



---

Abteilung III  
C-4561/2021

## Urteil vom 27. März 2024

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richterin Viktoria Helfenstein,  
Richterin Caroline Gehring,  
Gerichtsschreiber Milan Lazic.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Fürstentum Lichtenstein),  
vertreten durch Antonius Falkner, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung, befristeter  
Rentenanspruch (Verfügung vom 8. September 2021).

**Sachverhalt:****A.**

A.\_\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherte oder Beschwerdeführerin) wurde am (...) 1972 geboren und ist österreichische Staatsangehörige (vgl. Vorakten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA, Aktennummer [im Folgenden: IVSTA-act.] 200 S. 1). Sie hat drei Kinder, geb. 1995, 1997 und 2001 (vgl. IVSTA-act. 199 S. 7) und ist geschieden (vgl. IVSTA-act. 103 S. 30). Gemäss den Vorakten hat sie von 1987 bis 1988 die Handelsfachschule (...) sowie anschliessend einen (...) Kellner- und Barkeeper-Kurs, je mit Abschlussprüfung, absolviert (vgl. IVSTA-act. 110 S. 2, 115 S. 12). In den Jahren 1991 bis 1995 lebte und arbeitete sie in der Schweiz und leistete die entsprechenden obligatorischen Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. IK-Auszug in IVSTA-act. 2). Seit 1997 hat sie Wohnsitz in Liechtenstein (vgl. z. B. IVSTA-act. 16 S. 9). Zuletzt war die Versicherte vom 27. Juni bis zum 20. August 2005 bei der B.\_\_\_\_\_, (...) als Beauty-Advisor angestellt und leistete dabei die entsprechenden obligatorischen Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (IVSTA-act. 2 und 79). Am 3. Juli 2005 stürzte sie von einem Balkon des zweiten Stocks (Anm.: in den Vorakten ist teilweise auch vom dritten Stock die Rede, vgl. z. B. IVSTA-act. 35, 218 S. 13) aus ca. sechs Meter Höhe (IVSTA-act. 45-46, 116 S. 1) und zog sich dabei Halswirbelsäulenfrakturen zu, woraufhin initial eine Distraktionsbehandlung und am nächsten Tag eine ventrale Dekompression und Stabilisierung sowie im November 2005 eine Verlängerung der Spondylodese von C3 bis C6 vorgenommen wurde (vgl. IVSTA-act. 68 S. 1). Die Beschwerdeführerin wurde für ihre bisherige berufliche Tätigkeit nach dem Unfallzeitpunkt während sieben Monaten voll sowie anschliessend teilweise arbeitsunfähig geschrieben (IVSTA-act. 35). In den Jahren 2006 bis 2010 war sie zu 30 % als Geschäftsführerin eines Taxiunternehmens in (...) tätig (vgl. IVSTA-act. 195 S. 1; 208; 292 S. 1), wobei diese Tätigkeit zu ca. zwei Dritteln Büroarbeiten und ca. einem Drittel Taxifahrten umfasste (vgl. IVSTA-act. 218 S. 15).

**B.****B.a**

**B.a.a** Am 3. Mai 2007 stellte die Versicherte bei der IV X.\_\_\_\_\_ Antrag auf Ausrichtung einer Invalidenrente (IVSTA-act. 72), welchen jene mit Verfügung vom 28. September 2009 ablehnte (IVSTA-act. 5). Der gegen diese Verfügung durch die Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt

Antonius Falkner, eingereichten «Vorstellung» (...) vom 28. Oktober 2009 gab die IV X. \_\_\_\_\_ mit Entscheidung vom 16. März 2010 keine Folge (vgl. IVSTA-act. 116 S. 14). Hiergegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 14. April 2010 Berufung beim Obergericht X. \_\_\_\_\_ erheben, welches der Berufung Folge gab, die Entscheidung der IV X. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2010 aufhob und die Rechtssache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung im Sinne der Erwägungen an die IV X. \_\_\_\_\_ zurückwies (IVSTA-act. 110).

**B.a.b** In der Folge holte die IV X. \_\_\_\_\_ weitere Unterlagen, insbesondere ein interdisziplinäres Gutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_, Medizinische Abklärungsstelle, (...) (im Folgenden: MEDAS) vom 30. März 2012 (IVSTA-act. 115 S. 6 ff.) ein. Mit Schreiben an die MEDAS vom 4. April 2012 brachte sie am Gutachten verschiedene Kritiken an, insbesondere, dass die von ihnen gestellten Fragen nicht beantwortet worden seien, und forderte ein korrigiertes Gutachten an (IVSTA-act. 139 S. 1 ff.). Gemäss Telefonnotiz vom 17. April 2012 erklärte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ des regionalen ärztlichen Dienstes C. \_\_\_\_\_, das Gutachten sei derart mangelhaft, dass es nicht mehr zu retten sei (IVSTA-act. 141). Nach Eingang der Gutachtensergänzung vom 25. Juni 2012 (IVSTA-act. 139 S. 14 ff.) hielt die IV X. \_\_\_\_\_ fest, damit seien die von ihr gestellten Fragen aus psychiatrischer Sicht beantwortet, jedoch sei für ein interdisziplinäres Gutachten auch eine interdisziplinäre Beantwortung der Fragen erforderlich (IVSTA-act. 139 S. 13). Mit Schreiben vom 25. September 2012 erklärte die MEDAS, nach neuerlicher polydisziplinärer Auseinandersetzung mit diesem Fall ergebe sich aus orthopädischer und aus neurologischer Sicht keine Änderung (IVSTA-act. 139 S. 11). Am 1. Oktober 2012 nahm die MEDAS schliesslich aus orthopädischer Sicht Stellung zum Fragekatalog der IV X. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 139 S. 6 ff.). Da das Gutachten aufgrund seiner Widersprüchlichkeit nicht zu verwenden sei (vgl. IVSTA-act. 149 S. 4, 166 S. 16), holte die IV X. \_\_\_\_\_ ein orthopädisches Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2013 (IVSTA-act. 149) und ein psychiatrisches Teil- und Gesamtgutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2013 (IVSTA-act. 144) ein. Mit Entscheidung vom 2. Juli 2014 hiess die IV X. \_\_\_\_\_ das Wiedererwägungsgesuch («Vorstellung») vom 28. Oktober 2009 teilweise gut und sprach der Versicherten ab dem 1. Januar 2013 eine Viertelsrente zu (IVSTA-act. 162). Der dagegen erhobenen Berufung gab das Obergericht X. \_\_\_\_\_ keine Folge (IVSTA-act. 166). Dem eingelegten Rechtsmittel der Revision gab der Oberste Gerichtshof X. \_\_\_\_\_ mit Urteil vom 8. Mai 2015 keine Folge (IVSTA-act. 170).

**B.b** Am 15. März 2010 gingen bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (im Folgenden auch: Vorinstanz) verschiedene Unterlagen der IV X. \_\_\_\_\_ ein, insbesondere auch die IV-Anmeldung der Versicherten vom 3. Mai 2007 (IVSTA-act. 72). Am 18. März 2010 holte die IVSTA diesbezüglich Unterlagen beim Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein (IVSTA-act. 73). Mit Schreiben vom 18. Juni 2010 bat die IVSTA die IV X. \_\_\_\_\_ um Zustellung des Formulars E 204, das sie zur Prüfung des Anspruchs auf Leistungen ihrer Invalidenversicherung benötige (IVSTA-act. 83). Am 29. Juni 2010 (Eingang: 6. Juli 2010) übermittelte die IV X. \_\_\_\_\_ der IVSTA verschiedene Unterlagen, insbesondere das Formular E 204 (...) «Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente», auf welchem sie als Tag der Einreichung des Antrags den 3. Mai 2007 (vgl. IVSTA-act. 85 S. 8) angegeben hatte (IVSTA-act. 85 f.). In Abklärung der wirtschaftlichen Verhältnisse holte die IVSTA mit Schreiben vom 12. August 2010 bei der Versicherten die Fragebogen für den Versicherten, den im Haushalt tätigen Versicherten sowie für Selbständigerwerbende sowie eine Bestätigung der Geschäftsaufgabe oder Löschung des Gewerbes und die Steuerbelege der Jahre 2007 bis 2009 ein (IVSTA-act. 88). Mit Mahnung vom 15. Oktober 2010 gewährte die IVSTA der Versicherten eine Nachfrist zur Einreichung der erwähnten Unterlagen, unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf das Gesuch; IVSTA-act. 90). In der Folge ging am 22. Dezember 2010 der Fragebogen für die Versicherte vom 15. Dezember 2010 ein (IVSTA-act. 93). Die weiteren Fragebogen gingen am 12. Juli 2011 – nach einer weiteren Mahnung vom 27. Juni 2011 (IVSTA-act. 204) – bei der IVSTA ein (IVSTA-act. 105). Am 28. August 2011 nahm der medizinische Dienst zum Dossier Stellung (IVSTA-act. 107). Auf die Anfrage der IVSTA vom 28. Oktober 2013 zum Stand des Verfahrens in X. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 142) hin teilte die IV X. \_\_\_\_\_ mit, dass die in Auftrag gegebenen Gutachten eingetroffen und dem Rechtsvertreter zur Gewährung des rechtlichen Gehörs zugestellt worden seien; sie überliess der IVSTA Kopien der Gutachten von Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 143). In der Stellungnahme vom 31. Juli 2015 hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes fest, das MEDAS-Gutachten sei als widersprüchlich beurteilt worden, weshalb die zwei zusätzlichen Begutachtungen von Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ sowie verschiedene wirtschaftliche Abklärungen veranlasst worden seien. Es liege in medizinischer Hinsicht kein Grund vor, um von den Entscheidungen der IV X. \_\_\_\_\_ abzuweichen (IVSTA-act. 175). Mit Vorbescheid vom 22. September 2015 teilte die IVSTA der Versicherten mit, es seien zwei Methoden zur Berechnung des Invaliditätsgrades anzuwenden, einerseits die gemischte Methode für die Zeit bis Dezember 2012, da die Versicherte

bei vollständiger Gesundheit während dieser Zeit in einem Ausmass von 60 % erwerbstätig gewesen wäre, sowie andererseits die allgemeine Methode ab Januar 2013, da anhand der Akten der Invalidenversicherung X. \_\_\_\_\_ davon ausgegangen werden könne, dass die Versicherte in jener Zeit zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre. Bei einer Erwerbstätigkeit im Ausmass von 60 % (gemischte Methode) werde eine Erwerbseinbusse von 46 % in der Ausübung dieser Tätigkeit festgestellt, die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich sei noch zu 75 % zumutbar. Entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 34 % bis Dezember 2012. Für die Bemessung nach der allgemeinen Methode ab dem 1. Januar 2013, bei einer Erwerbstätigkeit im Ausmass von 100 %, ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 46 %. Es bestünde daher ein Anrecht auf eine Viertelsrente. Da die Versicherte Wohnsitz in Liechtenstein habe und Liechtenstein nicht der Europäischen Union angehöre, könne die Viertelsrente nicht ausbezahlt werden. Es liege somit keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge. Entsprechend kündigte die IVSTA der Versicherten an, ihr Leistungsbegehren werde abzuweisen sein (IVSTA-act. 182). Nach Prüfung des Einwands vom 22. Oktober 2015 der nunmehr auch im schweizerischen IV-Verfahren durch Rechtsanwalt Antonius Falkner vertretenen Versicherten (IVSTA-act. 183, 181) wies die IVSTA mit Verfügung vom 29. Oktober 2015 das Leistungsgesuch der Versicherten im Sinne des Vorbescheids ab (IVSTA-act. 185).

**B.c** Mit an die IV X. \_\_\_\_\_ gerichteter Eingabe vom 28. Oktober 2015 liess die Versicherte eine massive Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend machen und beantragen, es sei eine vorzeitige Rentenrevision durchzuführen und ihr eine ganze IV-Rente zuzuerkennen (IVSTA-act. 271 S. 5 f.). In der Folge holte die IV X. \_\_\_\_\_ ein bidisziplinäres Gutachten bei der H. \_\_\_\_\_ AG (im Folgenden: H. \_\_\_\_\_) vom 31. Januar 2017 ein (IVSTA-act. 252). Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2017 kündigte die IV X. \_\_\_\_\_ der Versicherten an, es bestehe aufgrund der Abklärungen weiterhin Anspruch auf die bisherige Viertelrente (IVSTA-act. 250). Hiergegen liess die Versicherte Einwand erheben und mit Eingaben vom 29. März 2017 (IVSTA-act. 249) sowie vom 28. Juni 2017 (IVSTA-act. 247) verschiedene Kritiken am Gutachten der H. \_\_\_\_\_ vorbringen. Mit Schreiben vom 23. April 2018 liess die Versicherte ausserdem eine wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend machen und einen aktuellen Austrittsbericht der I. \_\_\_\_\_ vom 10. April 2018 einreichen (IVSTA-act. 221 f.). Am 8. Mai 2018 gab die IV X. \_\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten bei der H. \_\_\_\_\_ in Auftrag. Dieses wurde am 14. August 2018 durch Dres. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie

und Innere Medizin, K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und L.\_\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (IVSTA-act. 218). Am 24. September 2018 beantwortete die H.\_\_\_\_\_, eine Rückfrage der IV X.\_\_\_\_\_, (IVSTA-act. 216). Mit Vorbescheid vom 27. September 2018 (in Ersetzung des Vorbescheids vom 6. Februar 2017) stellte die IV X.\_\_\_\_\_ der Versicherten die Gewährung einer ganzen Rente ab dem 1. März 2018 sowie anschliessend einer halben Rente ab dem 1. Oktober 2018 in Aussicht (IVSTA-act. 192). Mit Verfügungen vom 8. November 2018 gewährte die IV X.\_\_\_\_\_ der Versicherten die dem Vorbescheid entsprechenden Rentenleistungen samt Kinderrente für M.\_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 201 S. 20 ff.). Dem Wiedererwägungsgesuch («Vorstellung») der Versicherten vom 5. Dezember 2018, in welcher diese auch über den 1. Oktober 2018 hinaus die Zusprache einer ganzen Invalidenrente beantragte (IVSTA-act. 330 S. 3), gab die IV X.\_\_\_\_\_ mit Entscheidung vom 12. Juli 2019 keine Folge (vgl. IVSTA-act. 327 S. 6). Gegen die Entscheidung vom 12. Juli 2019 liess die Versicherte Berufung beim Obergericht X.\_\_\_\_\_ erheben, welches diese aufhob und die Sache zur neuerlichen Entscheidung nach Verfahrensergänzung an die IV X.\_\_\_\_\_ zurückwies (IVSTA-act. 330). In der Folge veranlasste die IV X.\_\_\_\_\_ eine bidisziplinäre H.\_\_\_\_\_-Begutachtung durch Dres. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Januar 2021 (IVSTA-act. 309).

**B.d** Im schweizerischen Verfahren vor der IVSTA hatte die Beschwerdeführerin am 1. Februar 2018 telefonisch angekündigt, sie werde ein Revisionsgesuch einreichen (IVSTA-act. 188). Am 8. November 2018 wurde die IVSTA von der IV X.\_\_\_\_\_ darüber informiert, dass diese einen neuen Invaliditätsgrad ermittelt habe, weshalb ab dem 1. Oktober 2018 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bei einem IV-Grad von 60 % bestehe (vgl. IVSTA-act. 189 S. 7 ff.). Am 20. November 2018 antwortete die IVSTA der IV X.\_\_\_\_\_, das Leistungsgesuch vom 3. Mai 2007 sei mit Verfügung vom 29. Oktober 2015 rechtskräftig abgewiesen worden. Sofern die Versicherte eine erneute Prüfung eines Anspruchs auf Leistungen aus der schweizerischen Invalidenversicherung wünsche, seien die entsprechenden Formulare zuzusenden (IVSTA-act. 190). Mit Schreiben vom 2. Januar 2019 (Eingang bei IVSTA: 7. Januar 2019) liess die Versicherte ausführen, die IVSTA habe im Jahr 2015 Leistungen mit der Begründung abgelehnt, dass sie Anspruch auf lediglich eine Viertelsrente, welche nicht ins Ausland ausbezahlt würde, habe. Zwischenzeitlich habe sie aufgrund einer Verschlechterung ihres Zustandsbilds ein Revisionsgesuch bei der Invalidenversicherung X.\_\_\_\_\_ eingereicht. Aufgrund der gesundheitlichen

Verschlechterung habe sich ihr Invaliditätsgrad teilweise auf 100 %, jedenfalls aber auf 60 % erhöht, weshalb sich auch die Rentenleistungen in X.\_\_\_\_\_ entsprechend erhöht hätten. Anknüpfend an die Ergebnisse des Verfahrens in X.\_\_\_\_\_ gehe sie davon aus, dass sie nunmehr auch Anspruch auf Rentenleistungen in der Schweiz habe, weshalb sie darum ersuche, die notwendigen Schritte in die Wege zu leiten (IVSTA-act. 190). Mit Schreiben vom 15. Januar 2019 bat die IVSTA die Versicherte, zwecks neuen Antrags auf Abklärung für eine IV-Rente direkt mit der IV X.\_\_\_\_\_ in Kontakt zu treten (IVSTA-act. 194). Am 19. Februar 2019 ging bei der IVSTA das Formular E 204 (...) «Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente» vom 14. Februar 2019 (IVSTA-act. 199) ein, wobei als Tag des Rentenbeginns im Land des Trägers der 1. Januar 2013 angegeben wurde und das Feld «Tag der Einreichung des Antrags» keine Angabe enthält (IVSTA-act. 199 S. 8). Mit Schreiben vom 25. Februar 2019 bestätigte die IVSTA gegenüber der Versicherten den Eingang der Neuanmeldung (IVSTA-act. 203). Mit Schreiben vom 29. März 2019 holte die IVSTA bei der Versicherten verschiedene Unterlagen zu ihrem Rentengesuch ein (IVSTA-act. 207). Diesbezüglich setzte sie mit Mahnung vom 9. Juli 2019 eine Nachfrist von 30 Tagen unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf das Gesuch) an (IVSTA-act. 273). Mit Schreiben vom 9. August 2019 liess die Versicherte anregen, es seien die Akten des in X.\_\_\_\_\_ laufenden Verfahrens betreffend Rentenerhöhung beizuziehen (IVSTA-act. 278). Nach einer erneuten Nachfrage der IVSTA vom 15. August 2019 (IVSTA-act. 279) ging am 19. August 2019 der «Fragebogen für die/den Versicherte/n» vom 8. August 2019 (IVSTA-act. 281) ein. Bezüglich der Fragebogen für den Arbeitgeber und Selbständige liess die Versicherte – nach entsprechender Rückfrage der IVSTA vom 21. August 2019 (IVSTA-act. 283) – mit Schreiben vom 23. August 2019 mitteilen, dass die Fragebogen der Jahre 2010 und 2011 noch aktuell seien, da sie seit 2010 keiner selbständigen oder unselbständigen Beschäftigung mehr nachgegangen sei (IVSTA-act. 285). Zu den von der IV X.\_\_\_\_\_ erhaltenen medizinischen Unterlagen, insbesondere zur Interdisziplinären Gesamtbeurteilung der H.\_\_\_\_\_ vom 14. August 2018 (vgl. IVSTA-act. 218) nahmen die beiden RAD-Ärzte Dres. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (vgl. <https://www.doctorfmh.ch>; abgerufen am 27. Juli 2023), und P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 20. September 2019 respektive am 30. November 2019 Stellung (IVSTA-act. 289, 291). Nach der Durchführung eines Einkommensvergleichs vom 14. Januar 2020 (IVSTA-act. 292) kündigte die IVSTA der Versicherten mit Vorbescheid vom 20. Februar 2020 an, es bestehe ab dem 1. November 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ein Anspruch auf eine ganze Rente sowie ab dem 1.

Juni 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 67 % Anspruch auf eine Dreiviertelrente. Da der Antrag am 1. Februar 2019 gestellt worden sei, könne die Rente frühestens ab dem 1. August 2019 ausgerichtet werden (IVSTA-act. 293). Mit Vorbescheid vom 20. April 2020 annullierte und ersetzte die IVSTA den Vorbescheid vom 20. Februar 2020 und verpflichtete die Versicherte – bei ansonsten gegenüber dem Vorbescheid vom 20. Februar 2020 unveränderten Ausführungen – sich im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht einer Psychotherapie zu unterziehen (IVSTA-act. 294).

**B.d.a** Hiergegen liess die Versicherte am 20. Mai 2020 Einwand erheben. Sie liess geltend machen, sie habe bereits im Jahr 2007 ein Leistungsgesuch eingebracht, welches aus nicht nachvollziehbaren Gründen erst im Oktober 2015 mittels Verfügung abgelehnt worden sei. Dies ändere nichts daran, dass sie am 1. Januar 2013 ein Leistungsgesuch bei der Invalidenversicherung X.\_\_\_\_\_ eingereicht habe, welches nach den damals geltenden international-rechtlichen Vereinbarungen der Europäischen Union, denen auch die Schweiz beigetreten sei, gleichzeitig als in der Schweiz eingebracht zu beurteilen sei. In der Verfügung von Oktober 2015 sei auf dieses neuerliche Leistungsgesuch und die damit vorgelegten Unterlagen keine Rücksicht genommen worden, womit die Erledigung im Jahr 2015 höchst mangelhaft gewesen sei. Das im Jahr 2013 eingereichte Gesuch sei daher trotz des bereits hängigen Verfahrens in der Schweiz als Revisionsgesuch zu beurteilen, welches nach Abschluss des bereits laufenden Verfahrens in der Schweiz aufzugreifen und zu behandeln sei. Damit sei als Eingangsdatum des Gesuchs Ende des Jahres 2015 anzunehmen, da die Ansprüche der Versicherten nicht davon abhängen könnten, wann die IV X.\_\_\_\_\_ das Gesuchs- bzw. die Gesuchsdaten an die schweizerische Invalidenversicherung übermittelt habe (IVSTA-act. 295). Am 12. Januar 2021 (vgl. IVSTA-act. 307) übermittelte die IV X.\_\_\_\_\_ der IVSTA das durch sie eingeholte bidisziplinäre Gutachten der H.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2021 (IVSTA-act. 309). Am 23. März 2021 besprach das Expertengremium des medizinischen Dienstes die beiden auf den Untersuchungen vom 20. Juni 2018 sowie vom 11. November 2020 basierenden H.\_\_\_\_\_-Gutachten (IVSTA-act. 332). Nach der Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs (IV-Bemessung) vom 7. April 2021 (IVSTA-act. 334) kündigte die IVSTA der Versicherten mit Vorbescheid vom 9. April 2021 (in Ersetzung des Vorbescheids vom 20. April 2020) an, es bestehe Anspruch auf eine Dreiviertelrente ab dem 1. November 2018 sowie auf eine ganze Rente vom 1. Februar 2019 bis zum 31. Oktober 2019. Da der Antrag am 1. Februar 2019 gestellt worden sei, könne die Rente frühestens ab dem 1. August 2019 ausgerichtet werden. Sie führte zur Begründung

insbesondere aus, ein erstes Gesuch um Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 3. Mai 2007 sei mit Verfügung vom 29. Oktober 2015 abgelehnt worden. Diese Verfügung sei in Rechtskraft erwachsen und diene im vorliegenden Verfahren als Referenzzeitpunkt. Am 19. Februar 2019 habe die IVSTA ein Formular E 204 (...) "Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente" erreicht. Als Antragsdatum habe die IV X. \_\_\_\_\_ den 1. Januar 2013 notiert. Zu diesem Zeitpunkt sei das oben erwähnte Gesuch vom 3. Mai 2007 jedoch noch in Bearbeitung gewesen. Der 1. Januar 2013 könne somit nicht als Anmeldedatum berücksichtigt werden. Vielmehr sei der 19. Februar 2019 (Eingang des Gesuchs bei der IVSTA) als Anmeldedatum zu erfassen (IVSTA-act. 335).

**B.d.b** Hiergegen liess die Versicherte am 10. Mai 2021 Einwand erheben und erklären, sie sei nicht damit einverstanden, dass die IVSTA ihr ab dem 1. August 2019 lediglich eine Viertelsrente zuerkennen wolle. Die IVSTA habe sich dabei offensichtlich auf das zuletzt eingeholte Gutachten bei der H. \_\_\_\_\_ abgestützt, obschon die H. \_\_\_\_\_ bestätigt habe, dass dieses Gutachten nur einen Teilbereich abdecke, und insbesondere die psychischen Beeinträchtigungen der Versicherten nicht berücksichtigt worden seien. Grund dafür sei gewesen, dass die Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung einen zu hohen THC-Wert aufgewiesen habe, weshalb der Sachverständige ausgeführt habe, er werde erst eine Begutachtung vornehmen, wenn sie wieder einen normalen THC-Wert aufweise. Es sei deshalb auf das einzig vollständige Gutachten der H. \_\_\_\_\_ des Jahres 2018 abzustellen. Andernfalls sei noch eine zusätzliche psychiatrische Abklärung der Versicherten zu veranlassen, ebenso wie eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung des psychiatrischen Gutachtens (IVSTA-act. 336). Gemäss der entsprechenden Empfehlung des juristischen Dienstes vom 22. Juni 2021 (vgl. IVSTA-act. 338) holte die IVSTA in der Folge eine Stellungnahme von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, vom 15. Juli 2021 zu den Standardindikatoren (IVSTA-act. 340) ein.

Mit Verfügung vom 8. September 2021 hielt die IVSTA an ihrem Vorbescheid fest und sprach der Versicherten befristet für die Zeit vom 1. August 2019 bis zum 31. Oktober 2019 eine ganze Invalidenrente zu. Zur Begründung hielt sie ergänzend fest, eine nochmalige Begutachtung nach Anordnung einer Entzugsbehandlung, wie sie dem H. \_\_\_\_\_-Gutachter vorgeschwebt habe und nun vom Rechtsvertreter gewünscht werde, sei nach schweizerischem Recht nicht zulässig. Da der Gutachter im Übrigen die Sachverhaltsprüfung nach den massgeblichen Indikatoren vorgenommen

und die aus psychiatrischer Sicht bestehenden funktionellen Einschränkungen unter Berücksichtigung der Suchtproblematik ganz klar beschrieben habe, sei der ärztliche Dienst in der Lage gewesen, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer wie auch aus gesamthafter Sicht selbst vorzunehmen. Die Richtigkeit dieser Beurteilung werde durch die vom Rechtsvertreter erhobenen Einwände nicht konkret in Frage gestellt. Ein Abstellen auf das Gutachten von 2018 komme nicht in Betracht, da sich der Sachverhalt sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht seither verändert habe. Gemäss eingeholter Stellungnahme des medizinischen Dienstes zu den Standardindikatoren sei festzuhalten, dass die Persönlichkeitsstörung und chronische Schmerzstörung eine mässige Schwere erreichten. Der Cannabiskonsum verursache nur leichte direkte Einschränkungen. Die Persönlichkeitsstörung wie auch deren direkte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten habe sich seit der letzten Verfügung vom 29. Oktober 2015 nicht wesentlich verändert. Gleiches gelte auch für die Schmerzstörung. Mit der neu beschriebenen Störung durch Cannabinoide sei es dennoch zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen, auch wenn diese angesichts der leichten Ausprägung der Symptomatik eine relativ geringfügige direkte Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit haben dürfte. Die vom Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aufgeführten Funktionseinschränkungen seien unter Einbezug aller vorhandenen Störungen nachvollziehbar und liessen auf eine relevante psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit schliessen, welche jedoch die von somatischer Seite bestimmte Arbeitsunfähigkeit von 40 % in angepasster Tätigkeit nicht überschreite. Die angestammte Tätigkeit sei aufgrund des Kundenkontakts hingegen nicht mehr möglich (IVSTA-act. 345).

### **C.**

**C.a** Hiergegen erhob die Beschwerdeführerin, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Antonius Falkner, mit Eingabe vom 14. Oktober 2021 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, die Vorinstanz sei zu verpflichten, ihr ab dem 1. Januar 2014 eine ihrem Invaliditätsgrad entsprechende Invalidenrente auszurichten. Unter dem Eventualstandpunkt beantragte sie die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Rechtssache an die Vorinstanz zur neuerlichen Entscheidung über ihr Gesuch, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Vorinstanz. In formeller Hinsicht machte die Beschwerdeführerin eine Verletzung ihres rechtlichen Gehörs geltend. In materieller Hinsicht liess sie im Wesentlichen geltend machen, dass dem zuletzt in X.\_\_\_\_\_ eingeholten Gutachten nicht gefolgt werden könne, weshalb die Vorinstanz auf das in X.\_\_\_\_\_ eingeholte Gutachten des Jahres 2018

abzustellen oder zusätzliche Abklärungen zu veranlassen habe (Akten im Beschwerdeverfahren, Aktennummer [im Folgenden: BVGer-act.) 1).

**C.b** Der mit Zwischenverfügung vom 26. Oktober 2021 von der Beschwerdeführerin eingeholte Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 800.– ging am 22. November 2021 bei der Gerichtskasse des Bundesverwaltungsgerichts ein (BVGer-act. 5-7).

**C.c** In ihrer Vernehmlassung vom 12. Januar 2022 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Zur Begründung erklärte sie, es ergäben sich beschwerdeweise in materieller Hinsicht keine neuen Aspekte und verwies auf verschiedene, sich in den Vorakten befindliche Unterlagen (BVGer-act. 9).

**C.d** Mit Verfügung vom 17. Januar 2022 brachte das Bundesverwaltungsgericht die Vernehmlassung der Beschwerdeführerin zur Kenntnis und gewährte ihr die Gelegenheit zur Einreichung einer Replik (BVGer-act. 10).

**C.e** Mit Verfügung vom 1. März 2022 nahm und gab das Bundesverwaltungsgericht Kenntnis davon, dass die Beschwerdeführerin innert der gesetzten Frist keine Replik eingereicht hat und schloss den Schriftenwechsel ab (BVGer-act. 11).

**C.f** Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

## **2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 8. September 2021, mit welcher die Vorinstanz der Beschwerdeführerin auf ihr neues Leistungsbegehren hin rückwirkend sowie befristet für die Zeit vom 1. August 2019 bis zum 31. Oktober 2019 eine ganze Invalidenrente zugesprochen hat.

**2.1** Wird gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise, in sinngemässer Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 88a IVV, herauf-, herabgesetzt oder aufgehoben, liegt ein zwar komplexes, im Wesentlichen jedoch einzig durch die Höhe der Leistung und die Anspruchsperioden definiertes Rechtsverhältnis vor. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d; vgl. auch BGE 131 V 164 E. 2). Den Streitgegenstand bestimmende, aber nicht beanstandete Elemente prüft die Beschwerdeinstanz indes nur, wenn hierzu aufgrund der Vorbringen der Parteien oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 125 V 413 E. 2c).

**2.2** Gemäss den Rechtsbegehren streitig und zu prüfen ist, ob der Rentenanspruch im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens von der Vorinstanz zu Recht befristet wurde und, ob die Beschwerdeführerin bereits ab dem 1. Januar 2014 Anspruch auf eine ihrem Invaliditätsgrad entsprechende Rente hat.

## **3.**

**3.1** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 8. September 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.3** Die Beschwerdeführerin ist österreichische Staatsangehörige und war in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig bevor sie nach Liechtenstein gezogen ist, wo sie aktuell ihren Wohnsitz hat. Aufgrund ihrer österreichischen Staatsangehörigkeit besteht in persönlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind (BGE 138 V 533 E. 2.1). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

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

**3.5** Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m. H.).

#### **4.**

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, die angefochtene Verfügung beruhe – neben einer mangelhaften Abklärung – auf einer massgeblichen Gehörsverletzung. Diese formelle Rüge ist vorab zu beurteilen.

**4.1** Die Beschwerdeführerin begründet ihre Rüge der Verletzung ihres rechtlichen Gehörs im Zusammenhang mit den medizinischen Abklärungen damit, dass sich die Vorinstanz für ihre in der angefochtenen Verfügung getroffene Annahme, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich ab August 2019 verbessert, auf das zuletzt von der IV X. \_\_\_\_\_ eingeholte Gutachten der H. \_\_\_\_\_ abgestellt habe. Hierzu habe die Versicherte im Rahmen der Anhörung darauf verwiesen, dass der psychiatrische Sachverständige kein Gutachten erstattet habe, weil er bei der Beschwerdeführerin einen zu hohen THC-Gehalt festgestellt habe. Damit sei dieses Gutachten unvollständig und berücksichtige die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin nicht. In der Verfügung werde hierzu ausgeführt, es sei eine Stellungnahme des RAD eingeholt worden, welche darlege, dass auf das zuletzt eingeholte Gutachten abgestellt werden könne. Diese nach der letzten schriftlichen Äusserung der Beschwerdeführerin eingeholte Stellungnahme des RAD sei der Versicherten nicht eröffnet und ihr damit die Möglichkeit genommen worden, sich zu dieser Stellungnahme zu äussern. Damit liege eine massgebliche Gehörsverletzung vor und es sei der Beschwerde schon aus diesem Grund Folge zu geben.

**4.2** Nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Abs. 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 Abs. 2 ATSG).

**4.3** Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (vgl. Art. 30 Abs. 1 VwVG; BGE 140 I 99 E. 3.4; 135 II 286 E. 5.1). Voraussetzung für das Äusserungsrecht sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidwesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden (BGE 140 I 99 E. 3.4).

**4.4** Das Recht angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung

im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, das heisst die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa, 126 V 130 E. 2b). Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 431 E. 3d/aa, 126 I 68 E. 2, 126 V 130 E. 2b; SVR 2008 IV Nr. 6 E. 3.5). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1, 116 V 182 E. 3d).

**4.5** Vorliegend war gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. b IVG i. V. m. Art. 42 Abs. 1 ATSG das rechtliche Gehör vor Verfügungserlass zu gewähren, was die Vorinstanz mit Erlass des Vorbescheids gemacht hat. Die Beschwerdeführerin weist in ihrer Beschwerde jedoch zu Recht darauf hin, dass die Vorinstanz ihr die erst nach dem Einwand vom 10. Mai 2021 eingeholte Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 15. Juli 2021 nicht vor Verfügungserlass zur Kenntnisnahme gebracht hat. Nachdem es sich bei der Stellungnahme vom 15. Juli 2021 um entscheidungswesentliche Grundlagen handelt, hätte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin diesbezüglich in geeigneter Weise vorweg orientieren müssen. Darin, dass sie dies nicht getan hat, ist eine Gehörsverletzung zu erblicken. Nachdem die Vorinstanz jedoch die in der Stellungnahme des medizinischen Dienstes getroffenen wesentlichen Schlussfolgerungen in der angefochtenen Verfügung umfassend dargestellt hat und die Beschwerdeführerin damit in der Lage war, die angefochtene Verfügung sachgemäss anzufechten, und das Bundesverwaltungsgericht ausserdem über die volle Kognition verfügt, kann die Gehörsverletzung im vorliegenden Beschwerdeverfahren ausnahmsweise und aus prozessökonomischen Gründen als geheilt gelten. Dies umso mehr, als die Beschwerdeführerin keinen Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellen Gründen stellen lässt, sondern materielle Rechtsbegehren, was zeigt, dass sie an einer materiellen Beurteilung der Streitsache interessiert ist.

## 5.

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**5.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

**5.3** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C\_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die

festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

**5.4** Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrads von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustands oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision – durch einen Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. dazu näher unten E. 5.8).

**5.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

**5.6** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, 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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m. w. H.).

**5.7** Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So darf das Gericht den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m. w. H.). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweis insbesondere auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m. H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee; vgl. auch BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m. w. H.). Die Stellungnahmen des RAD, 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 m. w. H.).

**5.8** Der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanmeldung erstellten Gutachtens hängt, analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen, wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen

Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m. H.; 9C\_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

**5.9** Bei Vorliegen psychischer Störungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die es – 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 bis 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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**5.10** Nach der früheren und langjährigen höchstrichterlichen Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht von vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Es hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (E. 6.3).

## 6.

Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin eingetreten und hat ihr mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. September 2021, rückwirkend sowie zeitlich befristet, eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 29. Oktober 2015, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhte (vgl. BGE 134 V 131 E. 3), erheblich verändert hat und ob die Voraussetzungen für die Zusprache einer (ganzen) Rente erfüllt sind. Aufgrund der Beschwerdeanträge zu prüfen ist dabei ebenfalls, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die Rente zu

Recht (erst) ab dem 1. August 2019 sowie zeitlich befristet bis zum 31. Oktober 2019 gewährt hat oder ob die Beschwerdeführerin auch über den 31. Oktober 2019 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

**6.1** In der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht auf die beiden von der IV X. \_\_\_\_\_ eingeholten H. \_\_\_\_\_ -Gutachten der Jahre 2018 sowie 2020 sowie die eingeholten Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes abgestellt (vgl. IVSTA-act. 342). Gestützt darauf hat sie für verschiedene Zeiträume verschiedene Arbeitsunfähigkeiten sowie Invaliditätsgrade festgestellt. Sie hat festgehalten, dass es sich vorliegend um eine Gesundheitsbeeinträchtigung handle, die seit dem 2. November 2017 eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit von 100 % verursache. Andere leichtere, dem Gesundheitszustand besser angepasste Tätigkeiten könnten wie folgt ausgeübt werden: 0 % ab dem 2. November 2017, 40 % ab dem 2. Februar 2018, 0 % ab dem 24. November 2018 und 60 % ab dem 1. August 2019. Nach Durchführung des Einkommensvergleichs (vom 7. April 2021; vgl. IVSTA-act. 334) würden folgende Erwerbseinbussen resultieren: 100 % ab dem 2. November 2017, 60 % ab dem 2. Februar 2018, 100 % ab dem 24. November 2018 und 40 % ab dem 1. August 2019. Das Wartejahr sei am 2. November 2017 eröffnet worden, weshalb ab dem 1. November 2018 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe. Eine ganze Rente könne nur dann zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für das abgelaufene Jahr wenigstens 70 % betragen habe und weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens gleichem Ausmass bestehe. Bei einer Verbesserung oder Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit sei die anspruchsbeflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie drei Monate andauere (Art. 88a Abs. 1 und 2 IVV). Daher bestehe vom 1. Februar 2019 bis zum 31. Oktober 2019 Anspruch auf eine ganze Rente. Da der Antrag am 1. Februar 2019 gestellt worden sei, könne die Rente frühestens ab dem 1. August 2019 ausgerichtet werden.

**6.2** Nachfolgend zu überprüfen ist zunächst, ob die Vorinstanz zu Recht eine seit der rechtskräftigen rentenablehnenden Verfügung vom 29. Oktober 2015 eingetretene erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands angenommen hat.

**6.3** Bezüglich des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im vorliegenden Ausgangspunkt vom 29. Oktober 2015 (vgl. oben E. 5.4) liegen drei von der IV X. \_\_\_\_\_ eingeholte Gutachten vor, so einerseits das MEDAS-Gutachten vom 30. März 2012 (vgl. IVSTA-act. 115 S. 6 ff.), welches die IV

X. \_\_\_\_\_ auch nach Erhalt der ergänzenden Stellungnahmen der MEDAS-Gutachter vom 25. Juni 2012, 25. September 2012 und 1. Oktober 2012 (Sachverhalt Bst. B.a.b), als mangelhaft eingestuft hatte (IVSTA-act. 114), sowie andererseits das orthopädische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2013 (IVSTA-act. 149) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2013 (IVSTA-act. 144).

**6.3.1** Im MEDAS-Gutachten vom 30. März 2012 stellten die Gutachter gestützt auf ein orthopädisches Konsiliargutachten von Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, ein psychiatrisches Konsiliargutachten von Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie eine interdisziplinäre Beurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Spondylodese C3-6 mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung (IC0-10: S12.2/S13.1);
- Zustand nach HWS-Trauma im Juli 2005 mit Rotations-Luxation C3/C4 plus HWK3-Fraktur rechts mit Spondylodese C3 bis C5, leichte zervikale Myelopathie;
- Zustand nach Reoperation wegen persistierenden Beschwerden und Bandscheiben-Protrusion C5/C6 und dadurch relative Spinalkanalstenose, Erweiterung der Spondylodese bis C6;
- aktuell kein Hinweis für radikuläre Symptomatik, keine Hinweise für Myelopathie in der klinischen Untersuchung, elektrophysiologisch und radiologisch ebenfalls kein Hinweis;
- psychische- und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19.24), gegenwärtig Gebrauch von Analgetika, Antidepressiva, Benzodiazepine, Alkohol;

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter auf:

- histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4);
- Eheprobleme (ICD-10 Z63.0);
- Status nach Anpassungsstörung;
- Status nach akuter Alkoholintoxikation mit akuter Suizidalität bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.9): ED: 19. Januar 2005;

- Bursitis trochanterica links bei idiopathischer Beinverkürzung rechts (ICD-10 M70.6);
- Ansatztendinopathie Adduktoren rechtes Knie (ICD-10 M76.8);
- chronische Spannungskopfschmerzen und medikamenteninduzierte Kopfschmerzen (ICD-10 G44.2).

Für die bisherige berufliche Tätigkeit des Taxifahrens bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der HWS-Beweglichkeitseinschränkung. Für die dabei hauptsächlich ausgeübte Büroarbeit bestehe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 60 %, mit qualitativen Einschränkungen wie Vermeidung von Zwangshaltung und maximales Heben von fünf Kilogramm. Übertragen auf das früher geleistete Pensum von 30 % im Taxigeschäft entspreche dies einer Arbeitsunfähigkeit von 18 %, die verbleibenden 40 % Arbeitsunfähigkeit seien mit vermehrten Pausen und zum Teil mit Hinlegen begründet. Die vermehrten Pausen und die damit verbundene 40 %ige Arbeitsunfähigkeit gälten ebenso für adaptierte Tätigkeiten. Eine solche Tätigkeit könne dann als adaptiert betrachtet werden, wenn häufige Positionswechsel möglich seien und nicht Verharren in Zwangshaltungen über eine halbe Stunde gefordert werde (vgl. IVSTA-act. 115 S. 6 ff.).

**6.3.2** Im Gutachten vom 22. Juni 2013 diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, einen Zustand nach ventraler Spondylodese C3-C6 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Beginn der Einschränkungen gab er den Tag des Unfalls vom 3. Juli 2005 an. Eingeschränkt seien die Bewegungen der Halswirbelsäule; es lägen Schmerzen und Gefühlsherabsetzungen an den Fingerkuppen vor, neuropathische Schmerzen nach Myelopathie, Kopfschmerzen sowie die Unfähigkeit, länger dauernde Zwangshaltungen einzunehmen. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine Insertionstendinose Trochanter major links seit Spätherbst 2012 und eine Insertionstendinose medialer Femurkondyl rechts seit Mai 2010 an. Beide Diagnosen beeinflussten die Versicherte bei sitzenden Tätigkeiten nicht; die Insertionstendinose am Trochanter major mache sich nur beim Aufwärtsgen und häufigem Stiegensteigen bemerkbar. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, ab dem Unfall vom 3. Juli 2005 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ab März 2006 sei eine Tätigkeit in einem zeitlichen Rahmen von fünf Stunden täglich möglich. Die restliche Arbeitszeit sollte für Ruhepausen zur Verfügung stehen. Bei durchgehenden Arbeiten sei mit Kopfschmerzen und Verspannungen zu rechnen. Die Einschränkung auf fünf Stunden täglich müsse auf die jeweilige Arbeit

bezogen werden. Die Arbeitszeit sollte in Etappen geleistet werden, eine Tätigkeit fortlaufend über fünf Stunden sei nicht möglich. Als funktionelle Einschränkungen nannte er: leichte Arbeiten mit Hebeleistung nicht über acht Kilogramm und Tragleistung nicht über fünf Kilogramm, ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule, Kälte, Nässe oder Zugluft, bei Vorhandensein der Möglichkeit zum Wechsel der Körperhaltung, ohne zeitlichen Arbeitsdruck, bei möglicher Heimarbeit. Die Einschränkungen würden durch verlangsamtes Arbeiten und verlängerte Ruhepausen begründet, anderenfalls sei eine Zunahme der Schmerzsituation wahrscheinlich. Die Leistungsfähigkeit sei gegenüber einer gesunden Person nicht herabgesetzt, wenn die fünf Stunden täglich eingehalten würden und die Arbeit aufgeteilt werde (IVSTA-act. 149).

**6.3.3** Im Gutachten vom 8. Oktober 2013 stellte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2), bestehend seit Jahren, verstärkt seit 2005; kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), bestehend seit der Kindheit; Störung durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19.1), bestehend seit vielen Jahren. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er auf: Zustand nach Alkoholabhängigkeit (1999 bis 2013) sowie Zustand nach Bulimie (ICD-10 F50.2), in der Jugend bis phasenweise vor Jahren. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, es sei eine Erwerbstätigkeit aus psychiatrischer Sicht vollschichtig möglich. Dabei bestehe seit dem Unfall im Jahr 2005 eine Verminderung der Leistungsfähigkeit um 30 %. Bei der Arbeit seien Tätigkeiten unter grösseren Menschenansammlungen bzw. in beengten Räumlichkeiten und Arbeiten unter ständigem übermässigem Zeitdruck zu vermeiden. Das Lenken von Fahrzeugen sei möglich, allerdings nur bei völligem Verzicht auf Drogen und Alkohol und auch nur dann, wenn durch die eingenommene Medikation (Schlafmedikation, Lyrica) keine Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens bestehe. Dies wäre verkehrspsychologisch abzuklären. Heimarbeit sei zu bevorzugen, allerdings seien auch andere Erwerbstätigkeiten möglich (IVSTA-act. 144).

**6.3.4** In ihrer Gesamtbeurteilung (psychisch und somatisch) hielten die beiden Gutachter fest, ab dem Unfallzeitpunkt vom 3. Juli 2005 habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende März 2006 bestanden. Ab diesem Zeitpunkt sei – mit kurzen Unterbrechungen – eine Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden täglich möglich gewesen, wobei die restliche Arbeitszeit für

Ruhepausen zur Verfügung stehen und die Arbeitszeit in Etappen geleistet werden sollte (IVSTA-act. 144 S. 22 ff.).

**6.3.5** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des medizinischen Dienstes, hielt mit Stellungnahme vom 31. Juli 2015 fest, die Entscheidung der IV X. \_\_\_\_\_, in der diese in Anwendung der gemischten Methode bis Dezember 2012 eine Einkommenseinbusse von 34 % sowie in Anwendung der allgemeinen Methode ab dem 1. Januar 2013 eine Einkommenseinbusse von 46 % errechnet und gestützt darauf eine Viertelsrente gewährt habe, sei konform mit den Schlussfolgerungen der Zusatzgutachten. Er empfahl, diese Entscheidung zu übernehmen (IVSTA-act. 175).

**6.4** Für die von ihr angenommene erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ab November 2017 hat die Vorinstanz auf das Gutachten der H. \_\_\_\_\_ vom 14. August 2018 abgestellt. In diesem hielten Dres. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und L. \_\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, interdisziplinär fest, nachvollziehbar sei eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit spätestens ab November 2017. Bezüglich der Halswirbelsäulenbeschwerden ergäben sich gegenüber den Vorgutachten keine neuen Gesichtspunkte. Zwischenzeitlich sei am 2. November 2017 eine Spondylodese L4-S1 erfolgt. Aktuell im Vordergrund stünden sowohl subjektiv als auch objektiv lumbospondylogene Beschwerden, welche eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in körperlich adaptierten beruflichen Tätigkeiten gegenüber den beiden Vorgutachten nachvollziehbar erscheinen liessen. Frühere Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit bis November 2017 lägen aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht schwanke die depressive Symptomatik der Versicherten seit 2013 zwischen einem leichten und einem mittelgradigen Ausprägungsgrad. Die zwischenzeitlich aufgetretenen Angstsymptome der Jahre 2015 bis 2016 seien aktuell wieder beinahe remittiert, der frühere, teils exzessive Alkoholkonsum sei sistiert. Die Frage nach einer massgeblichen Veränderung des Gesundheitszustandes der Versicherten seit 2013 könne deshalb aus psychiatrischer Sicht nicht mit ja oder nein beantwortet werden (IVSTA-act. 218 S. 6 und 10).

Interdisziplinär stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- chronisches, therapierefraktäres panvertebrales und beidseits lumbospondylogenes Syndrom,
  - diskrete Skoliose, lang-/tiefgezogene Brustwirbelsäulen-Kyphose,
  - muskuläre Dysbalance und Insuffizienz,
  - Halswirbelsäulen-Trauma vom 3. Juli 2005 mit Rotationsluxation C3/4 und Fraktur HWK3 rechts (Sturz aus dem 3. Stockwerk),
  - Spondylodese C3-C5 vom 3. Juli 2005,
  - Re-Operation der Halswirbelsäule mit Erweiterung der Spondylodese bis C6 am 10. Oktober 2005 bei Bandscheibenprotrusion C5/C6,
  - Zustand nach zervikaler Spondylodese C3-C6 mit liegendem ventralem intaktem Platten/Schraubenmaterial C5/6 ohne konventionell radiologisch fassbare Lockerungszeichen, erheblicher, deutlich linksbetonter hypertropher Spondylarthrose epifusional C2/3, mittelgradiger Osteochondrose und moderater Spondylose C6/7 und mässiger atlantodentalen Arthrose (Rx 2. Juli 2018),
  - leichte Osteochondrose Th5/6 und leichte/initiale Spondylose mittleres BWS-Drittel (Rx 2. Juli 2017),
  - Stummelrippen BWK12 beidseits,
  - ausgedehnte knöcherner Dekompression L4/5 und L5/S1 von links, Diskektomie L4/5 und L5/S1 links, Rekonstruktion des Bandscheibensegments durch Implantation eines Intervertebral-Cages von lateral-transforaminal links und dorsale Instrumentierung durch ein Schrauben-Stab-System über die Pedikel LWK4 bis SWK1 zur Spondylodese vom 2. November 2017 bei lumbovertebralem Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer beidseitiger Ausstrahlung bei Diskopathie L4/5 mit median liegender annular tear und Discopathie L5/S1 mit begleitender Spondylarthrose,
  - Zustand nach Spondylodese L4-S1 mit interkorporellen Cages L4/L5 und L5/S1 sowie transpedikulär eingebrachtem intaktem Schraubenmaterial mit asymmetrischem bis max. knapp 2 mm messendem radioluzentem Saum um das distale Drittel und die Spitze der Schraube in SWK1 links; Differenzialdiagnose: Resorptionszone sowie Verdacht auf längerstreckige, bis gut 2 mm messende Resorptionszone auch entlang der inferioren Zirkumferenz der Schraube in LWK5 links, fraglich auch rechts, jeweils nur in der ap-Projektion erkennbar; Differenzialdiagnose: mögliche Schraubenlockerungen (Rx 2. Juli 2018),
  - Schmorl'sche Impression Bodenplatte LWK3;

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0);
- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, impulsiven und histrionischen Anteilen ICD-10 F61.

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die nachfolgenden Diagnosen:

- Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4);
- Panikstörung, aktuell wenig ausgeprägt (ICD-10 F41.0);
- Alkoholabhängigkeit, aktuell abstinent (ICD-10 F10.20);
- schädlicher Missbrauch von Hypnotika (ICD-10 F13.0);
- Nikotinabusus (kumulativ ca. 25 PY);
- ästhetische Mammareduktionsplastik beidseits und Entfernung einer abdominalen Fettschürze 2010 (Tschechien);
- anamnestisch Ovarialcystenexzision 2003;
- aktenanamnestisch Status nach Tubenligatur;
- anamnestisch Appendektomie 1988;
- anamnestisch Status nach Inguinalherniotomie rechts und operativer Revision;
- anamnestisch Status nach Lipomexzision Inguina rechts.

Bezüglich funktioneller Auswirkungen führten die Gutachter aus, aktuell im Vordergrund stünden die Schmerzen im Glutealbereich bei lumbospondylogem Syndrom nach Spondylodese L4-S1 von November 2017. Die Sitzdauer sei limitiert auf maximal 60 Minuten. In körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne langes Sitzen, ohne langdauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie ohne Heben/Tragen von Lasten über fünf Kilogramm sei aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht von einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. Die aus aktueller orthopädischer-rheumatologischer Sicht geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 60 % in körperlich adaptierten Tätigkeiten sei begründet durch die Notwendigkeit vermehrter/längerer Pausen sowie die verminderte Belastbarkeit bezüglich wirbelsäulenbelastender Arbeiten seit der lumbalen Spondylodese von November 2017 (IVSTA-act. 218 S. 8). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mittel- bis schwergradige Beeinträchtigung der Anpassung an Regeln und Routinen sowie der

Selbstbehauptungsfähigkeit, eine leicht- bis mittelgradige Beeinträchtigung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Unternehmung von Spontanaktivitäten und die Selbstpflege seien nicht beeinträchtigt. Nach einer Prüfung der Standardindikatoren (Diskussion der Persönlichkeitsaspekte, von Belastungsfaktoren und Ressourcen und einer Konsistenzprüfung) erklärten sie, die Versicherte sei in der früher ausgeübten Teilzeittätigkeit als Taxifahrerin aus interdisziplinärer Sicht unverändert dauerhaft voll arbeitsunfähig seit Juli 2010. In der früher ebenfalls in Teilzeit ausgeübten Tätigkeit als Büromitarbeiterin sowie auch in anderen körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne langdauerndes Sitzen, ohne langdauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie ohne Heben/Tragen von Lasten über fünf Kilogramm werde die Arbeitsunfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht aktuell auf 60 % geschätzt. Spätestens nach der lumbalen Spondylodese vom 2. November 2017 sei von einer passageren vollen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in jeglichen beruflichen Tätigkeiten für maximal drei Monate auszugehen mit anschliessender Arbeitsunfähigkeit im aktuell attestierten Ausmass.

**6.5** Das von der IV X. \_\_\_\_\_ eingeholte Gutachten vom 14. August 2018 erweist sich mit den vorgenommenen rheumatologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen mitsamt einer interdisziplinären Beurteilung als für die vorliegenden Belange umfassend. Es enthält eine ausführliche Anamnese, berücksichtigt auch die von der Versicherten beklagten Beschwerden sowie die Vorakten, erscheint in seiner Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, womit es die Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. oben E. 5.6) grundsätzlich erfüllt. Die MEDAS-Gutachter haben im Gutachten sodann explizit zur Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands Stellung genommen, womit das Gutachten überdies den Anforderungen an ein Revisionsgutachten (vgl. oben E. 5.8) genügt. Die Gutachter haben eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit dem erneuten Eingriff von November 2017 (Spondylodese L4-S1 mit interkorporellen Cages L4/L5 und L5/S1 sowie transpedikulär eingebrachtem intaktem Schraubenmaterial mit asymmetrischem bis max. knapp 2 mm messendem radioluzentem Saum um das distale Drittel und die Spitze der Schraube in SWK1 links) begründet, in Folge dessen die Versicherte während dreier Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher beruflicher Tätigkeit aufgewiesen habe. Im rheumatologischen Teilgutachten hat Dr. med. J. \_\_\_\_\_ ausgeführt, aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit 2013 verschlechtert. Aus aktueller rheumatologischer Sicht

hätten sich hinsichtlich der Halswirbelsäulenproblematik gegenüber den früher gestellten orthopädischen/rheumatologischen Diagnosen keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Bezüglich der lumbalen/lumbospondylogenen Symptomatik habe sich der Gesundheitszustand gegenüber den beiden Vorgutachten spätestens nach der lumbalen Spondylodesenoperation von November 2017 (möglicherweise bereits seit August 2017 – Erstkonsultation bei Dr. med. T. \_\_\_\_\_) verschlechtert. Die diesbezüglichen subjektiven Beschwerden stünden aktuell im Vordergrund (IVSTA-act. 218 S. 26). Auch im orthopädischen Teilgutachten wurde eine eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands mit der zwischenzeitlich durchgeführten Spondylodese L4-S1 begründet. Es seien zusätzlich zu den Halswirbelsäulenbeschwerden, die orthopädischerseits bei den Begutachtungen 2012 und 2016 die Ursachen für die 40 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gewesen seien, neu die Lendenwirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung ins Gesäss hinzugetreten. Aus diesem Grund bestehe bei der Versicherten nun eine höhere Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit als 2012 und 2016. Die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage aus orthopädischen Gründen 60 % (IVSTA-act. 218 S. 34). In psychischer Hinsicht konnten die Gutachter nicht eindeutig eine Veränderung des Gesundheitszustands feststellen. Aufgrund der dargelegten, in somatischer Hinsicht aufgrund der zwischenzeitlich durchgeführten Spondylodese L4-S1 nachweislich eingetretenen Veränderung des Gesundheitszustands ist indessen bereits das Vorliegen eines ersten Revisionsgrundes im Jahr 2017 ausgewiesen, was die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde nicht bestritten hat. Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Folge erneut verändert hat.

**6.6** Für die Beurteilung des Gesundheitszustands im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz schliesslich auf das neueste, durch die IV X. \_\_\_\_\_ eingeholte Gutachten der H. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2021 abgestellt (IVSTA-act. 309).

**6.6.1** Das Gutachten vom 11. Januar 2021 besteht aus einem orthopädischen sowie einem psychiatrischen Teilgutachten und einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung). In diesem stellten Dres. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, interdisziplinär die nachfolgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Bewegungseinschränkung und Schmerzen HWS bei

- Status nach HWS-Trauma 07/2005 mit Rotationsluxation-Fraktur HWK3 rechts, Spondylodese C3-C5 07/2005, Reoperation 10/2005 wegen Bandscheibenprotrusion C5/C6 mit Erweiterung der Spondylodese bis C6 (ICD-10 S12.21, M50.1);
- Anschlussdegeneration HWK6/7 mit breitbasiger Bandscheibenprotrusion (ICD-10 M47.82);
- Lumboischialgie bei
  - Status nach knöcherner Dekompression L4/5 und L5/S1 links. Diskektomie L4/5 und L5/S1 links, Implantation Intervertebral-Cages und dorsaler Spondylose LWK4-SWK1 (ICD-10 M51.1);
  - Status nach Schraubenrevision mit Vertebroplastie bei Schraubenlockerung LWK4 links und SWK1 links (ICD-10 T84.20);
- psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide (ICD-10 F12.2);
- Differenzialdiagnose: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0);
- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, impulsiven und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61);
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Unter dem Titel «funktionelle Auswirkungen der Befunde/Diagnosen» hielten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht seien die Fähigkeiten der Versicherten, sich an Regeln und Routinen anzupassen, erheblich beeinträchtigt. Ihre Fähigkeit, Aufgaben zu planen und zu strukturieren sei mäßig beeinträchtigt. Durch die reduzierte Belastbarkeit und vermehrte Verunsicherung sei die Flexibilität und Umstellungsschwierigkeit leicht reduziert. Insgesamt bestünden aus psychiatrischer Sicht leichte bis erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen. Im Zusammenhang mit dem chronischen Cannabiskonsum sollte die Fahreignung zumindest überprüft werden. Aus orthopädischer Sicht bestünden bei der Versicherten Einschränkungen bei der Rotation der Halswirbelsäule, was sich auf die Tätigkeit als Taxichauffeuse auswirke. Aufgrund der Beschwerden in der Lendenwirbelsäule sollte die Versicherte nach 30 bis 60 Minuten die Position wechseln, wodurch eine wechselbelastende Tätigkeit für die Versicherte ideal sei (IVSTA-act. 309 S. 5). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, es könne aufgrund der aktuellen instabilen Situation bezüglich des Cannabiskonsums aus psychiatrischer Sicht über die Arbeitsfähigkeit zum

aktuellen Zeitpunkt keine Auskunft gegeben werden. Im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum sollte die Fahreignung überprüft werden. Somit sei nur die orthopädische Sicht für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit massgebend. Die Versicherte sei aufgrund der Folgen von der Halswirbelsäulenverletzung (eingeschränkte Rotation der Halswirbelsäule) in der bisherigen Tätigkeit als Taxichauffeuse nicht mehr arbeitsfähig. In der Taxizentrale, einer Bürotätigkeit, bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Davon ausgehend, dass die Versicherte zu 50 % der Zeit als Taxichauffeuse und zu 50 % in der Taxizentrale tätig gewesen sei, ergebe dies eine Gesamtarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 %. Seit der letzten Begutachtung habe sich die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus orthopädischer Sicht wie folgt entwickelt: 40 % (Berechnungsgrundlage: Arbeit nur in Taxizentrale) bis November 2018 (Hospitalisation im V.\_\_\_\_\_, Schmerzexazerbation infolge Schraubenlockerung nach Sturz während der Ferien im Herbst in Ägypten, vgl. IVSTA-act. 309 S. 11), 100 % (recte: 0 %) von Dezember (recte: November) 2018 bis Juli 2019, 30 % (Berechnungsgrundlage: 50 % als Taxichauffeuse und 50 % in Taxizentrale) ab August 2019. In einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe bei der Versicherten aus rein orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %, dies heisst Anwesenheit von 6 Stunden pro Tag unter Berücksichtigung verschiedener funktioneller Einschränkungen. Seit der letzten Begutachtung hätten aus orthopädischer Sicht die nachfolgenden Arbeitsfähigkeiten in angestammter (recte: angepasster) Tätigkeit bestanden: 40 % bis November 2018 (Hospitalisation im V.\_\_\_\_\_, Schmerzexazerbation), 100 % (recte: 0 %) von November 2018 bis Juli 2019, 60 % ab August 2019 (IVSTA-act. 309 S. 5 f.).

**6.6.2** Gemäss dem Protokoll der Sitzung vom 23. März 2021 hielt das Expertengremium des medizinischen Dienstes gestützt auf die beiden H.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 14. August 2018 und 11. Januar 2021 fest, im Vergleich zur vorhergehenden Verfügung vom 29. Oktober 2015 habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten verändert in somatischer und psychischer Hinsicht. Die Gutachter hätten in somatischer Hinsicht eine Verbesserung aufgrund des letzten Eingriffes («intervention») festgestellt. Im neuen Folgegutachten hätten die Gutachter eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 24. November 2018 bis Ende Juli 2019 festgestellt, was der Zeit des Eingriffes, der Erholung nach dem Eingriff und der Genesung entspreche. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beruflichen Tätigkeit betrage 60 % seit August 2019. In psychischer Hinsicht habe der psychiatrische Gutachter funktionelle Einschränkungen und eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % festgestellt. Die Suchtstörung (Cannabis-Konsum)

habe im Jahr 2018 noch nicht im Vordergrund gestanden. Im Zeitpunkt der Begutachtung von 2020 habe der somatische Gutachter eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, bei einer künftigen Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus somatischen Gründen, festgehalten. Der psychiatrische Gutachter habe sich nicht zur Arbeitsunfähigkeit geäußert, in Unkenntnis der schweizerischen Rechtsprechung zu diesem Thema, und einen Cannabis-Entzug vorgeschlagen, um von Neuem auszuwerten. Es widerspreche der schweizerischen Rechtsprechung zu Suchterkrankungen, auf diese Weise vorzugehen. Daher habe der medizinische Dienst die aktuelle Arbeitsunfähigkeit der Versicherten gestützt auf die zur Verfügung stehenden Unterlagen eingeschätzt. Eine Verschlechterung habe seit 2018 stattgefunden: Es sei im Jahr 2020 eine Suchtstörung beschrieben worden. Die Inkonsistenzen seien zurückzuführen auf die Persönlichkeits- und Suchtstörung. Die Gutachter hätten auch aktuelle funktionelle Einschränkungen formuliert (unter Punkt 8.2 des orthopädischen Gutachtens sowie unter Punkt 7.4 des psychiatrischen Gutachtens). Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherten keine Tätigkeit mit Kundenkontakt mehr zumutbar, angesichts der Sucht- und Persönlichkeitsstörung, dies seit dem Gutachtenszeitpunkt. Eine leichte Tätigkeit ohne Kundenkontakt sei unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen aus somatischer Sicht zu 60 % zumutbar. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxichauffeuse und Geschäftsführerin des Taxiunternehmens sei die Versicherte voll arbeitsunfähig, insbesondere da die Fähigkeit der Versicherten, sich an Regeln und Routinen anzupassen, stark herabgesetzt sei. Damit habe sich der Gesundheitszustand mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit dem 29. Oktober 2015 wie folgt verändert: In der bisherigen beruflichen Tätigkeit (als Taxichauffeuse sowie Geschäftsführerin eines Taxiunternehmens) liege eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 2. November 2017 vor. Für eine angepasste Tätigkeit sei die Versicherte seit dem 2. November 2017 zu 100 %, ab dem 2. Februar 2018 zu 60 %, ab dem 24. November 2018 zu 100 % sowie ab dem 1. August 2019 zu 40 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 332).

**6.6.3** Am 15. Juli 2021 nahm Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, ausführlich zu den Standardindikatoren Stellung und erklärte zusammenfassend, der Gutachter Dr. med. N. \_\_\_\_\_ habe die von ihm im November 2020 gestellten Diagnosen (Cannabiskonsums [ICD-10 F12.2; differenzialdiagnostisch auch rezidivierende depressive Störung, leichte Episode [ICD-10 F33.0], kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, impulsiven und histrionischen Anteilen [ICD-10 F61], chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41], eine Panikstörung

[F41.0] sowie eine Störung durch Hypnotika [ICD-10 F13.1]) ausführlich hergeleitet. Der psychiatrische Gutachter habe im psychopathologischen Befund festgestellt, dass die Versicherte zu allen Qualitäten orientiert sei und nur leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine leichte Störung des Kurzzeitgedächtnisses aufweise, ohne formale Denkstörungen oder psychotische Symptome (keine inhaltliche Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen oder Wahrnehmungsstörungen). Der Antrieb und die Psychomotorik seien unauffällig. Es bestehe eine leichte Energielosigkeit, welche allenfalls einem leichten depressiven Zustand zugeschrieben werden könne, wobei dieses Symptom auch typischerweise bei einem chronischen Cannabiskonsum vorzufinden sei. Damit lägen allenfalls leichte Symptome eines chronischen Cannabiskonsums vor, d. h. die diagnoserelevanten Befunde seien leicht ausgeprägt. Gleiches könne für den vom Gutachter festgestellten Hypnotikakonsum (ICD-10 F13.1) gesagt werden, dessen typischen Befunde sich denn auch nur schwer von denjenigen des Cannabiskonsums unterscheiden liessen. Auch wenn differenzialdiagnostisch von einer leichten depressiven Episode gesprochen werde, gehe die Symptomatik doch in verschiedenen Bereichen über diejenige hinaus, welche bei einer leichten Depression erwartet würde. In Bezug auf die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) schreibe der Gutachter, dass zum Zeitpunkt der Exploration, anders als beim Vorgutachten, psychosoziale Belastungsfaktoren vorgelegen hätten. Diese seien für die Diagnosestellung der Schmerzstörung nötig, weshalb der Gutachter diese Diagnose nun auch stellen könne. Die Schmerzen würden in "klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen" verursachen. In den Vorberichten sei bei der Versicherten teilweise eine Persönlichkeitsstörung festgestellt worden, teilweise sei von einer akzentuierten Persönlichkeitszüge gesprochen worden, welche per definitionem nicht den Schweregrad einer psychischen Störung erreiche. Dies lege nahe, dass bei der Versicherten keine schwere Persönlichkeitsstörung vorliege. Dass die Gutachterin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Fachgutachten von August 2018 die Arbeitsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt (unter Berücksichtigung der Funktionseinschränkungen) auf 70 % geschätzt habe, lasse indirekt auf eine doch eher leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung schliessen. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ habe zur diagnostizierten Panikstörung (ICD-10 F41.0) festgehalten, dass sich die Symptomatik verstärkt habe. Die Tagesstruktur spiegle trotz der hohen Anzahl vorkommender Panikattacken (fünfmal täglich) nur wenig die Einschränkungen durch diese Attacken wider. Auch weise die Inanspruchnahme medizinischer Betreuung durch den Facharzt für Psychiatrie (einmal pro Monat)

sowie die geringen Einschränkungen bei der Verwendung von Verkehrsmitteln auf einen insgesamt kleinen Leidensdruck im Leben der Versicherten hin. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe weiterhin nicht. Zusammenfassend könnten die von der Versicherten vorgetragene Beschwerden im Besonderen hinsichtlich dieser Störung aufgrund der vorliegenden Diskrepanzen im Vergleich zum regulären Tagesablauf nicht nachvollzogen werden. Der Gutachter schätze die Befunde daher weiterhin als leicht ein. In der Gesamtschau würden einzig die Befunde der Persönlichkeitsstörung und der Schmerzstörung als ausgeprägt hervorstechen. Die Befunde der anderen Störungen seien als leicht einzustufen. Bezüglich Behandlungserfolgs oder -resistenz hielt Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ fest, die Versicherte lasse sich seit 2006 psychiatrisch behandeln, in unregelmässigen Abständen, und bei mehrfachem Wechsel der Behandler und der Medikamente. Klinikaufenthalte würden auch beschrieben. Eine relative Stabilisierung der Symptomatik könne festgestellt werden, was sich auch in der aktuellen niederfrequenten Behandlung bei Dr. med. U. \_\_\_\_\_ widerspiegele. Betreffend Eingliederungserfolg/-resistenz hielt er fest, die Versicherte gehe seit 2010 keiner Arbeitstätigkeit nach, schreibe jedoch Bewerbungen für eine Bürotätigkeit und stehe einer Wiedereingliederung negativ gegenüber. Da keine nennenswerte Eingliederungsversuche stattgefunden zu haben schienen, könne nicht zu Erfolg oder Resistenz dieser Massnahmen Stellung genommen werden. Zu den Komorbiditäten erklärte Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, die bei der Versicherten diagnostizierte gemischte Persönlichkeitsstörung habe sowohl direkte Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der Versicherten als auch indirekte Auswirkungen, indem sie ihre psychischen Ressourcen schmälere (Gemäss Gutachter Dr. med. N. \_\_\_\_\_ bestünden je nach Bereich "leichte bis erhebliche Funktionseinschränkungen"). Auf somatischer Ebene lägen ebenfalls relevante Komorbiditäten vor, welche sich negativ auf die Ressourcen der Versicherten auswirkten. Zur Kategorie "Konsistenz", a) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, hielt er fest, vom Gutachter Dr. med. N. \_\_\_\_\_ wie auch von der Gutachterin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (2018) würden mehrere Inkonsistenzen hervorgehoben (Diskrepanz zwischen der geklagten Häufigkeit und Schwere der Panikattacken und des wenig eingeschränkten Tagesablaufs; Diskrepanz zwischen dem im Blut gewonnenen THC-COOH-Wert und den Angaben zum Konsum von THC; bzgl. dem THC mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Neigung zur Dissimulation). Die wechselhafte Symptomatik und das gestörte Selbstbild im Zusammenhang mit der emotionalen Instabilität, sowie die geringe Introspektionsfähigkeit der Versicherten erlaubten es ihr nicht, ein konstantes und konsistentes Bild ihrer verschiedenen Lebensbereiche

zu vermitteln. Bezüglich Kategorie "Konsistenz", b) Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck führte er aus, die aktuelle psychiatrische Behandlung in niederfrequenter Form mit einer Konsultation pro Monat und der fehlende Eingliederungswille lasse auf einen aktuell niedrigen Leidensdruck schliessen. Zusammenfassend erreichten die Persönlichkeitsstörung und die chronische Schmerzstörung eine mässige Schwere. Die Persönlichkeitsstörung sowie die Schmerzstörung hätten sich seit der letzten Verfügung der IVSTA vom 29. Oktober 2015 nicht wesentlich verändert. Zwar ermögliche es das Vorliegen von aktuellen Belastungsfaktoren, die Diagnose einer Schmerzstörung neu auch formal zu festzuhalten, dies stelle jedoch keine Veränderung der Symptomatik dar, da letztere unverändert vorhanden sei. Das Vorliegen IV-fremder Belastungsfaktoren sei zwar für die Wahl der Diagnosekategorie relevant, beeinflusse aber nicht die Schwere der Symptome oder deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, die unverändert seien. Mit der neu beschriebenen Störung durch Cannabinoide sei es dennoch zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen, auch wenn diese angesichts der leichten Ausprägung der Symptomatik eine relativ geringfügige direkte Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Versicherten haben dürfte. Die durch die Persönlichkeitsstörung verursachte Verringerung der Ressourcen sei jedoch in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzen, und beeinflusse die direkten Auswirkungen der Suchtstörung negativ. Die vom Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aufgeführten Funktionseinschränkungen seien unter Einbezug aller vorhandenen Störungen nachvollziehbar, und liessen auf eine relevante, psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit schliessen, welche jedoch nicht die von somatischer Seite bestimmte Arbeitsunfähigkeit von 40% in angepasster Tätigkeit überschreite. Die angestammte Tätigkeit sei hingegen aufgrund des Kundenkontakts nicht mehr möglich. Insgesamt bestätigte Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ damit die Schlussfolgerungen der Stellungnahme des Expertengremiums des medizinischen Dienstes vom 23. März 2021 auch nach erfolgter Prüfung der Standardindikatoren (IVSTA-act. 340).

**6.7** Die Beschwerdeführerin lässt in ihrer Beschwerde geltend machen, in dem zuletzt in X.\_\_\_\_\_ eingeholten Gutachten sei ihre psychische Erkrankung nicht berücksichtigt worden, da der psychiatrische Sachverständige kein Gutachten erstattet habe mit der Begründung, dass er bei der Beschwerdeführerin einen zu hohen THC-Gehalt festgestellt habe. Zu ihrer psychischen Erkrankung seien keine Abklärungen durchgeführt worden. Damit sei das Gutachten unvollständig und es sei auf das im Jahr 2018 eingeholte Gutachten der H.\_\_\_\_\_ abzustellen. Die Vorinstanz habe

richtig ausgeführt, dass das Bundesgericht in jüngerer Rechtsprechung die Anordnung einer Entzugsbehandlung als unzulässig eingestuft habe. Damit sei aber auch das Vorgehen des psychiatrischen Sachverständigen bei der letzten Begutachtung als unzulässig bestätigt und es wäre ein vollständiges psychiatrisches Gutachten zu erstellen gewesen, dies unabhängig von einem allfälligen Abhängigkeitssyndrom. Wenn die Vorinstanz dazu ausführe, der Gutachter habe diese Massgaben offensichtlich nicht gekannt, verpflichte sie dies umso mehr, eine vollständige Abklärung zu veranlassen oder auf das letzte vollständige Gutachten aus dem Jahr 2018 abzustellen. Mit der bekämpften Erledigung würden jedenfalls ab 2019 die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht mehr berücksichtigt, womit diese unvollständig und unrichtig sei.

Es ist der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass das neue H. \_\_\_\_\_-Gutachten keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht vorgenommen hat aufgrund der aktuellen instabilen Situation bezüglich des Cannabiskonsums. Ausserdem steht aufgrund der aktuellen schweizerischen Rechtsprechung fest, dass es nicht zulässig ist, Suchterkrankungen von vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abzusprechen (vgl. oben E. 5.10), wie dies die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung richtig hervorgehoben hat. Damit war das Vorgehen des psychiatrischen Gutachters, von einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit infolge Cannabiskonsums abzusehen, nicht zulässig. Indessen hat die Vorinstanz mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht eine ergänzende Beurteilung des RAD-Psychiaters eingeholt. Dieser hat nach einer eingehenden, nicht zu beanstandenden Prüfung der Standardindikatoren gestützt auf die Angaben im Gutachten die in somatischer Hinsicht von den Gutachtern festgelegte Arbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung der in psychiatrischer Hinsicht vorliegenden Befunde bestätigt. Nachdem das durch die IV X. \_\_\_\_\_ eingeholte H. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 11. Januar 2021 im Übrigen die Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten erfüllt (vgl. oben E. 5.6) und eine Beurteilung des Verlaufs des Gesundheitszustands seit 2018 erlaubt (obschon das Gutachten nicht explizit als ein Revisionsgutachten ausgestaltet wurde; vgl. oben E. 5.8) sowie die mit RAD-Stellungnahmen vom 23. März 2021 und 15. Juli 2021 gestützt auf das H. \_\_\_\_\_-Gutachten vorgenommene ergänzende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ihrerseits schlüssig begründet und in sich widerspruchsfrei ist (vgl. oben E. 5.7), kann auf die durch den RAD gestützt auf das H. \_\_\_\_\_-Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Unter diesen Umständen erübrigt sich die Einholung einer neuerlichen Begutachtung, da von einer solchen keine neuen

Ergebnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361).

**6.8** Gemäss dem H. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 11. Januar 2021 hat sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem H. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 11. August 2018 in somatischer Hinsicht insofern verändert, dass die Versicherte vom 24. November bis zum 27. November 2018 im V. \_\_\_\_\_ hospitalisiert worden sei wegen einer Schmerzexazerbation bei bekannten vertebralem Schmerzsyndrom. In der Folge sei sie am 20. Dezember 2018 eingehend bei ihrem Operateur Dr. med. T. \_\_\_\_\_ untersucht worden. Die computertomographische Abklärung habe Lysesäume um die sacral liegende Schraube linksseitig und bei der Schraube des Pedikels LWK4 links gezeigt. Aufgrund dieser Schraubenlockerung und nachdem die Schmerzen durch Infiltration der Schrauben kurzfristig hätten vermindert werden können, seien die Schrauben (Anm.: am 28. März 2019 [vgl. IVSTA-act. 309 S. 34 und S. 40 f.]) neu positioniert und durch etwas längere und dickere Schrauben ersetzt und einzementiert worden (IVSTA-act. 309 S. 17). Aufgrund dieser Schmerzexazerbation und als Folge des neuerlichen Eingriffs (Auswechslung der Schrauben) stellten die H. \_\_\_\_\_-Gutachten eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit von November 2018 bis Juli 2019 fest (IVSTA-act. 309 S. 7). In der Sitzung vom 23. März 2021 bestätigte das Expertengremium des medizinischen Dienstes, dass aufgrund des Eingriffs, der notwendigen Erholung nach dem Eingriff und der Genesung die angegebene volle Arbeitsunfähigkeit in der Zeit von November 2018 bis Juli 2019 begründet sei (vgl. oben E. 6.8.1). Weiter führten die H. \_\_\_\_\_-Gutachter aus, Dr. med. T. \_\_\_\_\_ habe im Bericht vom 3. April 2019 ausgeführt, dass bei der Versicherten nachfolgend an die primäre Spondylodese im November 2017 eine sehr gute Besserung der initial immobilisierenden, invalidisierenden Rückenschmerzen aufgetreten sei. Anlässlich der Nachkontrolle sechs Monate nach der zweiten Lendenwirbelsäulenoperation habe Dr. med. T. \_\_\_\_\_ geschrieben, dass die Versicherte weitestgehend beschwerdefrei sei und Gehstrecken von einer Stunde kein Problem seien (vgl. Bericht von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 10. September 2019 in IVSTA-act 309 S. 45 f.). Bezüglich der Schmerzen liege damit eine massive Verbesserung im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2018 vor (IVSTA-act. 309 S. 11). Damit belegt das H. \_\_\_\_\_-Gutachten infolge einer Veränderung der von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen, welche von den Gutachtern objektiviert werden konnten, eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ab November 2018 sowie in der Folge etwa ab August 2019 wiederum eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands. In

psychiatrischer Hinsicht äussert sich das Gutachten nicht explizit zu einer Veränderung des Gesundheitszustands. Diesbezüglich hat das Expertengremium des medizinischen Dienstes jedoch in der Sitzung vom 23. März 2021 festgehalten, dass die im Jahr 2020 festgestellte Suchtstörung (Cannabis-Konsum) im Jahr 2018 noch nicht im Vordergrund gestanden habe (IVSTA-act. 332). Zwar dürfte diese Störung durch Cannabinoide angesichts der leichten Ausprägung der Symptomatik gemäss den Gutachtern eine relativ geringfügige direkte Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Versicherten haben, die durch die Persönlichkeitsstörung verursachte Verringerung der Ressourcen sei jedoch in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzen, und beeinflusse die direkten Auswirkungen der Suchtstörung negativ. Auch wurde die im Jahr 2018 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode im Jahr 2021 lediglich noch als Differenzialdiagnose aufgeführt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin durfte die Vorinstanz damit für die Beurteilung des Gesundheitszustands im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht auf das in jenem Zeitpunkt veraltete H. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 14. August 2018 abstellen, da sich der Gesundheitszustand seither insbesondere aufgrund des erst nach jener Begutachtung vorgenommenen erneuten Eingriffs (Auswechslung der Schrauben der Spondylodese vom 28. März 2019) sowie der erst im Jahr 2020 im Vordergrund stehenden Suchtstörung verändert hatte.

**6.9** Gestützt auf die dargelegten medizinischen Unterlagen steht nach dem Gesagten fest, dass die Versicherte ab dem Unfall vom 3. Juli 2005 bis Ende März 2006 in jeglicher beruflichen Tätigkeit voll arbeitsunfähig war. Für die bisher zu einem Drittel ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrerin wurde sie auch über Ende März 2006 voll arbeitsunfähig geschrieben. Bezüglich der früher ebenfalls in Teilzeit (zu ca. zwei Dritteln) ausgeübten Bürotätigkeit bestand aufgrund der vorliegenden Akten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % respektive von rund fünf Stunden täglich. Über diesen Zeitraum hat die Vorinstanz bereits mit der rechtskräftigen Verfügung vom 29. Oktober 2015 betreffend Abweisung des Rentengesuchs entschieden. Gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 14. August 2018 war die Versicherte ab dem 2. November 2017 erneut in jeglicher beruflichen Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Ab Februar 2018 wurde ihr bezüglich der bisher ebenfalls ausgeübten Bürotätigkeit respektive anderen angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne langdauerndes Sitzen, ohne langdauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie ohne Heben/Tragen von Lasten über fünf Kilogramm eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % bescheinigt (vgl. IVSTA-act. 218 S. 9). Im MEDAS-Gutachten vom 11. Januar

2021, unter Ergänzung des Protokolls der Sitzung des Expertengremiums des medizinischen Dienstes vom 23. März 2021 sowie der Stellungnahme des RAD-Psychiaters vom 15. Juli 2021 zu den Standardindikatoren, wurde die Versicherte seit dem 2. November 2017 als in der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Taxichauffeuse sowie Geschäftsführerin eines Taxiunternehmens voll arbeitsunfähig eingestuft. Für eine angepasste Tätigkeit wurde ihr ab dem 2. November 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab dem 2. Februar 2018 von 60 %, ab dem 24. November 2018 erneut von 100 % sowie ab dem 1. August 2019 von 40 % attestiert.

**6.10** In der Invaliditätsbemessung vom 7. April 2021 hat die Vorinstanz für die Zeit vom 2. November 2017 bis zum 1. Februar 2018 einen Invaliditätsgrad von 100 %, für die Zeit ab dem 2. Februar von 60 %, für die Zeit ab dem 24. November 2018 von 100 % sowie für die Zeit ab dem 1. August 2019 von 40 % ermittelt. Hinsichtlich der der Beschwerdeführerin zugesprochenen ganzen Rente hat sie ausgeführt, dass die Versicherte ab dem 24. November 2018 eine Einkommenseinbusse von 100 % erleide. Sie hat ausgeführt, dass die Versicherte vor Eintritt des Gesundheitsschadens verschiedene Tätigkeiten ausgeübt habe, zuletzt für kurze Zeit als Beauty-Advisor. Erst nach Eintritt des Gesundheitsschadens habe sie bei W. \_\_\_\_\_ bis 2010 gearbeitet (Invalideneinkommen). Die Vorinstanz hat in der Folge für die Bestimmung sowohl des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die LSE 2018, TA1\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, allgemeiner privater Sektor, abgestellt. Sie hat hingegen keine effektive Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen vorgenommen. Indessen ergibt bereits ein Prozentvergleich (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a), dass im fraglichen Zeitraum ab November 2018 ein Invaliditätsgrad von 100 % vorgelegen hat. Auch für die Zeit ab dem 1. August 2019 hat sie für die Bestimmung sowohl des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf dieselben Tabellenlöhne abgestellt, ohne einen Abzug vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin hat weder im vorinstanzlichen Verfahren noch im vorliegenden Beschwerdeverfahren Gründe vorgebracht, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden. Solche persönlichen und beruflichen Merkmale (wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad, welche Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können; BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/a) sind vorliegend denn auch nicht zu erkennen. Damit kann auch für die Zeit ab dem 1. August 2019 der Invaliditätsgrad gestützt auf einen Prozentvergleich ermittelt werden, womit dieser 40 % beträgt.

Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz zu Recht gestützt auf den von November 2018 bis Ende Juli 2019 errechneten Invaliditätsgrad von 100 % einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bejaht. Der ab dem 1. August 2019 vorliegende Invaliditätsgrad von 40 % berechtigt zwar grundsätzlich zu einer Viertelsrente. Laut dem vorliegend anwendbaren Art. 29 Abs. 4 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung) werden indessen Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (vgl. Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin sowohl ihren Wohnsitz als auch gewöhnlichen Aufenthalt in Liechtenstein und erfüllt damit nicht die besondere Anspruchsvoraussetzung des Wohnsitzes und gewöhnlichen Aufenthalts in der Schweiz. Ebenfalls kann sie sich vorliegend nicht auf eine abweichende staatsvertragliche Vereinbarung berufen, da in Bezug auf die Versicherte als EU-Bürgerin das FZA zu beachten ist, welches für Staatsangehörige eines EU-Mitgliedstaats einen Export einer Viertelsrente lediglich dann vorsieht, wenn diese Wohnsitz in einem EU-Mitgliedstaat haben. Damit begründet der ab dem 1. August 2019 vorliegende Invaliditätsgrad von 40 % keinen Anspruch auf eine Viertelsrente.

**6.11** Abschliessend ist der Beginn des Anspruchs auf die ganze Invalidenrente zu prüfen.

**6.12** Wie die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht ausgeführt hat, wurde die Beschwerdeführerin nach dem Eingriff vom 2. November 2017 (lumbale Spondylodese) für ihre bisherige berufliche Tätigkeit dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, womit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG vorliegend zweifellos erfüllt ist. Kumulative Voraussetzung für den Beginn des Rentenanspruchs ist der Ablauf der Wartezeit von einem halben Jahr nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG.

**6.12.1** Mit Blick auf den Anmeldezeitpunkt hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ausgeführt, sie habe ein erstes Gesuch um Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 3. Mai 2007 mit Verfügung vom 29. Oktober 2015 abgelehnt. Diese Verfügung sei in

Rechtskraft erwachsen und diene im vorliegenden Verfahren als Referenzzeitpunkt. Am 19. Februar 2019 habe die IVSTA ein Formular E 204 (...) "Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente" erreicht. Als Antragsdatum habe die IV X. \_\_\_\_\_ den 1. Januar 2013 notiert. Zu diesem Zeitpunkt sei das oben erwähnte Gesuch vom 3. Mai 2007 jedoch noch in Bearbeitung gewesen. Der 1. Januar 2013 könne somit nicht als Anmeldedatum berücksichtigt werden. Vielmehr sei der 19. Februar 2019 (Eingang des Gesuchs bei der IVSTA) als Anmeldedatum zu erfassen. Auf das im Widerspruch der Versicherten vom 20. Mai 2020 erwähnte Begehren, das Antragsdatum vom 1. Januar 2013 zu übernehmen, trat die Vorinstanz nicht ein. Sie wies jedoch darauf hin, dass die Unterlagen, welche die IV X. \_\_\_\_\_ im Rahmen des dortigen Leistungsgesuchs vom 1. Januar 2013 erstellt habe, auch von ihr im Zuge der Abklärung des ersten Antrags und folglich für den Erlass der Verfügung vom 29. Oktober 2015 berücksichtigt worden seien (IVSTA-act. 345).

**6.12.2** Die Beschwerdeführerin liess in ihrer Beschwerde mit Blick auf den Anmeldezeitpunkt geltend machen, die Vorinstanz habe ihr zu Unrecht erst ab 2019 Rentenleistungen anerkannt, obwohl sie den bezughabenden Antrag bereits im Jahr 2013, wie internationalrechtlich vorgesehen bei der IV-Stelle in X. \_\_\_\_\_, eingereicht habe. Diese habe der Vorinstanz das Formular E 204 mit diesem Datum der Antragstellung übermittelt, daher gelte dieses Datum auch vor der Vorinstanz. Entsprechend seien die Ansprüche der Versicherten ab 2013 zu prüfen. Ebenso habe die Vorinstanz im Rahmen dieser internationalen Zusammenarbeit alle Akten der IV X. \_\_\_\_\_ beigezogen, jedoch keine eigenen Abklärungen veranlasst. Damit gelte das Gesuch als im Jahr 2013 eingebracht und die Vorinstanz habe dieses rückwirkend ab 2013 zu beurteilen, nicht aber erst ab 2018. Es spiele keine Rolle, wenn die Vorinstanz erst 2015 nach einer Dauer von mehr als acht Jahren das Gesuch der Beschwerdeführerin aus dem Jahr 2007 erledigt habe, da diese Erledigung lediglich das Gesuch aus dem Jahr 2007, nicht aber die Situation ab dem Jahr 2013, betroffen habe. Die Saumseligkeit der Vorinstanz und diese unzumutbar späte Erledigung könnten kein Grund dafür sein, das Gesuch aus dem Jahr 2013 nicht zu erledigen.

**6.12.3** Hinsichtlich dieser Ausführungen der Beschwerdeführerin ist vorab festzuhalten, dass im Jahr 2013 bereits das Verfahren betreffend Erstanmeldung lief, womit es für die Beschwerdeführerin in jenem Zeitpunkt keinerlei Anlass gab, eine neue Anmeldung bei der Vorinstanz vorzunehmen. Ebenfalls steht aufgrund der vorliegenden Akten fest, dass die Vorinstanz in der rechtskräftigen Verfügung von Oktober 2015 die im Verfahren vor

der IV X.\_\_\_\_\_ eingeholten medizinischen Unterlagen bis 2015 berücksichtigt hat (vgl. insbesondere Stellungnahme des medizinischen Dienstes in IVSTA-act. 175). In den vorliegenden Akten ist denn auch keine (neue) IV-Anmeldung vom 1. Januar 2013 dokumentiert (auch in X.\_\_\_\_\_ lief in jenem Zeitpunkt noch das Verfahren betreffend Erstanmeldung; vgl. Sachverhalt Bst. B.a.b). Vielmehr handelt es sich bei diesem Datum um den Zeitpunkt des Beginns der erstmaligen Leistungszusprache durch die IV X.\_\_\_\_\_ (vgl. IVSTA-act. 162; Sachverhalt Bst. B.a.b). Entsprechend hat die IV X.\_\_\_\_\_ im Formular E 204 (...) «Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente» vom 14. Februar 2019 als Tag des Beginns des Rentenanspruchs den 1. Januar 2013 angegeben. Das darunterliegende Feld betreffend Tag der Einreichung des Antrags enthält demgegenüber keine Angabe (vgl. Sachverhalt Bst. B.d). In der Folge hat die Vorinstanz den Eingang der Neuanmeldung am 25. Februar 2019 bestätigt (IVSTA-act. 203). Trotz Nachinstruktion der Vorinstanz bei der IV X.\_\_\_\_\_ betreffend die fehlende Angabe des Anmeldedatums (vgl. Telefonnotiz vom 2. Juni 2020 [IVSTA-act. 298] sowie E-Mail vom 2. Juni 2020 [IVSTA-act. 297 und 329 S. 1]) fehlt in den vorliegenden Akten eine schriftliche Angabe der IV X.\_\_\_\_\_ zum Zeitpunkt der Einreichung der Neuanmeldung bei ihr. Daraufhin hat die Vorinstanz als Gesuchsdatum jeweils den 1. Januar 2013, Eingang: 19. Februar 2019 (vgl. IVSTA-act. 208 S. 1 und 273: «Anmeldung vom 01.01.2013 erhalten am 19.02.2019») angegeben. Hierbei scheint es sich nach dem Gesagten jedoch um einen Fehler zu handeln. So scheint die Vorinstanz das im Formular E 204 (...) «Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente» vom 14. Februar 2019 angegebene Datum vom 1. Januar 2013 fälschlicherweise sowohl auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns in X.\_\_\_\_\_ als auch der Antragsstellung bezogen zu haben. Aufgrund der vorliegenden Akten ist nach dem Gesagten, entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin, die Einreichung einer Neuanmeldung am 1. Januar 2013 nicht belegt.

**6.12.4** Vielmehr hat die Beschwerdeführerin gegenüber der Vorinstanz – nach einer telefonischen Ankündigung vom 1. Februar 2018, dass sie ein Revisionsgesuch einreichen werde (vgl. Sachverhalt Bst. B.d) – erstmals mit schriftlicher Eingabe vom 2. Januar 2019 eine Verschlechterung ihres Zustandsbilds geltend gemacht und darauf hingewiesen, dass sie bei der Invalidenversicherung X.\_\_\_\_\_ ein Revisionsgesuch eingereicht habe. Sie hat darum ersucht, dass infolge der Rentenrevision in X.\_\_\_\_\_ auch in der Schweiz die notwendigen Schritte in die Wege zu leiten seien. Dieses Schreiben ist am 7. Januar 2019 bei der Vorinstanz eingegangen (IVSTA-act. 191). Daraufhin hat die Vorinstanz die Beschwerdeführerin mit

Schreiben vom 15. Januar 2019 aufgefordert, zwecks eines neuen Antrags auf Abklärung für eine IV-Rente direkt mit der IV X. \_\_\_\_\_ in Kontakt zu treten (IVSTA-act. 194). Das Formular E 204 (...) «Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente» vom 14. Februar 2019 ist daraufhin am 19. Februar 2019 bei der Vorinstanz eingegangen (IVSTA-act. 199). Unter diesen Umständen ist als Anmeldedatum für die Neuanschuldung zu Gunsten der Beschwerdeführerin auf den 7. Januar 2019, Zeitpunkt in welchem sie erstmals gegenüber der Vorinstanz schriftlich ihren Neuanschuldewillen kundgetan respektive implizit ein Neuanschuldungsgesuch gestellt hat, abzustellen.

**6.12.5** Aufgrund der neuen Anmeldung der Beschwerdeführerin bei der Vorinstanz zum Leistungsbezug vom 7. Januar 2019 konnte damit gestützt auf Art. 29 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 IVG ein Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Juli 2019 entstehen. Damit hätte die Vorinstanz der Versicherten die ihr zustehende ganze Rente bereits ab dem 1. Juli 2019 gewähren müssen. Die Beschwerde ist in diesem Punkt teilweise gutzuheissen.

**6.13** Zu prüfen bleibt der Zeitpunkt der allfälligen Aufhebung respektive Herabsetzung des Rentenanspruchs.

**6.13.1** Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Wie bereits dargelegt, hat die Beschwerdeführerin seit dem 1. August 2019 einen Invaliditätsgrad von nunmehr 40 % aufgewiesen infolge einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Diese Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist ab dem 1. November 2019 zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit der Frage betreffend die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung ist bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache für die Ermittlung des Eckwertes des 55. Altersjahres auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen (vgl. BGE 148 V 321 E. 7.3 mit Hinweisen). Die 1972 geborene Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 8. September 2021 noch keine 55 Jahre alt, weshalb das wiedererlangte Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet werden kann. Mangels Wohnsitzes in der Schweiz oder in einem EU-Mitgliedstaat respektive Vorliegens einer abweichenden zwischenstaatlichen

Vereinbarung begründet dieser Invaliditätsgrad indessen keinen Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. oben E. 6.12). Damit besteht ab dem 1. November 2019 kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die Vorinstanz hat die der Beschwerdeführerin zugesprochene ganze Rente entsprechend zu Recht bis zum 31. Oktober 2019 befristet.

**6.14** Zusammenfassend steht der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Juli 2019 bis zum 31. Oktober 2019 eine ganze Rente zu. Die Beschwerde ist damit teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin in Abänderung der angefochtenen Verfügung eine ganze Rente befristet für die Zeit vom 1. Juli 2019 bis zum 31. Oktober 2019 zuzusprechen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

## **7.**

**7.1** Die Beschwerdeführerin dringt im vorliegenden Beschwerdeverfahren lediglich teilweise mit ihren Anträgen durch. So hat sie in ihrer Beschwerde die Zusprache einer Rente bereits ab dem 1. Januar 2014 sowie über Ende Oktober 2019 hinaus beantragt. Das Bundesverwaltungsgericht hat einen früheren Rentenbeginn ab dem 1. Juli 2019 und damit den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente für einen zusätzlichen Monat bejaht. Insgesamt unterliegt die Beschwerdeführerin damit überwiegend. Angesichts dieses Verfahrensausgangs werden die Verfahrenskosten in Anwendung von Art. 63 Abs. 1, Satz zwei, VwVG auf Fr. 700.– reduziert und der Beschwerdeführerin auferlegt. Diese Verfahrenskosten werden dem einbezahlten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– entnommen. Der Restbetrag von Fr. 100.– wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr zu benennendes Konto zurückerstattet.

**7.2** Die lediglich teilweise obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung. Da sie keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands im Beschwerdeverfahren sowie des mehrheitlichen Unterliegens der Beschwerdeführerin erscheint eine reduzierte Entschädigung von Fr. 350.– angemessen. Diese ist der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz zuzusprechen.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der Beschwerdeführerin in Abänderung der angefochtenen Verfügung vom 8. September 2021 eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Juli 2019 bis zum 31. Oktober 2019 zugesprochen.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

**2.**

Die reduzierten Verfahrenskosten von Fr. 100.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– entnommen. Der Restbetrag von Fr. 700.– wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 350.– zugesprochen.

**4.**

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Milan Lazic

**Rechtsmittelbelehrung:**

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

Versand: