



Abteilung III
C-719/2021

Urteil vom 2. Oktober 2025

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni,
Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Fabian Zumbühl.

Parteien

A._____, (Dänemark),
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung der IVSTA vom 5. Februar 2021.

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1965 geborene, mittlerweile in Dänemark wohnhafte A._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) ist deutsche Staatsangehörige und war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 5. Februar 2021 in Deutschland wohnhaft. In den Jahren 1991 bis 1996 sowie 2004 bis 2016 war sie mit Unterbrüchen als Grenzgängerin als Pflegefachfrau bei verschiedenen Arbeitgebern in der Schweiz erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der IV-Stelle C._____ [IV-act.] 8). Ab dem 1. Juli 2014 war sie als diplomierte Pflegefachfrau in einem 80 %-Pensum im Spital B._____ angestellt (vgl. IV-act. 5; 13 S. 2 f.; 98).

B.

B.a Mit IV-Anmeldung vom 21. Januar 2018 stellte die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons C._____ das Begehren zum Bezug von Leistungen der IV (IV-act. 2 S. 62). Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab sie an, bereits im Jahr 2013 ein Burnout erlitten zu haben und seit August 2017 an einer Depression zu leiden (IV-act. 2 S. 6). Aus den weiteren vorinstanzlichen Akten ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass die Versicherte zwar ab dem 1. November 2018 versucht habe, ihre Tätigkeit im B._____ aufzunehmen (IV-act. 51; 96 S. 3). Dabei habe sie in einer ihrem Leiden angepassten Tätigkeit gearbeitet und nie wieder ihre volle Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf erlangt (IV-act. 96 S. 3). Sie sei sehr rasch wieder an ihre Grenzen gestossen und habe sich gesundheitlich nicht stabilisieren können. Im Mai 2020 habe sie einen Rückfall gehabt und sei wieder zu 100 % krankgeschrieben worden, woraufhin das Arbeitsverhältnis per Ende Oktober 2020 gekündigt worden sei (IV-act. 96 S. 3; Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1 S. 4 f.).

B.b Mit Schreiben vom 29. Oktober 2019 teilte die IV-Stelle des Kantons C._____ der Beschwerdeführerin mit, dass in den Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie eine medizinische Untersuchung notwendig sei (IV-act. 71 f.). Die Beschwerdeführerin erhob weder gegen die Begutachtung noch gegen die ihr im selben Schreiben mitgeteilten beiden Fachärzte Einwände. Das bidisziplinäre Gutachten wurde am 27. bzw. 28. Februar 2020 erstattet (IV-act. 77 f.).

B.c Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA, nachfolgend: Vorinstanz) der

Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. Februar 2021 ab dem 1. August 2018 bis 30. Juni 2019 gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten eine Viertelsrente zu. Für die Zeit ab dem 1. Juli 2019 verneinte sie hingegen den Anspruch auf eine Invaliditätsrente (vgl. IV-act. 81; 87; 91; 96 ff.; 109).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 5. Februar 2021 (Zustelldatum 11. Februar 2021 [BVGer-act. 1 Beilage 2]) erhob die Versicherte mit Eingabe vom 10. März 2021 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 5. Februar 2021 und die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab 1. August 2018, einer mindestens halben Rente ab 1. Januar 2019 und einer ganzen Rente ab Mai 2020. Ferner beantragte sie die Feststellung, dass die verfahrensrechtlichen Vorgaben zur Ermittlung des Invaliditätsgrads teilweise nicht eingehalten worden seien. Schliesslich sei ein psychiatrisch-medizinisches Obergutachten in Auftrag zu geben (BVGer-act. 1 S. 2).

C.b Am 7. April 2021 ging der mit Zwischenverfügung vom 18. März 2021 bis zum 3. Mai 2021 einverlangten Kostenvorschuss von Fr. 800.– bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 2–4).

C.c Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 6. Mai 2021 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 6).

C.d In ihrer Replik vom 11. Juni 2021 (Datum der Postaufgabe) hält die Beschwerdeführerin an den beschwerdeweise erhobenen Rügen fest (BVGer-act. 8).

C.e Mit Duplik vom 4. August 2021 verwies die Vorinstanz auf ihre Vernehmlassung und hielt an der Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (BVGer-act. 10).

C.f Am 20. November 2022 erkundigte sich die Beschwerdeführerin via Online-Kontaktformular über den Verfahrensstand (BVGer-act. 12). Die Anfrage wurde ihrer Rechtsvertreterin zur Kenntnis zugestellt und beantwortet (BVGer-act. 13).

C.g Am 20. März 2023 ging eine unaufgeforderte Stellungnahme der Beschwerdeführerin beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 14).

C.h Mittels Online-Kontaktformular teilte die Beschwerdeführerin dem Bundesverwaltungsgericht am 26. September 2023 eine Adressänderung mit und fragte nach dem Verfahrensstand (BVGer-act. 16). Die Anfrage wurde zuhanden ihrer Rechtsvertreterin beantwortet (BVGer-act. 17), die das Bundesverwaltungsgericht in der Folge mit Schreiben vom 5. Oktober 2023 über ihre Mandatsniederlegung informierte (BVGer-act. 18).

C.i Am 23. Dezember 2024 wurde der Beschwerdeführerin mit Blick auf eine allenfalls drohende reformatio in peius Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen (BVGer-act. 20). Mit Schreiben vom 15. Januar 2025 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie trotz der drohenden reformatio in peius an ihrer Beschwerde festhalte (BVGer-act. 21).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; 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). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten.

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, unter Vorbehalt der Absätze 2 und 2^{bis} die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Bei Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit der Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

2.2 Die Beschwerdeführerin war Grenzgängerin und hatte ihre letzte Arbeitsstelle beim B. _____ in (...) im Kanton C. _____. Zudem wohnte sie zum Verfügungszeitpunkt im benachbarten Grenzgebiet ([...] Deutschland). Die Prüfung des Leistungsgesuch durch die IV-Stelle C. _____ und der Erlass der Verfügung durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden.

3.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 5. Februar 2021, mit der die Vorinstanz der Beschwerdeführerin rückwirkend sowie befristet für die Zeit vom 1. August 2018 bis 30. Juni 2019 eine Viertelsrente zugesprochen, die Ausrichtung einer darüberhinausgehenden Rente hingegen abgewiesen hat.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, und wohnte im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 5. Februar 2021 in Deutschland und war in der Schweizerischen AHV/IV versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 81 E. 8.3). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

4.2 Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 24. Januar 2018 erfolgten Anmeldung und der am 14. Januar 2021 ergangenen Verfügung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b

und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier primär die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG (SR 830.1) in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 5. Februar 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 Verwaltungs-verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

5.3 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]). 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).

5.4 Auf die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.3 m.H.). Dementsprechend ist bei mehreren Sachverhaltsänderungen jeweils massgeblicher Vergleichszeitpunkt jener, in welchem zuletzt eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung (des jeweils anspruchserheblichen Aspektes), Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde und sich eine Veränderung des Rentenanspruchs ergab (vgl. das Urteil des BGer 8C_354/2019 vom 22. August 2019 E. 2.3 m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

5.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson

muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.6 Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). 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.; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

5.7 Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange

keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Rechtsprechungsgemäss sind weitere Abklärungen vorzunehmen, selbst wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Berichte des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bestehen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1 in fine; Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.4).

5.8 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

6.

Die Beschwerdeführerin hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet, sodass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Mit Ablauf des gesetzlichen Wartejahrs nach der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 17. August 2017 (siehe IV-act. 9 S. 4) ist sechs Monate nach der Anmeldung für IV-Leistungen vom 21. Januar 2018 (IV-act. 2) die Ausrichtung einer Invaliditätsrente ab dem 1. August 2018 zu prüfen. Die Beschwerdeführerin ist gemäss ihrem Hauptantrag der Ansicht, dass ihr ab dem 1. August 2018 eine unbefristete ganze Invalidenrente zustehe, ab 1. Januar 2019 mindestens eine halbe Rente und ab dem 1. Mai 2020 wiederum eine volle Invalidenrente. Sie beantragt überdies die Erstellung eines medizinischen Obergutachtens. Nachfolgend ist demnach zu prüfen, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin zu Recht für die Zeit vom 1. August 2018 bis zum 30. Juni 2019 eine Viertelsrente zugesprochen, die Ausrichtung einer darüberhinausgehenden Rente hingegen abgewiesen hat (IV-act. 109) beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

7.

Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und

Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergibt sich anamnestisch im Wesentlichen das Folgende:

7.1

7.1.1 Zunächst ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin 2013 ein Burnout erlitten und sich in psychotherapeutische Behandlung in der Klinik D._____ in (...) bei der Sport- und Fachpsychologin E._____ begeben hat. Weiter wird beschrieben, dass sie zwischen März und August 2013 arbeitsunfähig gewesen und dann wieder zur Arbeit zurückgekehrt sei. In der Folge habe sie Frau E._____ von 2013 bis 2017 auch ambulant psychotherapeutisch behandelt. Dabei sei 2013 Trittico eindosiert worden, eigeninitiativ habe die Beschwerdeführerin in dieser Zeit während zwei Jahren auch Citalopram 20 mg von ihrer Mutter eingenommen und ab 2015 Fluextin 20 mg verschrieben bekommen (siehe IV-act. 9 S. 14 f. und 18; 15 S. 5; 16 S. 3 und 10; 61 S. 19 und 28; 62 S. 2). Seit etwa 2011 bestünden überdies Schlafstörungen, für die sie Stilnox einnehme und dadurch auf etwa sechs Stunden Schlaf komme. Morgens nehme sie – Stand 31. Juli 2019 – weiterhin 30 mg Fluoxetine ein (IV-act. 62 S. 2). Die Medikation sei gut eingestellt (IV-act. 50 S. 3).

7.1.2 Am 17. August 2017 schrieb das Hausarztzentrum (...) (Deutschland) die Beschwerdeführerin krank und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. August 2017, die in der Folge bis zum 1. Oktober 2017 verlängert wurde (IV-act. 9 S. 4–6; siehe auch die Übersicht über vor diesem Datum erfolgte Krankschreibungen kürzerer Dauer durch das Hausarztzentrum (...) in IV-act. 15 S. 2 f.). Die Arbeitsunfähigkeit wurde anschliessend von der Privatklinik D._____ AG, Psychiatrie und Psychotherapie, ab dem 27. September 2017 für die Zeit bis zum 27. November 2017 bestätigt (IV-act. 9 S. 10, 12, 23). Hiernach bestätigte das Hausarztzentrum (...) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 9. Januar 2018 (IV-act. 9 S. 24 und 33). Der Assessment-Bericht des Krankentaggeld-Care-Management der Krankenkasse F._____ vom 9. November 2017 hält fest, dass die Krankschreibung ab dem 17. August 2017 durch einen Erschöpfungszustand bedingt gewesen sei, welcher sich in den Symptomen Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Herzrasen, Morgentief und starker Müdigkeit äusserten. Weiter wird berichtet, dass die Beschwerdeführerin die Ursache für die erneute Erschöpfung ab 2017 eher in ihrer Arbeit und nicht mehr wie 2013 in der Familiensituation sehe. Insbesondere würden ihr nun die Nachtschichten im B._____ zusetzen. Die Beschwerdeführerin schildert hinsichtlich möglicher Auslöser, dass sie neben einer sehr anspruchsvollen

Arbeitstätigkeit mit mitunter sehr stressigen Schichtdiensten eine schwierige familiäre Situation habe. Ihr Vater sei 2015 verstorben und ihre Mutter kurz darauf dement und pflegebedürftig geworden. 2016 hätte sie sich mit ihrer jüngeren Schwester über die weitere Versorgung der Mutter gestritten und schliesslich das Haus der Eltern verkauft, was sehr aufreibend gewesen sei (IV-act. 15 S. 4). Nach dem ersten Burnout habe sie die Stelle und den Wohnort gewechselt, neue Hobbys gefunden (Garten, ihre Katzen) und therapeutisch viel gearbeitet. Sie nehme Anti-Depressiva und bei Bedarf ein Schlafmittel. Ausserdem gehe sie viel spazieren, was ihr guttue. Der Assessment-Bericht schliesst mit der Empfehlung, mit einem Integrationsversuch an ihrem Arbeitsort noch zuzuwarten (IV-act. 9 S. 14 ff.).

7.1.3 Ab dem 15. Januar 2018 wurde ein Arbeitsversuch gestartet, aufgrund des abermaligen Erschöpfungszustandes der Beschwerdeführerin bereits ab dem ersten Tage jedoch vorerst nicht fortgeführt (IV-act. 9 S. 32 und 34; 15 S. 4). Es erfolgte eine erneute Krankschreibung mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit bis zum 4. Februar 2018 durch das Hausarztzentrum (...) (IV-act. 9 S. 35). Dr. G._____, Facharzt für Allgemeinmedizin im Hausarztzentrum (...), gab diesbezüglich in seinem Kurzzeugnis vom 8. Februar 2018 an, die Beschwerdeführerin leide seit sechs Monaten an einem zunehmenden Erschöpfungssyndrom mit Schlafstörungen (Diagnose: Burnout-Syndrom gemäss ICD-10 Z73) und vielerlei psychosomatischen Beschwerden, weshalb die Arbeitsfähigkeit auch derzeit noch eingeschränkt sei und bei ca. 50 % liege (IV-act. 9 S. 82). Anschliessend war die Beschwerdeführerin in Behandlung durch Dr. med. H._____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, in der Klinik I._____, Psychiatrie und Psychotherapie, in (...), die eine fortgesetzte gänzliche Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Februar 2018 attestierte (IV-act. 9 S. 84–86). Dr. H._____ und der Oberarzt Dr. J._____ diagnostizierten in ihren Berichten vom 16. und 27. März 2018 eine mittelgradig depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung (ICD-10 F33.1) mit erster depressiver Episode im Jahr 2013 und vermerkten die Medikation von Fluoxetin (am 14. Februar 2018 von 20 auf 30 mg erhöht) und Stilnox 10 mg. Ferner gingen sie von einer Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1) aus. Gemeinsam mit der Versicherten wurde eine teilstationäre oder tagesklinische Behandlung angedacht (IV-act. 15 S. 6; 16 S. 2–5; 61 S. 18 ff. und 27 ff.).

7.1.4 Ab dem 6. April 2018 bis Ende Juni 2018 begab sich die Versicherte jeweils an vier ganzen und einem halben Tag in die Tagesklinik I._____ in (...) (IV-act. 19 S. 1; 22 S. 1). Gemäss Bericht vom 16. Juni 2018 von

der Oberärztin Dr. K._____ von der Tagesklinik I._____ AG wurde dringend eine fortführende und vertiefte psychotherapeutische Begleitung empfohlen, um jahrelang bestehende dysfunktionale Denkmuster und Glaubenssätze aus der sehr belastenden Vergangenheit aufzuarbeiten. Weiter wurden Konzentrationsstörungen aufgrund starken Grübelns und emotionale und körperliche Erschöpfungszustände notiert (IV-act. 61 S. 44 ff.). Im Austrittsbericht vom 6. Juli 2018 derselben Oberärztin wurden die emotionale Vernachlässigung und der Missbrauch durch die Eltern als auslösender Faktoren für die depressive Entwicklung benannt (siehe IV-act 66 S. 2 ff.). In der Folge begann die Versicherte eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. L._____ in (...) (siehe IV-act. 21 S. 1). Am 9. Juli 2018 startete die Beschwerdeführerin überdies ein Belastbarkeitstraining bei der M._____ AG, zunächst mit einer Präsenzzeit von zwei Stunden täglich während fünf Tagen pro Woche. Später erfolgte eine Änderung der Präsenzzeit auf drei Stunden in vier Tagen mit einem freien Tag am Mittwoch. Die Beschwerdeführerin arbeitete mit Pferden (siehe namentlich IV-act. 23; 25; 38). Gemäss den Wochenberichten der M._____ konnten in den ersten Wochen zunächst hinsichtlich der Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit, Stabilität und Selbstakzeptanz Fortschritte festgestellt werden, ab dem 10. bis zum 14. September 2018 sowie vom 18. bis 25. September 2018 hingegen erfolgte eine Krankenschreibung aufgrund von Rücken- und Schulterschmerzen (IV-act. 38 S. 3 f.), woraufhin eine Weiterführung des Trainings wegen der reduzierten körperlichen Belastbarkeit auf der M._____ nicht als zielführend erachtet wurde (IV-act. 35 S. 1). Die M._____ nahm die Versicherte in den Tagen vor Ende des Belastbarkeitstrainings als stabil und selbstsicher wahr. Es wird jedoch beschrieben, dass die Beschwerdeführerin immer wieder daran habe erinnert werden müssen, nur körperlich leichte Arbeiten zu verrichten und physische Grenzen zu akzeptieren. Zudem habe sich die Versicherte zuweilen überfordert gezeigt und versucht, die Verantwortung an involvierte Personen abzugeben. (IV-act. 38 S. 4; 42 S. 3).

7.1.5 Am 12. November 2018 startete die Beschwerdeführerin mit einem erneuten Arbeitsversuch im B._____, wobei sie weiterhin voll krankgeschrieben blieb und an den vereinbarten Tagen zunächst jeweils an vier Tagen pro Woche von 09.00 bis 12.00 Uhr arbeitete (siehe IV-act. 43 S. 1; 45 S. 1; 61 S. 89 und 92). Damit wurde der Einschätzung von Dr. L._____ gefolgt, dass die Beschwerdeführerin keine Nachtdienste verrichten sollte (vgl. IV-act. 61 S. 84). Gemäss der Notiz vom 30. November 2018 des Care-Managers der F._____ verliefen die ersten zwei Wochen des Arbeitsversuchs «recht gut», wobei die Versicherte in der ersten

Woche nach der Arbeit jeweils sehr müde gewesen sei. In der zweiten Woche habe sie jedoch festgestellt, dass nach dem Nachhausekommen vom Spital die Besorgung des Haushalts möglich sei, bevor sie sich hinlegen müsse (IV-act. 61 S. 98). Im Januar 2019 konnte der Umfang des Arbeitsversuchs gemäss Vermerk vom 30. Januar 2019 des F. _____-Care-Managers auf vier Stunden pro Tag an vier Tagen die Woche erhöht werden, was in der ersten Woche noch schwierig gewesen sei. Dabei habe sie auch einmal von 17.00 bis 21.00 Uhr gearbeitet. Es habe kein Unterschied zu anderen Mitarbeitenden festgestellt werden können (IV-act. 61 S. 101). Im Februar 2019 habe sie erfolgreich versucht, ganze Tage zu arbeiten (IV-act. 61 S. 106). In der Folge attestierte Dr. L. _____ der Beschwerdeführerin am 21. Februar 2019 für die Zeit ab dem 25. Februar 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 40 % – mithin 50 % ihres ursprünglichen 80 %-Pensums (IV-act. 47 S. 2). In der eingesetzten Zeit waren die Leistungen gemäss dem Vermerk der F. _____ vom 27. März 2019 seit rund einem Monat stabil, weshalb eine Steigerung auf ein 60 %-Pensum ab Mai 2019 beschlossen wurde (IV-act. 61 S. 111). Gemäss der Dokumentation des B. _____ führten die Überlastung der Beschwerdeführerin und Kurzabsenzen dazu, dass das Pensum bei 40 % belassen wurde (IV-act. 98 S. 3).

7.1.6 In seinem Verlaufsbericht vom 28. März 2019 diagnostizierte Dr. L. _____ in Übereinstimmung mit den Ärzten der Klinik I. _____ AG eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mit einer mittelgradigen Episode (ICD-10 F33.1) und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1). Die Versicherte nehme weiterhin täglich das Antidepressivum Fluoxetin (30 mg). Er schloss weiterhin auf eine Arbeitsfähigkeit von 40 % – die Hälfte des zuletzt ausgeübten 80 %-Pensums. Er führte aus, dass sie ihr Arbeitsversuch-Pensum zwar auf zwei ganze Tage pro Woche habe steigern können, damit aber an Grenzen gestossen sei und längere Erholungsphasen gebraucht habe, wodurch auch ihre depressiven Symptome wieder aufgetreten seien. Aus therapeutischer Sicht gehe er davon aus, dass eine weitere Steigerung des Pensums höchstens kurzfristig möglich wäre, das Risiko für weitere ausgeprägte depressive Episoden aber signifikant erhöhen würde (IV-act. 50 S. 2 f.). Die Arbeitsfähigkeit schätzte Dr. L. _____ auch im Mai, Juni und Juli 2019 bei 40 % ein (IV-act. 61 S. 120, 122 und 138). Namentlich würden turbulente Tage und Einsätze von drei Tagen hintereinander die Beschwerdeführerin überfordern, Nachtdienste kämen weiterhin nicht infrage. Das B. _____ als Arbeitgeber legte der Beschwerdeführerin in der Folge nahe, in den nächsten sechs Monaten eine andere Stelle zu suchen (vgl. IV-act. 61 S. 134).

7.1.7 Die von Dr. L. _____ geschilderte Überforderung wird auch in der undatierten Chronologie über die Anstellung der Versicherten im B. _____ aufgegriffen. Demnach zeigte sich im Verlauf des Arbeitsversuchs Ende Mai 2019, dass aus fachlicher Sicht eine Pensumserhöhung und die Übernahme von Nachtdiensten nicht infrage komme. Ab November 2019 sind Absenzen ersichtlich (je zwei Wochen im November 2019 und Januar 2020, Kurzabsenzen ab April 2020 und einer Langzeitabsenz ab Mitte Mai 2020 bis Ende Juni 2020). Darauf erhöhte sich die Belastungssituation für die Versicherte gemäss der Chronologie des B. _____ über den Anstellungsverlauf und es kam zu einer Verschlechterung ihrer [beruflich-fachlichen] Fähigkeiten im Arbeitsalltag. Ab dem 27. Juli 2020 wurde sie schliesslich wieder zu 100 % krankgeschrieben. Das Arbeitsverhältnis wurde ihr per 31. Oktober 2020 gekündigt (vgl. zum Ganzen IV-act. 98 S. 3 f.).

7.2

7.2.1 In orthopädischer Hinsicht wurden gemäss ärztlichem Zeugnis vom 19. März 1995 von Dr. N. _____, Spezialarzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen in (...), ein chronisches Thorakovertebralsyndrom bei leichtgradiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Scheuermann-Veränderungen T6 und T7 und paramedianen linksseitigen Diskushernien T4/5 und T5/6 sowie eine Calcaneodynie (Fersenschmerzen) links festgestellt (IV-act. 77 S. 51). Derselbe Arzt stellte am 1. Juni 1995 ein Kurzzeugnis aus, worin er ein nicht näher beschriebenes chronisches Rückenleiden seit Oktober 1994 vermerkte. Die dahingehenden Beschwerden würden durch die körperlich schwere Arbeit als Pflegefachfrau auf einer chirurgischen Station immer wieder verstärkt, weshalb die Kündigung der Stelle als Pflegefachfrau nahegelegt worden sei (IV-act. 67 S. 4).

7.2.2 Am 21. September 2016 wurde aufgrund eines Impingementsyndroms eine Kernspintomografie des rechten Schultergelenks durchgeführt, anhand derer der Facharzt für Radiologie Dr. O. _____ in (...) (Deutschland) degenerative Veränderungen im Schultergelenk mit deutlichen Kapsel- und Knochenmarködemen sowie eine Knochenzyste feststellte (IV-act. 67 S. 2).

7.2.3 Gemäss seinem Bericht vom 27. September 2018 diagnostizierte Dr. P. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in (...), aufgrund der seitens der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule ein intermittierendes Lenden-

wirbelsäulensyndrom (ICD-10 M51.2Z). Er stellte aktuell einen «klinisch nahezu unauffällige[n] Befund» fest, weshalb eine uneingeschränkte funktionelle Belastung möglich sei. Anamnestisch hielt er überdies einen Bandscheibenvorfall T4/5 fest (IV-act. 67 S. 3).

7.2.4 Im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit und Haushalt, datierend vom 27. Juni 2019, gab die Versicherte betreffend ihre körperlichen Beschwerden an, sie könne 15 bis 20 Kilogramm heben, zehn bis zwölf Kilometer zu Fuss gehen (d.h. maximal drei Stunden), etwa eine Stunde stehen und 30 Minuten bis eine Stunde ohne Positionswechsel sitzen (IV-act. 60 S. 2).

7.2.5 Am 25. November 2019 und am 13. Januar 2020 führte das Zentrum Radiologie Q._____ in (...) Kernspintomografien der Halswirbelsäule durch. Anlässlich der ersten Tomografie wurde im Wesentlichen eine mediane Bandscheibenextrusion ohne radiculäre Kompression auf Höhe HWK4/5 und HWK5/6 festgestellt. Es wird festgehalten, dass auf Höhe HWK6/7 eine saumartige Bandscheibenextrusion mit deutlicherer Impression des Myelons vorliege, auf keiner Ebene hingegen sei eine cervicale Myelopathie erkennbar (IV-act. 77 S. 53). Bei der zweiten Tomografie knapp zwei Monate später zeigte sich eine nunmehr orthotope Lage der Bandscheiben. Diesbezüglich wird berichtet, dass diese allenfalls einen mässigen Wasserverlust, jedoch keine relevanten Höhenminderungen aufweisen würden (IV-act. 77 S. 52).

7.3 Am 24. Oktober 2019 schloss der RAD-Arzt Dr. R._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dass vorliegend die psychische Problematik zentral beurteilungsrelevant erscheine. Diesbezüglich sei eine klare Trennung zwischen psychosozial unterhaltenen psychischen Beschwerdeanteilen in Abgrenzung zu einem eigenständigen psychischen Krankheitsbild aufgrund der vorhandenen medizinischen Angaben nicht valide durchzuführen. Letztlich seien den medizinischen Berichten keine plausiblen Angaben zur resultierenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu entnehmen, zumal die Versicherte dieses Pensum auch zuletzt nicht erreicht habe. Somatisch seien Rückenschmerzen aktenkundig, wobei im September 2019 trotz polytooper Beschwerden klinisch ein nahezu unauffälliger Bewegungsapparat festgestellt worden sei. Der Sachverhalt erscheine zusammengefasst primär bezüglich der psychischen Beschwerden, ergänzend aber auch somatisch abklärungsbedürftig, weshalb eine externe, bidisziplinäre Begutachtung angezeigt sei, die bei Dr. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und

Dr. T. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, erfolgen solle (siehe zum Ganzen IV-act. 69 S. 4).

7.4 In der Folge wurden Dr. T. _____ und Dr. U. _____ mit der Erstellung eines bidisziplinären – rheumatologischen und psychiatrischen – Gutachtens mit abschliessender Konsensbeurteilung beauftragt (IV-act. 73 f.). Die psychiatrische Untersuchung durch Dr. U. _____ fand am 20. Februar 2020 in (...), die rheumatologische Untersuchung durch Dr. T. _____ am darauffolgenden Tag in (...) (V. _____) statt.

7.4.1 In rheumatologischer Hinsicht stellte Dr. T. _____ in seinem Teilgutachten vom 27. Februar 2020 keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien namentlich ein chronisches Zervikovertebralsyndrom mit Fehlform (Hohlrundrücken) und medianer Protrusion C4/5, Chondrose und medianer Protrusion C5/6, Chondrose und medianer Diskushernie C6/7 ohne Neurokompression. Gemäss seiner Einschätzung haben ferner die anamnestisch belastungsabhängigen thorako- und lumbovertebralen Schmerzepisoden mit Scheuermann-Veränderungen T6 und T7 sowie paramedianen Diskushernien T4/5 und T5/6, die Retropatellararthrose, die leichte Trochanter-Bursitis links und die belastungsabhängigen Schmerzen im Daumengrundgelenk beidseitig mit beginnender Rhizarthrose und STT-Arthrose, eine AV-Knoten-Reentry-Tachykardie seit 2013 und der rezidivfreie Zustand nach Entfernung eines malignen Ganglioneuroms an der linken Niere mit Entfernung der linken Nebenniere im Jahr 1989 und die 1990 erfolgte Hysterektomie bei Uterus myomatosus keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (siehe zum Ganzen IV-act. 77 S. 36 f., 39 f.).

7.4.2 Gemäss seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Februar 2020 geht Dr. U. _____ von einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig leichten Episode (ICD-10 F.33.0) aus. Er führt im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin sei teilstationär psychiatrisch behandelt worden, befinde sich in ambulanter psychiatrischer und antidepressiver Behandlung, die er für angemessen erachtete. Angesichts der aktiven Alltagsgestaltung sei die geklagte Krankheitsüberzeugung, nur 40 % arbeiten zu können, aus psychiatrischer Sicht nicht objektivierbar. Namentlich sei sie im Alltag nur sehr wenig durch psychische Beschwerden beeinträchtigt, zumal sie ihren Haushalt selbständig führe, sich um ihre Katzen kümmere, Spaziergänge und Veloausfahrten unternehme, viel lese und kulturell interessiert sei. Vor diesem Hintergrund folgerte er, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wegen der Depression eine

Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Dabei sei eine Tätigkeit von sechs bis acht Stunden pro Tag in einem 80 %-Pensum möglich, allerdings aufgrund der Depression und der Schlafstörungen ohne Nachtdienste (siehe zum Ganzen IV-act. 78 S. 30, 32 f.).

7.4.3 Aus interdisziplinärer Sicht ergibt sich auf Basis der beiden Teilgutachten somit gemäss Konsensbeurteilung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in den angestammten Tätigkeiten, d.h. als Pflegefachperson sowie als Luftverkehrsfräule, Heilpraktikerin oder Phytotherapeutin, wofür die Beschwerdeführerin ebenfalls über abgeschlossene Ausbildungen verfügt (IV-act. 78 S. 7).

7.5 In Reaktion auf das psychiatrische Teilgutachten vom 28. Februar 2020 und den Vorbescheid der IVSTA vom 30. März 2020 liess die Beschwerdeführerin der Vorinstanz mit Schreiben vom 8. Juni 2020 eine ausführliche, vom Juni 2020 datierende Stellungnahme ihres behandelnden Psychiaters Dr. L. _____ zukommen (IV-act. 94). Im Wesentlichen wird das Folgende festgehalten:

7.5.1 Dr. L. _____ führt zunächst aus, dass davon ausgegangen werden müsse, dass bereits das im Jahr 1994 festgestellte chronisches Rückenleiden schwere psychosomatische Beschwerden und depressive Einbrüche darstellten, was in seinen Augen vor dem Hintergrund der Biografie der Versicherten mit der ausgeprägten emotionalen Deprivation und frühkindlichen Traumatisierung verständlich sei. Dies hat seiner Meinung nach zu einer ausgeprägten Akzentuierung der Persönlichkeit und letztlich auch zu den chronisch-rezidivierenden depressiven Einbrüchen geführt. Die Beschwerdeführerin entwickelte eigene Bewältigungsmuster, mit denen sie über lange Jahre hinweg weit über die Belastungsgrenze hinaus gearbeitet und Einschränkungen minimalisiert habe. Es sei überdies bezeichnend für die Biografie der Beschwerdeführerin und deren eingeschränkte Beziehungsfähigkeit, dass sie sich trotz der Schwere ihrer Krankheit nur in einem teilstationären Setting behandeln lassen wollte, um ihre zu ihren Katzen aufgebaute Beziehung nicht zu gefährden.

7.5.2 Unter Verweis auf die Berichte der Klinik I. _____ betont Dr. L. _____ weiter, dass – auch von anderen Fachpersonen festgestellte – Persönlichkeitseigenschaften vorlägen, welche die depressive Entwicklung fördern würden, was jedoch vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt worden sei. Auch die frühkindliche Traumatisierung sei zwar von diesem beschrieben worden, aber weder in dessen Beurteilung

eingeflossen, noch seien die mit der Traumatisierung einhergehenden selbstunsicheren und zwanghaften Persönlichkeitsanteile sowie das nach aussen «verbergende» Verhalten der Beschwerdeführerin zur Sprache gekommen.

7.5.3 Überdies habe der Gutachter den beruflichen Werdegang ausgeblendet. Diesbezüglich wies Dr. L. _____ darauf hin, dass bereits früher deutliche Einbussen der Leistungsfähigkeit aufgetaucht seien, zum ersten Mal im Jahr 1995. Später habe sie sich zudem zur Luftverkehrskauffrau umschulen lassen [und zwischen 1999 bis 2003 bei zwei verschiedenen Luftfahrtgesellschaften gearbeitet; siehe IV-act. 78 S. 26]. Schliesslich habe sie ihr Pensum nach dem Burn-out im Jahr 2013 Pensum zunächst auf 90 % und mit dem Stellenantritt im B. _____ im Jahr 2014 auf 80 % reduziert. Die Pensumsreduktion sei direkter Ausdruck der nachlassenden Leistungsfähigkeit aufgrund der chronisch rezidivierenden depressiven Störung, die der Gutachter aufgrund der mangelnden Sorgfalt in der Erhebung dieser Aspekte verkannt und dadurch auch die Persönlichkeitsakzentuierung fälschlicherweise nicht diagnostiziert habe. Verkürzt und falsch dargestellt seien auch die angebliche Zufriedenheit der Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsstelle im B. _____. Während der Tätigkeit habe sie im Gegenteil konsistent und wiederholt eine Überlastung beklagt.

7.5.4 Abschliessend wies der behandelnde Psychiater und Psychotherapeut darauf hin, dass die privaten Aktivitäten und die Bewältigung des Alltags schwer erkämpfte Skills darstellten und in der oberflächlichen Begutachtung nicht zur irreführenden Einschätzung einer lediglich leichten depressiven Episode hätten führen dürfen.

7.6 In der Folge bat die Vorinstanz den RAD am 30. Juli 2020 um Prüfung der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erhobenen medizinischen Einwände (IV-act. 97). Dr. W. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, reichte seine Beurteilung am 8. Dezember 2020 ein (IV-act. 99). Er kommt darin zum Schluss, dass die Einwände von Dr. L. _____ zusammenfassend nicht geeignet seien, das Gutachten von Dr. U. _____ grundlegend in Frage zu stellen (IV-act. 99 S. 3). Dies aus nachfolgenden Gründen:

7.6.1 Dr. W. _____ merkt an, dass die geltend gemachte emotionale Deprivation und frühkindliche Traumatisierung vom Gutachter durchaus erwähnt worden seien. Dabei gelangte dieser allerdings zur Ansicht, dass die klinisch psychopathologischen Hinweise fehlen würden, wonach sich

dadurch ein erheblicher und dauerhafter Gesundheitsschaden entwickelt hätte. Zwar seien eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und zwanghaften Anteilen aufgeführt worden, im Austrittsbericht vom 6. Juli 2018 der Tagesklinik I. _____ seien jedoch keine akzentuierten Persönlichkeitsaspekte festgehalten worden. Daraus sei ersichtlich, dass die geltend gemachten akzentuierten Persönlichkeitszüge nicht durchwegs imponierten, insbesondere wenn die Versicherte über einen längeren Zeitraum tagesklinisch erlebt werde. Selbst wenn akzentuierte Persönlichkeitszüge vorhanden sein sollten, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht festzuhalten, dass es sich bei der Diagnose ICD10 Z73.1 nicht um eine psychiatrische Erkrankung und nur eine Normvariante handle, jedenfalls aber nicht um einen dauerhaften und schweren Gesundheitsschaden im Sinne der IV-Gesetzgebung. Die Arbeitsanamnese zeige zudem, dass die Versicherte mit der gegebenen Persönlichkeit jahre- und jahrzehntelang ein rentenausschliessendes Einkommen habe erwerben können.

7.6.2 Darüber hinaus habe auch der rheumatologische Gutachter ein aktives Funktionsprofil festgehalten, indem sie den Haushalt selbst führe und diversen Freizeitaktivitäten nachgehe. Dies sei nicht nur im bidisziplinären Gutachten festgestellt worden, sondern stimme mit vielen weiteren Berichten überein, was wiederum nicht vereinbar sei mit einem erheblichen oder schweren psychiatrischen Gesundheitsschaden im Sinne einer Persönlichkeitsstörung oder einer schweren, chronisch-rezidivierend verlaufenden depressiven Störung, wie dies vom behandelnden Psychiater geltend gemacht werde. Eine schwere depressive Störung werde in keinem Bericht bestätigt, auch nicht während des Aufenthalts in der psychiatrischen Tagesklinik I. _____ vom 6. April bis zum 15. Juni 2018. Der aktuelle psychopathologische Befund, erhoben im Gutachten von Dr. U. _____ (namentlich: Stimmung etwas herabgesetzt, Antrieb nicht vermindert, Modulationsfähigkeit herabgesetzt, aber Anzeichen von Freude, wenn über erfreuliche Dinge berichtet worden sei, keine Zeichen von Konzentrationschwäche, Zwangsgedanken, kein Lebensverleider), entspreche vielmehr einer leichtgradigen Beeinträchtigung, die zu einer dauerhaft 20%igen Arbeitsunfähigkeit führe, was der Gutachter nachvollziehbar begründet habe.

7.6.3 Die familiäre Belastung der Versicherten (Borderline-Erkrankung der jüngeren Schwester, depressive Erkrankung des Bruders, psychologische Probleme der anderen Schwester) sei eine Tatsache, allerdings könne damit keine schwere depressive Störung oder eine schwerwiegende Alteration der Persönlichkeit abgeleitet oder bewiesen werden. Dasselbe gelte betreffend die unbestrittenermassen strenge und strafende Erziehung,

zumal sich anhand der medizinischen Befunde und des Funktionsniveaus im Alltag der geltend gemachte schwere Gesundheitsschaden nicht abbilde.

8.

8.1 Die Beschwerdeführerin begründet ihre Beschwerde zunächst damit, dass es nicht nachvollziehbar sei, aus welchen Gründen die IVSTA nicht den ursprünglich vorgesehenen psychiatrischen Gutachter beauftragt und kurzfristig einen anderen Psychiater mit dem Gutachten betraut habe. Ferner sei das bidisziplinäre Gutachten vor Erlass des Vorbescheids nicht dem fallführenden Arzt des RAD vorgelegt worden (BVGer-act. 1 S. 8). Ohnehin sei das psychiatrische Teilgutachten inkonsistent und genüge den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht, indem insbesondere die funktionalen Einschränkungen nicht angemessen berücksichtigt und der Verdacht einer Persönlichkeitsstörung ignoriert worden seien (BVGer-act. 1 S. 9 ff.).

8.2 Die Vorinstanz beantragt in der Vernehmlassung vom 6. Mai 2021 die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 6). Sie verwies zur Begründung auf die Stellungnahme der IV-Stelle C._____ vom 3. Mai 2021, welche insbesondere ausführte, dass das Gutachten formell korrekt erfolgt sei. Namentlich sei die Beschwerdeführerin zur Person des Gutachters informiert worden und es sei Gelegenheit gegeben worden, Einwendungen zu äussern, wovon nicht Gebrauch gemacht worden sei. Die weiteren Vorbringen seien zudem nicht geeignet, den vollen Beweiswert der Gutachten in Zweifel zu ziehen (BVGer-act. 6, S. 3–5).

8.3 Mit Replik vom 11. Juni 2021 hält die Beschwerdeführerin an der Beschwerde vollumfänglich fest und führt insbesondere aus, dass sich in keiner Weise nachvollziehen lasse, worauf der Gutachterwechsel zurückzuführen sei. Das Gutachten sei erst nach dem Vorbescheid Dr. W. _____ vom RAD vorgelegt worden, welcher das Gutachten weder validiert noch sich mit den Einwendungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt habe. Die Beschwerdeführerin hält an der Auffassung, wonach das Gutachten formell und materiell grosse Unstimmigkeiten aufweise, fest. (BVGer-act. 8, S. 2–4).

8.4 Die Vorinstanz hielt an der beantragten Abweisung der Beschwerde fest und verwies mit ihrer Duplik vom 4. August 2021 auf die Stellungnahme der IV-Stelle C._____ vom 30. Juli 2021. In dieser wird bezüglich des

erfolgten Gutachterwechsels lediglich ergänzend festgehalten, dass die Beschwerdeführerin zunächst fälschlicherweise darüber informiert worden sei, dass die Begutachtung bei Dr. U._____ und nicht wie ursprünglich vorgesehen Dr. S._____ erfolgen solle. Um weitere Konfusionen zu vermeiden, sei man in der Folge bei Dr. U._____ als psychiatrischen Gutachter geblieben (BVGer-act. 10).

9.

Die vorliegend angefochtene Verfügung stützt sich in erster Linie auf das bidisziplinäre Gutachten vom 28. Februar 2020 (IV-act. 77 f.). Die Beschwerdeführerin moniert in formeller Hinsicht die Vergabe des Auftrags für die Erstellung des psychiatrischen Teilgutachtens an Dr. U._____ anstelle an den zunächst vom RAD empfohlenen Dr. S._____. Weiter rügt sie, dass das bidisziplinäre Gutachten und die darin enthaltene Konsensbeurteilung vor Erlass des Vorbescheids nicht dem RAD vorgelegt worden sei. Dies sei erst nach den erhobenen Einwänden erfolgt, ohne dass der RAD-Arzt in der Folge eine konkrete Validierung des Gutachtens oder eine Auseinandersetzung mit den Einwendungen vorgenommen habe. Inhaltlich rügt sie schliesslich, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. U._____ vom 28. Februar 2020 (IV-act. 78) enthalte zahlreiche Diskrepanzen im Vergleich zur Aktenlage sowie nicht nachvollziehbare, un schlüssige gutachterliche Aussagen. Auch das rheumatologische Teilgutachten von Dr. T._____ vom 27. Februar 2020 (IV-act. 77) sei nicht schlüssig, indem trotz einer langen Auflistung von Diagnosen und Befunden die Existenz jeglicher Belastungsfaktoren verneint werde (siehe zum Ganzen BVGer-act. 1 und 8). Zu prüfen ist nach dem Gesagten, ob die Vorinstanz hinsichtlich der Feststellung des Gesundheitszustandes und der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu Recht auf das genannte bidisziplinäre Gutachten abgestellt hat.

10.

Zunächst sind die formellen Rügen betreffend das bidisziplinäre Gutachten zu prüfen.

10.1 Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 mitgeteilt, dass sie eine medizinische Untersuchung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie für notwendig erachte, wobei sie Dr. U._____ mit der psychiatrischen und Dr. T._____ mit der rheumatologischen Begutachtung zu beauftragen vorsehe. Sie hat der Versicherten, wie in Art. 44 ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung vorgesehen, eine Frist bis zum 12. November 2019 zur

Einreichung von Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie die begutachtende Person gesetzt (IV-act. 71 f.). Die Beschwerdeführerin hat innerhalb der gesetzten Frist weder gegen die Disziplin oder Art der Begutachtung noch gegen den Gutachter Dr. U. _____ Einwände erhoben. Auch vor dem Bundesverwaltungsgericht scheint ihr einziger Kritikpunkt darin zu bestehen, dass nicht Dr. S. _____ als Gutachter beauftragt worden ist. Sie macht jedoch keine Zweifel an der fachlichen Eignung oder der Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit Dr. U. _____s geltend. Ebenso wenig belegt sie ihre Bemerkung, wonach Dr. S. _____ «grosse Expertise in psychiatrischen Krankheitsbildern, insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen» (BVGer-act. 8 S. 2) aufweise, zumal dies gerade nicht bedeutet und auch nicht dargelegt ist, dass die entsprechende Erfahrung Dr. U. _____ abgehen würde. Auch von einem kurzfristigen Gutachterwechsel (BVGer-act. 8 S. 2) kann nicht die Rede sein. Die ursprüngliche Nennung seitens des RAD-Arztes Dr. R. _____ in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2019 (IV-act. 69 S. 4), dass Dr. S. _____ beauftragt werden soll, bindet die Vorinstanz nicht. Vielmehr hat sie, wie dargelegt, im Nachgang an Dr. R. _____s Vorschlag die prozessualen und materiellen Vorgaben für die Ernennung Dr. U. _____s als psychiatrischen Gutachter eingehalten (siehe auch Rz. 2077 ff. des Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] in der damals gültigen Fassung ab dem 1. Januar 2010, Stand 1. Januar 2018; ferner BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 f.). Wie die Vorinstanz korrekt anmerkt, hatte sie die Beschwerdeführerin überdies vorgängig nicht darüber informiert, dass der RAD-Arzt zunächst von einer Beauftragung Dr. S. _____s ausgegangen war (vgl. BVGer-act. 6 Ziff. II.4b). Entsprechend ist diesbezüglich keine Vertrauensgrundlage entstanden.

10.2

10.2.1 Was die Vorlage des bidisziplinären Gutachtens angeht, anerkennt die Vorinstanz, dass dieses nach Erhalt nicht, wie in Rz. 2080 des KSVI vorgesehen, innerhalb von 20 Tagen dem RAD vorgelegt worden ist, sondern erst nach den Einwänden der Beschwerdeführerin und unter Beilage der ausführlichen Stellungnahme von Dr. L. _____ (siehe BVGer-act. 6 Ziff. II.4c). Die Beschwerdeführerin stösst sich nicht an der Frage der Einhaltung der ohnehin nicht verbindlichen, im KSVI vorgesehenen 20-Tagesfrist (vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2; 138 V 346 E. 6.2). Vielmehr erblickt sie darin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, dass das Gutachten nicht vor Erlass des Vorbescheids dem RAD vorgelegt worden ist, sondern erst

nach den erhobenen Einwänden (BVGer-act. 8 S. 3). Die Vorinstanz hat in der Tat nach der Einreichung des bidisziplinären Gutachtens zunächst nur eine Fallzusammenfassung für den Rentenentscheid erstellt und danach direkt den Vorbescheid verfasst (siehe IV-act. 79–81, 86–99). Erst auf die Einwände der Beschwerdeführerin hin, welche diese innert erstreckter Frist mittels einer kurzen und dreier detaillierten Eingaben geltend gemacht hat (IV-act. 87; 91; 94; 96), wurde der RAD um eine erneute Stellungnahme ersucht (IV-act. 97). Diese hat RAD-Arzt Dr. W. _____ am 8. Dezember 2020 erstellt, wobei er ausführlich auf die Einwände der Beschwerdeführerin und insbesondere die Stellungnahme ihres behandelnden Psychiaters, Dr. L. _____, eingegangen ist und die Erkenntnisse des Gutachtens – d.h. der interdisziplinären Gesamtbeurteilung und des psychiatrischen Teलगutachtens von Dr. U. _____ – miteinbezogen hat. Insbesondere hat er dargelegt, aus welchen Gründen er die Einwände der Beschwerdeführerin nicht für geeignet hält, das Gutachten von Dr. U. _____ in Frage zu stellen (siehe IV-act. 99). Die IVSTA versandte den Bericht des RAD vom 8. Dezember 2020 am 10. Dezember 2020 an die Beschwerdeführerin mit der Bemerkung, dass am Entscheid festgehalten und sie Gelegenheit haben werde, diesen gerichtlich anzufechten (IV-act. 100).

10.2.2 Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Die IVSTA kann auf den RAD zurückgreifen und diesem das Gutachten zur Stellungnahme unterbreiten (vgl. Art. 49 Abs. 3 IVV). Sie ist jedoch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht grundsätzlich dazu verpflichtet (siehe Urteil des BGer 9C_202/2021 vom 2. Juni 2021 E. 4.2.4), obwohl die – wie dargelegt, nicht verpflichtenden – Verwaltungsweisungen des KSVI (siehe Rz. 2079 ff.) insbesondere bei psychiatrischen Gutachten eine «versicherungsmedizinische Qualitätssicherung» unter Einbezug des RAD vorsehen. Eine Verpflichtung für die IV-Stelle, ein Gutachten zwingend vor Ergehen der Verfügung dem RAD vorzulegen, lässt sich demnach nicht ableiten, weshalb die dahingehenden Vorbringen der Beschwerdeführerin unbegründet sind.

10.2.3 Entscheidend ist vorliegend, dass die Beschwerdeführerin bereits nach Ergehen des Vorbescheids Gelegenheit hatte, sich in Kenntnis der gesamten Aktenlage und des bidisziplinären Gutachtens einlässlich zu äussern und weitere Belege beizubringen, was sie auch getan hat (vgl. BGE 143 V 71 E. 4.4.2). Indem die RAD-ärztliche Stellungnahme vom 8. Dezember 2020 sich vor dem Hintergrund des bidisziplinären Gutachtens mit ihren Einwänden auseinandersetzt, enthält es überdies keine neuen, der Beschwerdeführerin nicht bereits bekannten Informationen. Sie

legt denn auch nicht dar, inwiefern die zunächst nicht erfolgte Vorlage an den RAD es ihr verunmöglicht hätte, sich substantiiert mit dem Gutachten und dem Vorbescheid auseinanderzusetzen. Es war ihr mit anderen Worten in der Folge ohne Weiteres möglich, nach Wahrung ihrer Mitwirkungsrechte den vorinstanzlichen Entscheid sachgerecht anzufechten (vgl. BGE 143 V 71 E. 4.1; 135 I 279 E. 2.3; je m.H.). Sodann obliegt die Überprüfung der Beweiskraft des genannten Gutachtens dem Bundesverwaltungsgericht und bildet somit auch Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, weshalb die Verfahrensrechte der Beschwerdeführerin auch in dieser Hinsicht gewahrt sind.

10.3 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG durch die Vorinstanz eingeholte bidisziplinäre Gutachten vom 28. Februar 2020 basiert auf den Vorakten sowie der persönlichen psychiatrischen Untersuchung vom 20. Februar 2020 und der persönlichen rheumatologischen Untersuchung vom Folgetag durch entsprechend qualifizierte Fachärzte. Die Vorinstanz hat die mit der Begutachtung einhergehenden Verfahrensrechte der Beschwerdeführerin gewahrt. Die Gutachter setzen sich mit den beklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und ihren Angaben anlässlich der Begutachtung auseinander. Sie halten die erhobene Anamnese fest, führen die Untersuchungsbefunde auf, beziehen die Vorakten mit ein und begründen die gestellten Diagnosen. Sodann enthält es schliesslich auch eine Konsensbesprechung. Das Gutachten erfüllt daher insgesamt die formellen Kriterien einer beweiswertigen medizinischen Expertise.

10.4 Die weiteren Rügen von Inkonsistenzen in der Argumentation des psychiatrischen Teilgutachtens beschlagen keine formellen Fragen. Sie sind zusammen mit dem Inhalt des bidisziplinären Gutachtens und dessen inhaltlichen Überzeugungskraft zu beurteilen. Da vorliegend psychiatrische Diagnosen im Vordergrund stehen, hat grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Die Vorinstanz hat entsprechend bei der Erteilung des Gutachtensauftrags auch darauf hingewiesen, dass bei der Gutachtenstellung die bundesgerichtlichen Standardindikatoren zu berücksichtigen seien. Zu prüfen ist, ob im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren gestützt auf die diesbezüglichen gutachterlichen Feststellungen die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt und die Vornahme der Indikatorenprüfung erlaubt.

11.

11.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Bei psychiatrischen Diagnosen ist zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen unter Beachtung der Divergenz von medizinischen Behandlungs- und Abklärungsauftrag ein Gutachten nach Art. 44 ATSG grundsätzlich nicht in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Exploration unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des BGer 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1; 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E.4). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der *lege artis* erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so bereits BGE 127 V 294 E. 4c).

11.2

11.2.1 Aus den aktenkundigen Berichten ergeben sich zunächst zahlreiche somatische Diagnosen. Gemäss der zusammenfassenden Darstellung im

rheumatologischen Teilgutachten vom 27. Februar 2020 sind dies im Wesentlichen belastungsabhängige thorako- und lumbovertbrale Schmerzepisoden, ein chronisches Zervikovertebralsyndrom, eine Retropatellararthrose, eine leichte linksseitige Trochanter-Bursitis und belastungsabhängige Schmerzen in beiden Daumengrundgelenken bei beginnender Rhiz- und STT-Arthrose. Gemäss Einschätzung des rheumatologischen Gutachters Dr. T. _____ beträgt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dennoch 100 % (IV-act. 77 S. 36). Aus den Arztberichten in den Vorakten ist indes erkennbar, dass am 27. September 2018 zwar ein intermittierendes LWS-Syndrom und anamnestisch ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden ist, klinisch jedoch ein nahezu unauffälliger Befund im Bereich des Bewegungsapparates attestiert wurde (IV-act. 67 S. 3). Weiter bestätigte sich nach zwei Kernspintomografien vom 25. November 2019 (Halswirbelsäule) und 13. Januar 2020 (Lendenwirbelsäule) der Bandscheibenvorfall auf Höhe HWK 4/5 und 5/6, jedoch ohne zervikale Myelopathie, während sich im Übrigen insbesondere bei der Lendenwirbelsäule ein weitestgehend unauffälliger Befund zeigte (IV-act. 77 S. 52 f.). Die Beschwerdeführerin hat schliesslich im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit und Haushalt vom 27. Juni 2019 selbst angegeben, dass ihr gewisse Tätigkeiten körperlich weiterhin möglich seien (15 bis 20 Kilogramm heben, zehn bis zwölf Kilometer zu Fuss gehen, etwa eine Stunde stehen und 30 Minuten bis eine Stunde ohne Positionswechsel sitzen [IV-act. 60 S. 2]). Schliesslich wird die vor Bundesverwaltungsgericht geltend gemachte Erwerbsunfähigkeit vordringlich mit den psychiatrischen Beschwerden begründet (siehe namentlich ihre letzte Eingabe vom 2. März 2023 [BVGer-act. 14], aber auch die Beschwerdeschrift [BVGer-act. 1] und die Replik [BVGer-act. 8]).

11.2.2 Die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 100 % steht dennoch im Widerspruch zu den vorinstanzlichen Akten. So werden insbesondere starke Schulter- und Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin anlässlich deren Belastbarkeitstraining bei der M. _____ geschildert, welche eine Anpassung der Belastung notwendig machten (IV-act. 35; 42 S. 7). Der rheumatologische Gutachter liess es diesbezüglich lediglich bei der Feststellung bewenden, dass die Beschwerdeführerin Tätigkeiten eines Stallknechts habe ausüben müssen, welche logischerweise zu Beschwerden des Bewegungsapparates hätten führen müssen. Es gehe der Beschwerdeführerin besser, seit sie diese nicht mehr tätige (vgl. IV-act. 77 S. 45). Belege für diese Einschätzung liefert der Teilgutachter indes keine. Es bleibt damit unklar, und wäre abzuklären gewesen, inwieweit die Beschwerdeführerin tatsächlich für sie körperlich

unzumutbare Tätigkeiten hat wahrnehmen müssen oder ob es sich in diesem Zusammenhang nicht um einen gescheiterten Belastungsversuch handelt, welcher die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 100 % aus rheumatologischer Sicht gerade nicht nahelegen würde. Im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden gutachterlich zu wenig bzw. überhaupt nicht berücksichtigt blieb insbesondere das bei der Beschwerdeführerin offenbar bestehende Impingement-Syndrom der rechten Schulter sowie die degenerativen Veränderungen des AC-Gelenks (vgl. E. 7.2.2 vorstehend). Schliesslich hält der rheumatologische Gutachter im Widerspruch zur von ihm selbst festgehaltenen Arbeitsfähigkeit von 100 % fest, dass sich die Beschwerdeführerin mit ihren geleisteten 40 % am Oberrand des leistbaren Pensums halte, weshalb berufliche Massnahmen wenig sinnvoll und zum Scheitern verurteilt seien (IV-act. 77 S. 45). Aufgrund dieser Inkonsistenzen ist der Sachverhalt in rheumatologischer Hinsicht unvollständig abgeklärt und die Herleitung der vom rheumatologischen Gutachter festgestellten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % nicht nachvollziehbar. Auf das rheumatologische Gutachten ist damit nicht abzustellen.

11.3 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. U. _____ vom 28. Februar 2020 (IV-act. 78) ist in materieller Hinsicht Folgendes zu entnehmen:

11.3.1 Der Gutachter attestiert der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressiven Störung, bei einer leichten Episode (ICD-10 F33.0 [IV-act. 78 S. 30]). Die gutachterliche Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung stimmt mit derjenigen des behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. L. _____ überein. Letzterer geht jedoch von einer mittelgradigen Episode (ICD-10 F33.1) seit mindestens 2013 und zusätzlich einer Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1) schon vor 2013 aus (siehe namentlich seinen Bericht vom 8. April 2019 [IV-act. 50 S. 2]; vgl. auch seine Stellungnahme vom Juni 2020 [IV-act. 94]). Auch Dr. K. _____ von der Klinik I. _____ diagnostizierte in ihrem Austrittsbericht vom 6. Juli 2018 eine mittelgradige Episode und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73; IV-act. 66 S. 2 ff.), während dieselbe Klinik in einem Bericht vom 27. März 2018 von Dr. J. _____ und Dr. H. _____ bereits von einer mittelgradigen Episode der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) und einer Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1) sprach.

11.3.2 Der Gutachter hat sich vorliegend zunächst auf die Anamnese und das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Befragung anlässlich der Untersuchung vom 20. Februar 2020 gestützt. Weiter hat er die Berichte der behandelnden Ärzteschaft dargestellt und die Familiengeschichte sowie den beruflichen Werdegang und die Alltagsgestaltung der Beschwerdeführerin erhoben. Der Gutachter erachtete die Stimmung während der psychiatrischen Untersuchung als herabgesetzt, gelegentlich leichtgradig depressiv, und den Antrieb als leichtgradig vermindert. Aufgrund der als aktiv geschilderten Gestaltung des Alltags der Beschwerdeführerin und wegen der nunmehr nur noch ambulanten psychiatrischen Behandlung schloss er trotz leichten depressiven Verstimmungen, einer Antriebsverminderung und erhöhter Ermüdbarkeit auf eine leichtgradige Ausprägung der depressiven Störung. Dahingehend würdigte der Gutachter auch die Befunde des behandelnden Psychiaters Dr. L. _____, die nach seiner gutachterlichen Meinung keine mittelgradige oder schwere depressive Episode begründen würden. Für eine Persönlichkeitsakzentuierung sah der psychiatrische Gutachter keine Anzeichen (IV-act. 78 S. 30).

11.4

11.4.1 Für den Gutachter stellt die Annahme einer soweit problemlosen und aktiven Alltagsgestaltung eines der Hauptargumente dar, wieso er von einer nur leichtgradigen Episode der rezidivierenden depressiven Störung ausgeht. Die Beschwerdeführerin bemängelt generell, dass das Gutachten mangelhaft substantiiert und im Besonderen, dass die Darstellung eines aktiven Alltags irreführend sei. Der Gutachter weist in diesem Zusammenhang namentlich auf regelmässige, längere Spaziergänge hin. Diese würden zwei bis drei Stunden dauern, wenn sie mit einer Bekannten unterwegs sei. Die Beschwerdeführerin besuche gerne ein Museum und mache immer wieder Städteausflüge gemeinsam mit ihrer Cousine. Gelegentlich mache sie Ausflüge und besuche Gärten und Messen. Zwei- bis dreimal jährlich treffe sie sich mit alten Freundinnen aus der Studienzeit. Regelmässig treffe sie sich mit einer Bekannten im Dorf, mache mit ihr Spaziergänge, trinke mit ihr einen Tee. Freude habe sie an der Natur. Gerne gehe sie auch schwimmen, besuche die Sauna. Den Haushalt führe sie selbständig und regelmässig koche sie auch (vgl. IV-act. 78 S. 27 f.). In den Vorakten ergeben sich demgegenüber allerdings zahlreiche, konsistente Hinweise auf soziale Zurückgezogenheit und Erschöpfung, die sich auch nach der stationären Behandlung während des Belastbarkeitstrainings und Arbeitsversuchs fortgesetzt haben. Genannt werden hier bloss einzelne soziale Kontakte in der Nachbarschaft und zu einer Freundin aus der

Ausbildungszeit (siehe Austrittsbericht Klinik I. _____ vom 6. Juli 2018 [IV-act. 66]; Bericht Klinik I. _____ vom 16. März 2018 [IV-act. 61 S. 28]). Die Haushaltsführung trage, wie die Arbeit, zur Erschöpfung und dem Bedarf nach viel Ruhezeit bei (siehe Bericht Haushaltsabklärung vom 7. August 2019 [IV-act. 62 S. 2]). Vor diesem Hintergrund erscheint die Darstellung des Gutachters zur Befragung anlässlich der Begutachtung als eher oberflächlich. Es ist zweifelhaft, ob die Herleitung der aktiven Alltagsgestaltung das Gesamtbild korrekt wiedergibt. Auch für die Zeit nach der Begutachtung sowie nach dem Vorbescheid und während des Beschwerdeverfahrens ergeben sich Hinweise auf Erschöpfung und zwar gerade auch im Alltag (siehe namentlich den Bericht von Dr. L. _____ vom Juni 2020 [IV-act. 94] sowie die Schilderungen der Beschwerdeführerin in der unaufgeforderten Stellungnahme vom 2. März 2023, in der sie unter anderem darlegt, sich höchstens ein bis zwei Mal pro Jahr mit ihrer 340 km entfernt lebenden Cousine für einen Museumsbesuch zu treffen [BVGer-act. 14]). Der behandelnde Psychiater weist in seinem Bericht vom Juni 2020 zudem darauf hin, dass die Haushaltsführung und die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte «schwer erkämpfte» Fähigkeiten darstellen würden, die nicht, wie im Gutachten fälschlich aufgefasst, mit einer normalen und unbeeinträchtigten Alltagsgestaltung verwechselt werden dürften (siehe IV-act. 94 S. 6). Insofern sind betreffend die Alltagsgestaltung und das Aktivitätensniveau der Beschwerdeführerin unaufgelöste Diskrepanzen zwischen der gutachterlichen Darstellung und den restlichen Vorakten erkennbar.

11.4.2 Weitere Widersprüche ergeben sich betreffend die gutachterliche Aussage, wonach ein Vollzeitpensum während dreier aufeinanderfolgender Tage wieder möglich und unter anderem deshalb darauf zu schliessen sei, dass die Beschwerdeführerin im Alltag nur noch geringgradig durch depressive Symptome beeinträchtigt werde (IV-act. 78 S. 30). Zunächst ist dies anhand der Chronologie der damaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin ersichtlich, welche ab April 2019 eine Überlastung und Kurzabsenzen nach stressigem Dienst sowie eine in mehrfacher Hinsicht verbesserungswürdige berufliche Leistung dokumentiert. Ebenso wird festgehalten, dass Dienste an drei Tagen am Stück selten geleistet worden seien (IV-act. 98). Im November 2019 und Januar 2020 wird zudem von erneuten Absenzen von je zwei Wochen; nach der Begutachtung vom 20. Februar 2020 schliesslich ab April 2020 erneut von Kurzabsenzen und ab Mitte Mai 2020 bis Ende Juni 2020 einer Langzeitabsenz berichtet. Zuletzt war die Beschwerdeführerin seit 27. Juli 2020 wegen des als sehr belastend empfundenen Arbeitsalltags erneut gänzlich abwesend (IV-act. 98). Entsprechende krankheitsbedingte Absenzen ergeben sich auch bereits im

Belastbarkeitstraining aus den Akten (IV-act. 42 S. 7). Schliesslich ist die gutachterliche Darstellung auch insoweit widersprüchlich, als die Beschwerdeführerin selbst anlässlich der Exploration berichtet, erschöpft zu sein, wenn sie drei Tage gearbeitet habe (IV-act. 78, S. 27).

11.4.3 Alsdann ergeben sich Unklarheiten hinsichtlich des beruflichen Werdegangs der Beschwerdeführerin.

11.4.3.1 So hat die Beschwerdeführerin von 1986 bis 1991 als Pflegefachfrau in Deutschland, dann von 1991 bis 1996 in (...) und (...) auf demselben Beruf gearbeitet. Wegen eines Bandscheibenvorfalles hat sie im Anschluss zwischen 1997 und 1999 eine Umschulung zur Luftverkehrskauffrau (Bodenpersonal) gemacht und von 1999 bis 2003 bei zwei verschiedenen Luftfahrtgesellschaften gearbeitet. Hinzu kamen ferner berufsbegleitende Ausbildungen zur Heilpraktikerin (2000 bis 2002), zur Phytotherapeutin (2005 bis 2006) sowie ein nicht abgeschlossenes berufsbegleitendes Studium in Pädagogik (2012 bis 2013 [IV-act. 5 S. 1]). Nach zweijähriger Arbeitslosigkeit (IV-act. 61 S. 28) hat sie ab 2004 bis zu einem Burnout im Jahr 2013 erneut als Krankenpflegerin in (...) gearbeitet und 2014 schliesslich in (...) am B._____ ihre Anstellung begonnen. Der erneute Wechsel in die frühere Tätigkeit als Krankenpflegerin erfolgte gemäss der Beschwerdeführerin insbesondere aufgrund der Vorstellung, dass mit der Schülerbetreuung eine etwas geringere psychische Belastung einhergehen würde (IV-act. 77 S. 21). Den Akten ist überdies zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin zwischen Oktober 2011 und Juli 2013 die Vertretung der Stationsleitung oblag, sie ab September 2013 fortan nur temporär arbeitete (IV-act. 5 S. 2).

11.4.3.2 Der psychiatrische Gutachter hat die Eckdaten der Anstellungen zwar erwähnt, jedoch die jeweiligen Motive für die Berufswechsel nicht vollständig ergründet. So bleibt insbesondere unklar, ob es sich bei den berufsbegleitenden Weiterbildungen zur Phytotherapeutin und Heilpraktikerin bzw. dem begonnenen Studium in Pädagogik um eine blosser berufliche Weiterentwicklung in verwandten Themen bei weiterhin hoher Leistungsbereitschaft, um ein Ausweichen auf somatisch und psychisch weniger belastende Tätigkeiten oder gar einen Ausbruch aus einer langfristigen massiven Überforderungssituation der Beschwerdeführerin handelt. Ebenso denkbar ist bezüglich der Heilpraktikerausbildung ein Zusammenhang mit der Heilpraktikerpraxis der älteren Schwester der Beschwerdeführerin (IV-act. 78 S. 26). Gleichermassen unklar ist der Grund für den Wechsel von einer Kaderfunktion als stellvertretene Stationsleiterin in eine temporäre

Anstellung ohne Leitungsfunktion. Sodann macht die Beschwerdeführerin für den erfolgten Wechsel von (...) nach (...) im Rahmen der Haushaltsabklärung gesundheitliche Gründe geltend und führt aus, dass dies zusammen mit der Pensumsreduktion im Rahmen der Burnout-Therapie der Belastung der anspruchsvollen Arbeit entgegenwirken sollte (IV-act. 62 S. 2 f.). Diese Darstellung steht aber nicht im Einklang mit den im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens getätigten Ausführungen, wonach sich die Beschwerdeführerin in (...), wo sie während Jahren gelebt, zunehmend einsam gefühlt habe. Kolleginnen hätten geheiratet oder seien weggezogen, sodass sie sich nach 10 Jahren entschlossen habe, den Wohn- und Arbeitsplatz zu wechseln (IV-act. 78 S. 24). Die hievordargelegte Unvollständigkeit und Widersprüchlichkeiten wären gutachterlich zu klären gewesen. Soweit der Gutachter jedenfalls lediglich festhält, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeit nie irgendwelche Schwierigkeiten gehabt habe und er in diesem Zusammenhang bloss die hievorgeschilderten Ereignisse und Entwicklungen ab dem Jahre 2013 erwähnt (IV-act. 78 S. 30), so sind die dahingehenden Ausführungen aufgrund der Aktenlage unvollständig.

11.4.4 Bei der Gesamtbeurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit muss eine Integration der Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden für die einzelnen Aufgabenbereiche retrospektiv, aktuell und prospektiv vorgenommen werden (Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP 3. Aufl. 2016; im Folgenden: Qualitätsleitlinien S. 22). Sowohl eine eingehende Beschreibung des jeweiligen Tätigkeitprofils der verschiedenen Anstellungen der Beschwerdeführerin als auch eine Auseinandersetzung damit, hinsichtlich welcher Aufgaben und aus welchen Gründen konkret eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus Sicht der Beschwerdeführerin bestanden haben soll und wie sich eine solche äusserte, fehlt im psychiatrischen Teilgutachten.

11.4.5 Ferner erhebt der Gutachter zwar die Familiengeschichte knapp und erwähnt, dass die Beschwerdeführerin nur spärlichen oder keinen Kontakt zu ihren Familienmitgliedern habe (IV-act. 78 S. 25 f.). Näher ging er hingegen nicht auf die Kindheit und die familiären Beziehungen der Beschwerdeführerin ein, sondern liess es in der Folge lediglich bei der Feststellung bewenden, dass die Beschwerdeführerin unter schwierigen Verhältnissen aufgewachsen sei (IV-act. 78 S. 30). Eine eingehende Auseinandersetzung mit den von den (vor-)behandelnde Ärztinnen und Ärzten beschriebenen in der Kindheit erlernten dysfunktionalen Denkmustern und Glaubenssätzen (IV-act. 16 S. 3; 61 S. 45 und 46; 96 S. 3) oder der vom

behandelnden Psychiater beschriebenen Traumatisierung (IV-act. 94 S. 2 ff.) hat mit anderen Worten nicht stattgefunden.

11.4.6 In Zusammenhang mit den Ursachen der geschilderten psychischen Beschwerden ist im Übrigen zu konstatieren, dass der behandelnde Psychiater ein besonderes Gewicht auf eine erfolgte frühkindliche Traumatisierung der Beschwerdeführerin legt. Es wurde bereits ausgeführt, dass sich das psychiatrische Teilgutachten mit der Kindheit der Beschwerdeführerin nicht genügend auseinandergesetzt hat. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass psychische Störungen im Regelfall multifaktoriell verursacht werden (Qualitätsleitlinien S. 36). Die Beschwerdeführerin selbst schilderte verschiedentlich offenbar bestehende Belastungsfaktoren, welche über die blossе Traumatisierung in ihrer Kindheit hinausgehen (insbesondere eine Demenzerkrankung der Mutter sowie eine belastende Auseinandersetzung mit der Schwester hinsichtlich der Pflege der Mutter [vgl. IV-act. 15 S. 4; 66 S. 3]). Eine vollständige Auseinandersetzung mit sämtlichen Belastungsfaktoren ist damit weder durch den behandelnden Psychiater noch durch den psychiatrischen Gutachter erfolgt.

11.4.7 Darüber hinaus erblickte man in der Klinik I. _____ bereits in den Berichten vom 16. und 27. März 2018 Hinweise auf begünstigende Persönlichkeitseigenschaften wegen des grossen Bedürfnisses nach Kontrolle und vermehrtem Misstrauen gegenüber anderen Menschen und diagnostizierte gestützt darauf eine Persönlichkeitsakzentuierung (IV-act. 15 S. 6; 17 S. 3). Druck und Hektik im Belastbarkeitstraining im Direktvergleich mit der Arbeitsleistung anderer (IV-act. 42 S. 3) und ein Bedürfnis, sich andauernd selbst anzutreiben sowie Schwierigkeiten, physische Grenzen zu akzeptieren, wurden auch im Belastbarkeitstraining vermerkt (IV-act. 38 S. 3 f.; so auch Dr. L. _____ gemäss Verlaufsbericht vom 8. April 2019 [IV-act. 50 S. 3] und im Bericht vom Juni 2020 [IV-act. 94 S. 2 ff.]). Nichtsdestotrotz begründet der psychiatrische Gutachter nicht, wieso er die Persönlichkeitsakzentuierung nicht für relevant hält (IV-act. 78 S. 31). Ebenso lässt er es im Wesentlichen bei der Feststellung bewenden, dass er die Annahme einer mittelgradigen oder schweren Episode des behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten nicht für begründet erachte (IV-act. 78 S. 31). Eine entsprechende fundierte Begründung blieb gleichermassen aus.

11.4.8 Schliesslich präsentiert sich die Aktenlage, auf deren Basis die hier zu diskutierende Diagnosestellung erfolgte, unvollständig. Namentlich blieb der Therapieverlauf der Beschwerdeführerin ab 2013

unberücksichtigt. Bezüglich der zwischen 2013 und 2017 erfolgten ambulanten psychologischen Therapie bei Frau E. _____ liegen keine ärztlichen Berichte und nur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus dem Jahre 2017 vor (IV-act. 9 S. 12, 23). Auch vom Psychiater und Psychotherapeuten Dr. L. _____ finden sich nur kurze Einschätzungen zuhanden der IV-Stelle respektive der F. _____ und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (siehe IV-act. 39 f.; 43; 47; 50; 61 S. 48, 57, 59, 70, 82 ff., 95, 97, 100, 103, 105, 110, 113, 120 ff., 138) sowie schliesslich eine nach Ergehen des Vorbescheids eingereichte Stellungnahme (IV-act. 94) in den Akten. Unterlagen zu erfolgten Konsultationen bei Dr. X. _____, welche verschiedentlich als Hausärztin der Beschwerdeführerin genannt wird, und welche die Beschwerdeführerin offenbar anstatt einer weiteren Therapie bei Frau E. _____ konsultiert hat, fehlen gänzlich (IV-act. 9 S. 18; 62 S. 2). Bei der Prognose der Leistungsfähigkeit müssen die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen aber nicht nur im «Hier und Jetzt» (Querschnitt) untersucht, sondern grundsätzlich auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können (Qualitätsleitlinien S. 23; vgl. Urteil des BGer 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.1.2). Um den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht nur im Querschnitt, sondern auch im Längsschnitt adäquat beurteilen zu können, ist der psychiatrische Gutachter auf die vollständigen Akten angewiesen. Da vorliegend jedoch teilweise wesentliche medizinische Unterlagen fehlen, kann eine ganzheitliche Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zum jetzigen Zeitpunkt gar nicht erfolgen.

11.4.9 Während der Gutachter nur von leichten psychischen Beschwerden ausgeht, beschreibt der behandelnde Psychiater schwere psychosomatische Beschwerden mit depressiven Einbrüchen. Die Begründungen des psychiatrischen Gutachters sowie des behandelnden Psychiaters sind zu wenig ausführlich und verunmöglichen dem Gericht vorliegend eine Plausibilitätsprüfung in Bezug auf die gestellten Diagnosen bzw. deren Vereinbarkeit mit dem Klassifikationssystem des ICD-10. Vorliegend ist der Schweregrad der im Raum stehenden Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung unklar (leichte Episode [F33.0] oder mittelgradige Episode [F33.1]). Die Abgrenzung zwischen den Schweregraden der beschriebenen Diagnosen findet gemäss ICD-10 unter anderem anhand der Anzahl der jeweils vorliegenden typischen Symptome einer depressiven Episode (F32.–) wie etwa die Verminderung von Antrieb und Aktivität,

Konzentrationsverminderung oder Schlafstörungen statt (zum Ganzen vgl. ICD-10-GM-2025 Online; zuletzt abgerufen am 28.07.2025 unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F33.-.html>). Bei der leichten depressiven Episode sind mindestens zwei oder drei dieser typischen Symptome vorhanden, was zu einer Beeinträchtigung der Betroffenen führt, wobei die Fortsetzung der meisten Aktivitäten jedoch trotzdem oft möglich ist. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode sind vier oder mehr der entsprechenden Symptome vorhanden. Die Betroffene hat meist grosse Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen (vgl. ICD-10-GM-2025 Online; zuletzt abgerufen am 28.07.2025 unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>). Es ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter zwar auf das entsprechende Klassifikationssystem ICD-10 Bezug nahm und bei der Beschwerdeführerin von einer rezidivierenden depressiven Störung leichter Episode (F33.0) ausging. Auf eine detaillierte Erörterung der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Symptome verzichtete der Gutachter hingegen, sondern legte lediglich dar, dass die Alltagsgestaltung der Beschwerdeführerin als aktiv zu beurteilen sei. Wie dies bereits eingehend thematisiert worden ist (vgl. E. 11.4.1 vorstehend), sind hinsichtlich der dahingehenden Einschätzung unaufgelöste Diskrepanzen zwischen der gutachterlichen Darstellung und den restlichen Vorakten erkennbar.

11.5 Zusammengefasst ergeben sich bereits erhebliche Diskrepanzen betreffend die Einschätzung des Schweregrads der rezidivierenden depressiven Störung und die Frage der Relevanz einer allfälligen Persönlichkeitsakzentuierung, auf welche der Gutachter überhaupt nicht einging. Namentlich hat er sich nicht mit den detaillierten Ausführungen sowohl der Klinik I. _____ als auch des nach der teilstationären Behandlung ambulant behandelnden Psychiaters Dr. L. _____ zur Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt. Ebenso blieb bezüglich der beruflichen Laufbahn der Beschwerdeführerin eine fundierte Auseinandersetzung mit den Motiven hinsichtlich der Anstellungswechsel sowie den jeweils empfundenen aufgabenspezifischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aus. Gleichermassen nicht stattgefunden hat eine Auseinandersetzung mit *sämtlichen* Belastungsfaktoren – insbesondere der Kindheit und der Familiengeschichte der Beschwerdeführerin. Nicht berücksichtigt wurde in psychiatrischer Hinsicht sodann der Therapieverlauf ab 2013. Namentlich sind keine Berichte zur von 2013 bis 2017 stattgefundenen ambulanten psychologischen Therapie bei Frau E. _____ aktenkundig. Damit sind bereits die Herleitung, Begründung sowie die Vollständigkeit der gestellten

psychiatrischen Diagnosen unzureichend, weshalb eine Plausibilitätsprüfung der gestellten Diagnosen vorliegend nicht erfolgen kann.

11.6 Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidsbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.).

11.6.1 Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen.

11.6.1.1 Wie soeben dargelegt, bestehen Zweifel an der Herleitung der Diagnose einer im Gutachtenszeitpunkt nur leichtgradigen rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0), weshalb auch deren konkreten funktionellen Auswirkungen unklar bleiben. Zwar konstatierte der psychiatrische Gutachter, dass angesichts der aktiven Alltagsgestaltung die geklagte Krankheitsüberzeugung, nur 40 % arbeiten zu können, aus psychiatrischer Sicht nicht objektivierbar sei (IV-act. 78 S. 32). Nicht ersichtlich ist jedoch, ob diese Krankheitsüberzeugung bewusstseinsnah ist – und damit von der Beschwerdeführerin auch geändert werden könnte – oder aber ob es sich dabei gerade um einen (für sie unbeeinflussbaren) Ausdruck der psychischen Beeinträchtigung handelt (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.3).

11.6.1.2 Wie dargelegt bestehen überdies nicht auflösbare Widersprüche betreffend die Alltagsbewältigung und das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin sowie die Ausprägung ihrer sozialen Kontakte. Zudem verwies das psychiatrische Teilgutachten zwar kurz auf emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielen könnten (Schläge in der Kindheit, wochenlanges Schweigen und Suiziddrohungen der Mutter, wenig präsenter Vater, Schwester mit Borderline-Störung). Indes wurde nicht erörtert, ob und gegebenenfalls inwiefern diese Faktoren den Wirkungsgrad der Folgen der Gesundheitsschädigung beeinflussen (zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren vgl. Urteile des BGer 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2; 9C_37/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3). Gänzlich unberücksichtigt blieben in diesem Kontext die in mehreren ärztlichen Berichten erwähnten psychischen Erkrankungen mehrerer Familienangehöriger. So habe die Mutter an Depressionen gelitten und mehrfach mit Suizid gedroht,

die Grossmutter mütterlicherseits sei manisch-depressiv gewesen. Der Grossonkel sowie die Urgrossmutter seien ebenfalls depressiv gewesen, wobei Letztere gar Suizid begangen habe. Die jüngere Schwester leide unter einer emotional-instabilen Persönlichkeits- respektive Borderline-Störung, die ältere Schwester habe in ihrer Jugend einer Anorexie gehabt und der ältere Bruder sei depressiv (IV-act. 61 S. 28; 66 S. 3). Die Hinweise auf hereditäre Faktoren hat der Gutachter zwar anamnestisch betreffend die Mutter und die eine Schwester oberflächlich erhoben (IV-act. 78 S. 26), aber nicht weiter in der Herleitung seiner Diagnose beachtet. Nicht erklärt wurde zudem, wieso eine Persönlichkeitsakzentuierung, deren Entstehung seitens der behandelnden Ärzteschaft mitunter in der Kindheit vermutet, ohne Weiteres ausgeschlossen wird, obwohl Hinweise auf Überforderung und selbstunsicheres Verhalten bestehen (vgl. IV-act. 42 S. 3; 61 S. 6 und 19 f.; 94).

11.6.1.3 Dem psychiatrischen Teilgutachten lässt sich keine widerspruchsfreie Diagnose entnehmen und auch die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist nicht beurteilbar. Ebensovien bilden die (Verlaufs-)Berichte der behandelnden Ärzte eine rechtsgenügeliche Grundlage für die Beurteilung der funktionellen Auswirkung der Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin. Entsprechend überzeugt auch die Schlussfolgerung des RAD-Arztel Dr. W._____ vom 8. Dezember 2020 (IV-act. 99) nicht, in welcher er auf das bidisziplinäre Gutachten abstellte und eine schwere depressive Störung sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung verneinte.

11.6.2 «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien und Eingliederungsmassnahmen stellen wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Der psychiatrische Gutachter führte in diesem Zusammenhang aus, dass die Beschwerdeführerin teilstationär psychiatrisch behandelt worden sei. Derzeit bestehe eine ambulante psychiatrische Behandlung mit antidepressiver Medikation (Fluoxetin und Wellbutrin). Dies sei adäquat, weitere therapeutische Massnahmen seien nicht notwendig (IV-act. 78 S. 28, 32). Es wurde hievon bereits dargelegt, dass hinsichtlich der gestellten Diagnose eine Plausibilitätsprüfung nicht vorgenommen werden kann. Im Zuge dessen ist auch die Zweckmässigkeit der therapeutischen Massnahmen vorliegend nicht abschliessend beurteilbar.

11.6.3 Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen

erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Gemäss dem bidisziplinären Gutachten besteht aufgrund des cervicovertebralen Syndroms, der zeitweiligen thorakalen und lumbalen Beschwerden und der Retropatellararthrose sowie einer leichten Trochanter-Bursitis links keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Pflegefachfrau (IV-act. 78 S. 4). Die 80%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Pflegefachfrau, ist demnach gemäss den beiden Gutachtern psychiatrisch begründet (IV-act. 78 S. 7). Es wurde bereits hinreichend aufgezeigt, dass die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in rheumatologischer Hinsicht aufgrund der Aktenlage nicht nachvollziehbar ist (vgl. E. 11.2 vorstehend).

11.6.4 Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) bemerkt der psychiatrische Gutachter ohne dies auszuführen oder zu begründen, er habe im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Hinweise für selbstunsichere oder zwanghafte Persönlichkeitszüge finden können. Diesbezüglich ist allerdings auf die in psychiatrischen Berichten mehrfach dokumentierte schwierige Kindheit (Schläge und Liebesdeprivation durch die vermutlich psychisch kranke Mutter, absenter Vater, rigides familiäres Umfeld) hinzuweisen. Trotz dieser Hinweise ist der psychiatrische Gutachter nicht auf die entsprechenden Ausführungen dieser Berichte eingegangen, gemäss denen starke Tendenzen zu einer selbstkritischen und selbstabwertenden Grundhaltung, zu selbstunsicheren Persönlichkeitsanteilen, welche die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin einschränken würden, sowie zu die depressive Entwicklung begünstigenden Persönlichkeitseigenschaften mit grossem Bedürfnis nach Kontrolle bei vermehrtem Misstrauen gegenüber anderen Menschen bestünden. Anamnestisch würden sich Hinweise ergeben, dass diese Störung möglicherweise bereits in der Kindheit und Adoleszenz begründet liegen (vgl. insb. IV-act. 66 S. 4; 94). Bei der Beschwerdeführerin würden sich auch Hinweise auf einen Antriebsmangel, Grübelneigung, Insuffizienzgefühle, verminderte Belastbarkeit und eine pessimistische Zukunftssicht ergeben (siehe zum Ganzen IV-act. 15 S. 4 ff.; 16; 50; 61 S. 18 ff. und 27 ff.; 66). Mit all diesen Aspekten hat sich der psychiatrische Gutachter nicht auseinandergesetzt.

11.6.5 Unter dem Komplex «sozialer Kontext» hielt der psychiatrische Gutachter fest, die kinderlose Beschwerdeführerin lebe alleine und habe vier Katzen, treffe sich zwei bis drei Mal im Jahr mit alten Freundinnen aus der Studienzeit oder ihrer Cousine, zudem habe sie regelmässigen Kontakt mit einer Bekannten im Dorf. Nur mit zwei ihrer drei Geschwister habe sie

gelegentlichen telefonischen Kontakt (IV-act. 78 S. 26 ff.). Soweit der Gutachter dies offenbar als tragfähiges soziales Netzwerk und aktives Sozialleben zu werten scheint (vgl. IV-act. 78 S. 28), steht diese Interpretation im Widerspruch zu jener der behandelnden Ärzteschaft, die von einer zurückgezogenen Lebensweise sowie einer schwierigen Beziehung zur Familie berichteten (IV-act. 61 S. 28 und 18 f.; 66 S. 3). Auch die Beschwerdeführerin selbst berichtete verschiedentlich von einer zurückgezogenen Lebensweise und gab zu Protokoll, dass sie viel Freiraum brauche (BVGer-act. 14; IV-act. 15 S. 5). Unklar bleibt zudem die finanzielle Situation der Beschwerdeführerin nach der Kündigung. Diesbezüglich merkte der psychiatrische Gutachter einzig an, dass sie derzeit in einem Häuschen in Deutschland wohne, sich aber nach der Vertragsänderung eine günstigere Wohnung und eine neue Stelle suchen müsse (IV-act. 78 S. 27 f.). Seit der erfolgten Kündigung und dem Umzug nach Dänemark hat der soziale Kontext sich erneut verändert. Insgesamt lassen sich auch bezüglich dieses Komplexes aus den Vorakten keine vollständigen und widerspruchsfreien Angaben ableiten.

11.7 In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4).

11.7.1 Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Diesbezüglich ging der psychiatrische Gutachter wie bereits ausgeführt von einer aktiven Alltagsgestaltung der alleine lebenden Beschwerdeführerin aus, indem diese den Haushalt selbstständig führe, Museen besuche, sich mit Bekannten im Dorf sowie Studienfreundinnen und einer Cousine treffe. Mit dieser mache sie Städteausflüge (IV-act. 78 S. 27 f.). Gleichzeitig erwähnte der Gutachter jedoch selbst, dass die Beschwerdeführerin nur an «guten Tagen» aktiv sei und grundsätzlich einen erhöhten Ruhebedarf erwähnt habe, namentlich, indem sie sich nach dem Frühstück und nachmittags manchmal wieder hinlegen müsse (IV-act. 78 S. 27). Das vom psychiatrischen Gutachter geschilderte soziale Netzwerk fällt nicht sehr dicht aus (Cousine, Studienfreundinnen, die sie nur zwei bis drei Mal im Jahr sehe, eine Bekannte aus dem Dorf). In Anbetracht dessen, dass die behandelnde Ärzteschaft von einem zurückgezogenen Leben (siehe z.B. Bericht der Klinik I. _____ vom 16. März 2018 [IV-act. 61 S. 28]) sowie deutlichen Antriebsschwierigkeiten und Erschöpfung, insbesondere am Morgen, vor allem in ihrem

beruflichen Alltag, aber auch privat (Bericht der Klinik I. _____ vom 27. März 2018 [IV-act. 61 S. 18]), sprachen, ergeben sich deutliche Widersprüche zur Auffassung des psychiatrischen Gutachters betreffend das Aktivitätenniveau. Immerhin scheint gemäss Stellungnahme des behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten vom Juni 2020 insofern dank der Therapie eine Verbesserung eingetreten zu sein, als die Versorgung des Haushalts, die Pflege ihrer vier Katzen und die Aufrechterhaltung von Kontakten gefördert werden konnten (vgl. IV-act. 94 S. 6), wobei die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 2. März 2023 (BVGer-act. 14) allerdings weiterhin von einem nur kleinen Bezugsnetz und wenigen sozialen Kontakten berichtete. Jedenfalls lässt sich vorliegend auf Basis der Aktenlage nicht beurteilen, ob die Aktivitätenniveaus der Beschwerdeführerin gleichmässigen Einschränkungen in allen vergleichbaren Lebensbereichen unterliegen und ob sich der Aktivitätsgrad in ihrem Alltag gesteigert hat.

11.7.2 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Unter diesem Aspekt fällt die langjährige Krankengeschichte der Beschwerdeführerin auf. So ist aus den Akten ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin immer wieder wegen ihrer somatischen und psychischen Beschwerden in medizinische Behandlung begeben hat und auch teilstationär behandelt werden musste. Was die Behandlung ihrer psychischen Leiden anbelangt, ist deren Beginn und Verlauf nur ungenügend dokumentiert und bedarf weiterer Abklärung. So liegen namentlich betreffend das geltend gemachte, 2013 erlittene Burn-out und die danach erfolgte ambulante Behandlung in der Klinik D. _____ in Biel durch die Fachpsychologin E. _____ keine Berichte vor. Auch von der zunächst im Jahr 2017 erfolgten Behandlung durch ebendiese Psychologin sind in den Akten einzig Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen enthalten (siehe IV-act. 9 S. 12, 23). Nach der Behandlung in der Klinik I. _____ hat die Beschwerdeführerin sich in Behandlung durch Dr. L. _____, Psychiater und Psychotherapeut, begeben. Auch von ihm liegen nur kurze Einschätzungen zuhanden der IV-Stelle respektive der F. _____ und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (siehe IV-act. 39 f.; 43; 47; 50; 61 S. 48, 57, 59, 70, 82 ff., 95, 97, 100, 103, 105, 110, 113, 120 ff., 138) sowie schliesslich eine nach Ergehen des Vorbescheids eingereichte Stellungnahme (IV-act. 94) vor. Unterlagen der offenbar ebenfalls konsultierten Dr. X. _____ sind schliesslich überhaupt keine in den Akten vorhanden (IV-act. 9 S. 18; 62 S. 2). Die Vorinstanz ist anzuweisen, die notwendigen Unterlagen einzuholen (vgl. E. 11.4.7 vorstehend).

12.

12.1 Nach dem Gesagten erweist sich sowohl das rheumatologische als auch das psychiatrische Gutachten auch unter Beizug der übrigen aktenkundigen Berichten als unvollständig und bildet keine genügende Grundlage, um zu prüfen, ob die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

12.2 Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

12.3 Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4; vgl. E. 11.7.2 und 12.1 hievor). Demzufolge ist der Antrag der Beschwerdeführerin auf Einholung eines psychiatrisch-medizinischen Obergutachtens, d.h. eines Gerichtsgutachtens, abzuweisen.

12.4 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie dem Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen (vgl. E. 11.4.7; 11.7.2 vorstehend) eine bidisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie (dies insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

12.5 Das Gutachten hat dabei nicht nur Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu geben, sondern auch über den Verlauf des Gesundheitszustands unter Würdigung der medizinischen Berichte und des damit teilweise im Widerspruch stehenden bidisziplinären Gutachtens. In diesem Zusammenhang ist die Vorinstanz anzuweisen, die notwendigen zusätzlichen medizinischen Unterlagen bei den behandelnden Ärzten und Ärztinnen einzuholen.

12.6 Die bidisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

12.7 Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius birgt, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 5. Februar 2021 zugesprochene Viertelsrente für die Zeit vom 1. August 2018 bis zum 30. Juni 2019 in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Allerdings hat die Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 15. Januar 2025 trotz drohender allfälliger Änderung der Verfügung zu ihren Ungunsten ausdrücklich an ihrer Beschwerde festgehalten (BVer-act. 21).

13.

Die Beschwerde ist nach dem Gesagten insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

14.

14.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der

unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Entsprechend sind der obsiegenden Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Bankkonto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

14.2 Die obsiegende und für den Grossteil des Beschwerdeverfahrens beruflich aber nicht 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 Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 1'500.– (inkl. Auslagen) angemessen. Hat die zu entschädigende Partei wie vorliegend bei der in Dänemark wohnhaften Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 5. Februar 2021 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Bankkonto zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.– 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:

David Weiss

Fabian Zumbühl

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: