September 2018 seien sie 14 Tage in der Türkei gewe-sen. Der Kontakt zu Dritten und familiäre und intime Beziehungen seien gut, und sie könne auch spontanen Aktivitäten nachgehen. Die Körper-pflege sei regelrecht. Mit Blick auf diese Ausführungen ist im Zusammen-hang mit dem sozialen Kontext zweifelsfrei von funktionierenden sozialen Kontakten bzw. von entsprechenden Ressourcen auszugehen. Die Versi-cherte ist sozial gut eingebettet, und indem sie auch von ihrem Partner über

das Finanzielle hinaus unterstützt wird, hält auch der Lebenskontext (weitere mobilisierbare) Ressourcen bereit (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis). Schliesslich bestehen auch keine Hinweise darauf, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte, gesundheitlich bedingte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit und die nicht versicherte Erwerbslosigkeit (zumindest teilweise) ineinander aufgehen (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweisen).

3.3.2.4.4 Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; E. 3.3.2.2.3 hiervor) ergibt sich weiter, dass gemäss dem Experten Dr. med. W. _____ bei der Versicherten eine hinreichende Authentizität und Glaubhaftigkeit der anamnestischen Angaben sowie der Berichte zur Kindheit, Vorgeschichte und auch zum gegenwärtigen Beschwerdebild bestünden. Im Hinblick auf die Behandlungsaktivität unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Medikamentenspiegel ergäben sich jedoch durchaus Widersprüche. Dies im Hinblick auf den Nachweis von Methadon im Urin und die fehlende Detektierbarkeit der beiden eingenommenen Medikamente Amitriptylin und Tramadol. Mit Blick auf die Äusserungen der Beschwerdeführerin sowie diejenigen von Dr. med. W. _____ (vgl. E. 3.3.2.4.1 und E. 3.3.2.4.2 hiervor) könnte durchaus die Möglichkeit bestehen, dass ihr Aktivitätsniveau im gleichen Verhältnis zur geltend gemachten und gutachterlich attestierten vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit stehen könnte (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 2.2.4, in: SVR 2013 IV Nr. 6 S. 13; 9C_785/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 3.2). Es leuchtet jedoch wenig ein, weshalb Dr. med. W. _____ im Zusammenhang mit dem Nachweis von Methadon, Amitriptylin und Tramadol von einem Widerspruch spricht, wenn er andererseits an anderer Stelle in seiner Teilexpertise berichtet, was die Laborbefunde betreffe, so falle im Rahmen der Medikamentenspiegelbestimmung auf, dass der Nachweis von Tramadol allenfalls in Spuren habe erbracht werden können. Es ergäben sich auch keine sonstigen Anhaltspunkte für Übergebrauch von Medikamenten. Die Versicherte schein bei der Bevorzugung von alternativen Behandlungsmethoden eher vorsichtig mit Medikamenten umzugehen. Dies erkläre auch unter anderem den fehlenden Nachweis von Amitriptylin. Umso mehr würde auch das Ergebnis der toxikologischen Testung mit dem Nachweis von Methadon nicht im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms gedeutet. Man sehe das Resultat eher durch eine mögliche Kreuzreaktion erklärt. Es bedürfe aber zumindest weiterer Kontrollen durch den Hausarzt.

Versicherungsmedizinisch bestehe diesbezüglich gegenwärtig jedoch keine Relevanz.

3.3.2.4.5 Betreffend die Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; E. 3.3.2.2.3 hiervor) weist der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin bisher keiner psychiatrischen stationären oder ambulanten Behandlung unterzogen hatte, nicht auf einen grossen Leidensdruck hin.

3.3.2.5 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammengefasst, dass sich im Rahmen der Gesamtwürdigung der massgebenden Standardindikatoren betreffend die indizierten Behandlungen und hinsichtlich des Nachweises von Methadon, Amitriptylin und Tramadol Widersprüche ergeben, welche es aufzulösen gilt. Hinzu kommt weiter Folgendes:

3.3.2.6

3.3.2.6.1 Das X. _____ und die Y. _____ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin übereinstimmend insbesondere ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont. Während die Experten des X. _____ der Auffassung waren, dass bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit Auswirkung auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit vorliegt, waren die Y. _____-Gutachter der Ansicht, dass die Versicherte an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) leidet, welche keine Auswirkungen zeitigt. Der Y. _____-Gutachter Dr. med. W. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte zur Entkräftung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus, eine solche würde voraussetzen, dass es sich vorwiegend um einen psychogenen Rückenschmerz handle. Bei der Versicherten handle es sich aus aktueller psychiatrischer Sicht aber um eine chronischen Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren; es lägen also auch somatische Ursachen vor. Obwohl dem so ist, ergeben sich hinsichtlich der verschiedenen Diagnosestellungen dennoch Unklarheiten, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

3.3.2.6.2 Zwar kommt es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig und allein darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, wobei in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der

Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen massgebend sind (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2; vgl. auch BGE 132 V 65 E. 3.4). Zuzufolge der divergierenden Diagnosestellungen zwischen den beiden Gutachtensstellen – anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) einerseits und chronische Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) andererseits – und deren Auswirkungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit liegen vor dem Hintergrund, dass erst durch das MRI der Schmerzklinik vom 30. Juni 2016 eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel S1 rechts nachgewiesen worden war und die Gutachter des X._____ vor diesem Zeitpunkt mangels eines rheumatologischen Befunds von einer funktionellen Überlagerung ausgegangen waren (vgl. E. 3.3.1.2 hiervor), dennoch konkrete Indizien vor, welche möglicherweise (auch aus diesem Grund) gegen die Zuverlässigkeit der Y._____ -Expertise sprechen könnten (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 1.3.4, BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 125 V 351 E. 3b/bb und E. 3c; vgl. auch Urteil des BGer 8C_5/2018 vom 2. März 2018 E. 5), zumal eine funktionelle Überlagerung auch trotz der Ergebnisse vom 30. Juni 2016 im Begutachtungszeitpunkt im Jahr 2015 denkbar ist. Da sich die IV-interne medizinische Beurteilung vom 5./11. Mai 2022 (vgl. E. 3.1.5 hiervor) in psychischer Hinsicht auf das Y._____ -Gutachten resp. auf die Y._____ -Teilexpertise von Dr. med. W._____ vom 18. Januar 2019 (IV-act. 152 S. 58 bis 74) stützt, bestehen folglich auch Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit dieser versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, was die Anordnung einer neuen versicherungsexternen Begutachtung zur Folge haben muss (vgl. hierzu BGE 135 V 465 E. 4) resp. auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und –ärzte nicht verzichtet werden kann (zur antizipierten Beweismwürdigung vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1).

3.3.2.6.3 Darüber hinaus bleibt vorliegend auch unklar, welche Auswirkungen die psychosozialen Belastungsfaktoren auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben. Dr. med. S._____ vom X._____ leitete in seinem Teilgutachten vom 19. August 2015 die – Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit habende – Diagnose der anhaltende somatoforme Schmerzstörung aus den emotionalen Konflikten der Beschwerdeführerin (Lebensgeschichte mit einer sehr schwierigen Kindheit und Partnerschaft) ab bzw. wurde im interdisziplinären X._____ -Gutachten als psychosoziale Belastungsfaktoren die Erwerbslosigkeit und die derzeitige Abhängigkeit vom Sozialamt erwähnt (IV-act. 63 S. 35 und 51). Der Neurologe Dr. med. U._____ hingegen ging in seinem neurologisches Y._____ -

Teilgutachten vom 18. Januar 2019 (IV-act. 152 S. 94 und 95) unter der Annahme einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren davon aus, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren keine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Vor dem Hintergrund, dass psychosoziale Belastungsfaktoren mittelbar zur Invalidität beitragen können, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3 mit Hinweis; vgl. hierzu auch BGE 139 V 547 E. 3.2.2 und BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2 und SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2), bleibt die Frage nach den Auswirkungen dieser Faktoren auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu prüfen.

3.3.2.6.4 Aufgrund des neurologisch-psychiatrischen Gutachtens des Neurologen und Psychiaters Dr. med. L. _____ vom 18. November 2021 (IV-act. 278) ergeben sich mit Blick auf die von diesem Facharzt diagnostizierten, neurologisch-psychiatrischen Leiden der Beschwerdeführerin (Verdacht auf degenerative Hirnerkrankung [ICD-10: G31.9V; Differenzialdiagnose: Encephalomyelitis disseminata [ICD-10: G35.9], rezidivierende depressive Störung [ICD-10: F33.9] und Zwangsstörung [ICD-10: F33.9]) im Vergleich zu den neurologischen Teilgutachten der Dres. med. R. _____ und U. _____ vom 18. August 2015 und 18. Januar 2019 (IV-act. 63 S. 27 bis 30 und IV-act. 152 S. 78 bis 97) und den psychiatrischen Teilexpertisen der Dr. med. S. _____ und W. _____ vom 19. August 2015 und 18. Januar 2019 (IV-act. 63 S. 30 bis 38 und IV-act. 152 S. 58 bis 74) weitere Unklarheiten betreffend die tatsächlichen neurologisch-psychischen Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus diesem Grund kann auch nicht unbesehen auf das Gutachten von Dr. med. L. _____ abgestellt werden. Hinzu kommt Folgendes: Zwar setzt eine Gutachtenstätigkeit rechtsprechungsgemäss nicht den Abschluss einer spezifischen versicherungsmedizinischen Ausbildung voraus (Urteil I 1048/06 vom 13. Dezember 2007 E. 5). Jedoch ist mit Blick auf seine Expertise nicht geklärt, ob sich Dr. med. L. _____ die für eine korrekte Abwicklung des Gutachtensauftrags notwendigen Kenntnisse über die versicherungsmedizinischen Verhältnisse in der Schweiz angeeignet hat und zumindest diejenigen Rechtsbegriffe und Verfahrensregeln kennt, welche in den Fragen an den Sachverständigen enthalten oder für die Verwertbarkeit des Gutachtens entscheidend sind; zu denken ist im vorliegenden Fall

insbesondere auch an die sog. Indikatorenrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_767/2019 vom 19. Mai 2020 E. 3.3.3 und 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2 je mit Hinweisen; vgl. auch Urteile des BVGer C-1721/2021 vom 20. Juli 2022 E. 5.2.7 und C-3826/2014 vom 19. November 2015 E. 5.3).

4.

4.1 Zusammenfassend ergibt sich, dass sich für das Bundesverwaltungsgericht hinsichtlich der somatischen Leiden der Beschwerdeführerin bzw. insbesondere deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die rentenrelevante Zeitspanne ab Mai 2014 bis Ende Januar 2020 resp. ab Februar 2020 (vgl. E. 3.2 hiervor) Unklarheiten ergeben. Weiter erbeben sich in psychischer Hinsicht im Rahmen der Gesamtwürdigung der massgebenden Standardindikatoren betreffend die indizierten Behandlungen und hinsichtlich des Nachweises von Methadon, Amitriptylin und Tramadol Widersprüche. Schliesslich ist nicht rechtsgenügend erstellt, ob bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und relevante psychosoziale Belastungsfaktoren sowie weitere Diagnosen in neurologisch-psychischer Hinsicht mit Auswirkung auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit während einer gewissen Zeit vorgelegen hatten resp. vorliegen. Insofern erfüllen weder das X. _____-Gutachten vom 29. Dezember 2015 noch die Y. _____-Expertise vom 25. Januar 2019 noch das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. L. _____ vom 18. November 2021 die Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten. Unter diesem Aspekt bleibt – entgegen der anlässlich der IV-internen medizinischen Beurteilung vom 5. Mai 2022 gemachten Ausführungen, welche unter den vorliegenden Umständen ebenfalls keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bildet, sondern zu weitergehenden Abklärungen Anlass gibt (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; vgl. auch E. 2.9 am Schluss hiervor) – auch unklar, ob aus (neurologisch-)psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Gutachten von 2019 eingetreten ist oder nicht. Sollte jedoch eine solche oder eine Verbesserung eingetreten sein, ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass bei allfälliger rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden sind (vgl. hierzu BGE 133 V 263 E. 6.1; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

4.2 Somit liegt den vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 23. August 2022 in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter

Sachverhalt zugrunde (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG) und lässt sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Unter diesen Umständen sind im Verfahren nach Art. 44 ATSG in der neuen, seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Fassung in Verbindung mit (seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden) Art. 7j ff. der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV; SR 830.11) weitere medizinische Abklärungsmassnahmen in Form einer umfassenden Begutachtung vorzunehmen (vgl. hierzu BGE 142 V 58 E. 5.1; 135 V 465 E. 4.4 bis E. 4.6) resp. ist die Durchführung einer Oberbegutachtung unumgänglich (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen unter anderem auf das Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 5.2 mit Hinweisen). Der weitere Abklärungsbedarf beschlägt insbesondere die vorstehend erwähnten Divergenzen in diagnostischer Hinsicht resp. betreffend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwischen den Gutachtensstellen sowie das – damit im Zusammenhang stehende – notwendige, detaillierte und nicht widersprüchliche resp. interpretationsbedürftige strukturelle Beweisverfahren.

4.3 Die neue Begutachtung in der Schweiz hat die medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Chirurgische Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Innere Medizin zu beinhalten, wobei allenfalls weitere Disziplinen – bspw. Rheumatologie und/oder Orthopädie – durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmen sein werden (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3). Aus diesem Grund ist ein von der Vorinstanz anzuordnendes polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einzuholen. Der entsprechende Auftrag ist einer Gutachterstelle zu erteilen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat (Medizinische Abklärungsstellen [MEDAS] im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG), wobei die Vergabe des entsprechenden Auftrags nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „Suisse-MED@P“ zu erfolgen hat (vgl. Art. 72^{bis} Abs. 1 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2) und für eine einvernehmliche Benennung der Experten (BGE 140 V 507 E. 3.1 und E. 3.2.1) kein Raum bleibt (zu den nicht personenbezogenen materiellen Einwendungen in genereller Hinsicht und zum Anspruch auf Äusserung zu den Gutachterfragen vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; zu den materiellen oder formellen personenbezogenen Einwendungen vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1, BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2,

BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Die bisherigen bzw. bisher involvierten Gutachtensstellen kommen nicht mehr in Frage, da die betroffenen Gutachter anlässlich der neuen Begutachtung erneut ihre früheren Expertisen hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6).

5.

Nach dem vorstehend Dargelegten ist die Sache gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit verbindlicher Weisung zur weiteren Abklärung im Sinne der vorangehenden Erwägungen in medizinischer Hinsicht sowie zur anschließenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wie dies die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Beschwerde vom 26. September 2022 insofern eventualiter beantragt hat, als dass die Verfügungen vom 23. August 2022 insoweit aufzuheben seien, als ihr damit für die Perioden vom 1. Juni 2013 bis 31. Mai 2016, vom 1. Mai 2017 bis 31. Juli 2017 und vom 1. Juli 2018 bis 31. Januar 2020 keine ganze IV-Rente zugesprochen werde. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist rechtsprechungsgemäss einerseits unter den Aspekten, dass relevante Fragen bisher ungeklärt geblieben sind und andererseits aufgrund des Umstands, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2 und E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4), ausnahmsweise möglich. Andererseits ist die erneute Rückweisung auch unter dem Gesichtspunkt des vorinstanzlichen Untersuchungsgrundsatzes möglich (vgl. Urteil des BVer C-2219/2021 vom 17. Oktober 2022 E. 5.3). Schliesslich kommt die Rückweisung im vorliegenden Fall weder einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleich (vgl. BGE 137 V 210) noch ist sie nach den Umständen unverhältnismässig (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; RKUV 1989 K 809 S. 207 E. 4).

6.

6.1 Mit Blick auf die Ausführungen des Experten Dr. med. S. _____, wonach dringend eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung empfohlen werde und sich bei Durchführung einer solchen die Arbeitsfähigkeit in den nächsten zwei Jahren durchaus verbessern könne, so dass eine Wiederbegutachtung in etwa zwei Jahren vorgeschlagen werde (vgl. E. 3.3.2.2 hiervor), und die Äusserungen anlässlich der Konsensbeurteilung der Y. _____ vom 25. Januar 2019, wonach als medizinische

Massnahme allenfalls insbesondere eine psychiatrische/psychosomatische Behandlung zu empfehlen resp. detonierte Massnahmen, Entspannungsmassnahmen, Achtsamkeitstraining und gegebenenfalls Biofeedback-Behandlung sinnvoll seien (vgl. E. 3.1.2 und E. 3.3.3.3.3 hiervor), hat die Vorinstanz die Beschwerdeführerin nach neuer, unverzüglich und ohne weitere Verzögerungen zu erfolgender Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts – sollten Massnahmen in Form einer ambulanten oder stationären Therapie und/oder einer anderen medikamentösen Behandlung indiziert sein – daran zu erinnern, dass sie im Rahmen der Schadenminderungspflicht gegebenenfalls gehalten ist, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren medizinischen Behandlung zu unterziehen, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG; vgl. auch BGE 151 V 194 und BGE 151 V 66 E. 6.2).

6.2 Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a und E. 4d; vgl. auch Urteile des BGer 9C_242/2009 vom 30. April 2009 und I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1.1, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist (statt vieler: Urteil 8C_625/2016 vom 27. Januar 2017 E. 3.4.1 mit Hinweisen). Daraus folgt, dass die Beschwerdeführerin nach durchgeführter polydisziplinärer Begutachtung die aus fachärztlicher Sicht allenfalls indizierten und zumutbaren (ambulanten oder gegebenenfalls auch stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen hat (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; 137 V 64 E. 5.2 S. 70 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C_13/2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, wird von den Fachärztinnen und/oder Fachärzten zu bestimmen sein. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die Beschwerdeführerin anstelle einer pharmakologischen Behandlung alternativen Behandlungsmethoden wie etwa in Form von alternativ- und komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden bevorzugt (vgl. hierzu BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweisen).

7.

7.1 Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz darüber hinaus die allfälligen Rentenansprüche der Beschwerdeführerin mittels Bemessung der (jeweiligen) Invalidität(en) nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu prüfen (vgl. Art. 24^{septies} Abs. 2 Bst. a IVV in Verbindung mit Art. 25 bis Art. 26^{bis} IVV in den seit 1. Jan. 2022 in Kraft Fassungen und über den Gesamtrentenanspruch zu verfügen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die anlässlich der Bemessung der Invalidität nach der sog. allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs verwendeten Einkommenswerte (IV-act. 255) grundsätzlich nicht beanstanden lassen und auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurden. In diesem Zusammenhang hat die Vorinstanz auch abzuklären, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin zufolge ihres Gesundheitszustandes auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_391/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4, 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2, Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1, je mit Hinweisen) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG; vgl. E. 6 hier vor) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteile des BVGer C-2483/2019 vom 12. April 2021 E. 7 mit Hinweis auf C-2927/2019 vom 6. November 2020 E. 8 mit Hinweis auf C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

7.2 Ergänzend hat die Vorinstanz im Rahmen der erstmaligen abgestuften bzw. befristeten Rentenzusprache zu beachten, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine versicherte Person handelt, welche am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr vollendet hatte, weshalb bis zum Erlöschen oder der Aufhebung des Rentenanspruchs immer die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung Anwendung finden (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9103).

8.

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit den Verfügungen vom 23. August 2022 (IV-act. 331 bis 334) bei einem IV-Grad von 100 % zugesprochenen ganzen Renten für die Zeit vom 1. Juni 2016 bis 30. April 2017 und vom 1. August 2017 bis 30. Juni 2018 sowie ab dem 1. Februar 2020 bis 30. September 2021 bzw. ab 1. Oktober 2021 (IV-act. 331 bis 334) in Frage gestellt werden (vgl. hierzu BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Der Beschwerdeführerin wurde daher vorgängig mit prozessleitender Verfügung vom 24. Februar 2025 das rechtliche Gehör gewährt (B-act. 20; vgl. Bst. D.j hiervor). In der Folge liess die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 19. März 2025 an ihrer Beschwerde festhalten (B-act. 21).

9.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 26. September 2022 insoweit gutzuheissen ist, als die Verfügungen vom 23. August 2022 aufzuheben sind und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter medizinisch-polydisziplinärer Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

10.

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

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen sind. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.2 Die obsiegende, anwaltlich vertretene 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. Der Rechtsvertreter der

Beschwerdeführerin machte in seiner Kostennote vom 20. April 2023 (BVGer-act. 15) einen Aufwand von 25 Stunden und 20 Minuten (Stundenansatz: Fr. 270.-) sowie einen Spesenzuschlag in der Höhe von insgesamt Fr. 259.80 geltend. Einerseits ist der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 270.- praxisgemäss auf Fr. 250.- pro Stunde zu kürzen. Andererseits ist die geltend gemachte Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 7'099.80 (inkl. Spesen, ohne Mehrwertsteuer) mit Blick auf den geltend gemachten zeitlichen Aufwand einer Kürzung zu unterziehen. Der Rechtsvertreter war bereits im (nicht im Beschwerdeverfahren zu entschädigenden) Vorbescheidverfahren (IV-act. 169 und 260) tätig und hatte am 24. Februar 2020 bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts C. _____ eine umfangreiche Beschwerde erhoben (IV-act. 178 und 179). Unter Berücksichtigung des Umstands, dass er sich dabei eine grosse Dossierkenntnis angeeignet hatte resp. sich zu einem sehr grossen Teil auf die auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren relevanten Vorakten stützen konnte, sowie des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist die Parteientschädigung – entsprechend einem gerechtfertigten Aufwand von 12 Stunden – auf Fr. 3'000.- zu kürzen. Demnach beläuft sich die Parteientschädigung inkl. den in ihrer Höhe nicht zu beanstandenden Spesen auf insgesamt Fr. 3'259.80 (ohne Mehrwertsteuer, da die Beschwerdeführerin im Ausland wohnt und es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt [vgl. Urteil des BVGer C-445/2021 vom 14. November 2023 E. 12.2 mit Hinweisen]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 23. August 2022 aufgehoben und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer umfassender medizinischer Abklärungen und anschliessendem Erlass neuer Verfügungen zurückgewiesen werden. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird ihr nach Eintritt der

Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Bankkonto zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'259.80 zugesprochen.

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: