



## Urteil vom 8. Juni 2022

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richterin Viktoria Helfenstein,  
Richterin Michela Bürki Moreni,  
Gerichtsschreiberin Tanja Jaenke.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch Michael Stampfli, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

IV, Invalidenrente;  
Verfügung der IVSTA vom 9. Oktober 2020.

## Sachverhalt

### A.

A.\_\_\_\_\_, geboren am (...) 1969 (nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin), ist eine in Rumänien geborene deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Sie ist verheiratet, lebt jedoch seit Januar 2017 von ihrem Ehemann getrennt und hat zwei Söhne (geboren 2001 und 2006). Von 1. Februar 2010 bis 31. Mai 2014 arbeitete sie als Grenzgängerin bei der B.\_\_\_\_\_ GmbH in (...) als Haartransplantationstechnikerin und leistete dabei Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten der IV-Stelle gemäss Aktenverzeichnis vom 24. Februar 2021 [IV-act.] 1; 6; 8; 85; 125).

### B.

**B.a** Am 23. Mai 2014 stellte sie bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend IV-Stelle) wegen einer seit 16. Dezember 2013 bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit einen Leistungsantrag für Berufliche Integration beziehungsweise Rente. Sie machte als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Wesentlichen starke Schmerzen und Kraftlosigkeit in beiden Händen und Fingern geltend (IV-act. 1). Im Rahmen der weiteren Abklärungen der IV-Stelle wurden diverse medizinische Unterlagen eingeholt, gemäss welchen bei der Versicherten insbesondere ein Raynaud-Syndrom unklarer Genese sowie ein chronisches Lendenwirbelsäulen-Syndrom mit Bandscheibenprotrusion L5/S1 diagnostiziert worden waren (IV-act. 7 S. 2 ff.; 12 S. 1 ff., 5 ff., 9 ff., 15 ff. und 19 f.; 22).

**B.b** Mit Vorbescheid vom 18. August 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, gestützt auf die Abklärungen ihres regionalärztlichen Dienstes (nachfolgend RAD) bestünden symptomatisch gut behandelbare Beschwerden ohne gravierende Arbeitsunfähigkeit. Eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit in der letzten Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar. Es liege somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, weshalb die Kriterien für einen Leistungsanspruch nicht erfüllt seien. Das Leistungsbegehren sei deshalb abzuweisen (IV-act. 26).

**B.c** Am 15. September 2015 reichte die Versicherte bei der IV-Stelle ihren Einwand und eine weitere medizinische Dokumentation ein (IV-act. 31; 33). Sie verwies darauf, dass sie in ihrer letzten Tätigkeit, in welcher sie intensiv mit ihren Händen arbeiten müssen, weiter zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie beantragte die Gewährung einer Umschulung, bei welcher die Hände nicht belastet würden.

**B.d** Die IV-Stelle holte in der Folge den von der Versicherten ausgefüllten Fragebogen «Ergänzende Fragen im Hinblick auf eine mögliche Eingliederung» vom 22. Oktober 2015 (IV-act. 36) sowie ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie ein (IV-act. 46 = 70 S. 13 ff. [psychiatrisch]; 48 = 70 S. 34 ff. [internistisch-rheumatologisch]; 51 = 70 S. 99 ff. [bidisziplinäre Zusammenfassung]).

**B.e** Mit zweitem Vorbescheid vom 27. Juli 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten wiederum in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen. Sie begründete dies damit, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege bei verminderter Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule. Für die letzte Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin und alle angepassten Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe gemäss Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Belastungsprofil: Alle LWS-schonenden Tätigkeiten mit einer Gewichtslast von 12,5 kg für das Hantieren mit Lasten). Es habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. In der Haushaltstätigkeit bestehe ebenfalls keine Einschränkung (IV-act. 53).

**B.f** In der Folge erhob die Versicherte am 5. August 2016 einen Einwand gegen diesen Vorbescheid und beantragte erneut die Gewährung von Umschulungsmassnahmen. Sie verwies darauf, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung der Hände ihre letzte Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin und ihren Beruf als Kosmetikerin nicht mehr ausüben könne, ohne Ausbildung für eine andere Tätigkeit keine Stelle erhalte und auch im Haushalt erhebliche gesundheitliche Einschränkungen bestünden. Gleichzeitig beantragte sie Akteneinsicht bezüglich der eingeholten Gutachten (IV-act. 54). Die IV-Stelle übermittelte der Versicherten am 10. August 2016 antragsgemäss die eingeholten Gutachten (IV-act. 61).

**B.g** Mit Verfügung vom 25. August 2016 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend Vorinstanz oder IVSTA) das Leistungsbegehren mit im Wesentlichen derselben Begründung wie im Vorbescheid ab und führte aus, im Einwand seien keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht worden, die eine Änderung der bisherigen Leistungsbeurteilung, welche sich auf die aktuellen eingeholten Gutachten stütze, erforderlich machen würden (IV-act. 67).

**B.h** Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 28. September 2016 Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht und beantragte sinngemäss

mäss die Prüfung ihres Leistungsanspruchs, insbesondere die Durchführung von Umschulungsmassnahmen (IV-act. 70). Mit Entscheid vom 21. Februar 2019 hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde der Versicherten im Verfahren C-6006/2016 aufgrund ungenügender medizinischer Sachverhaltsabklärungen insbesondere in internistisch-neurologischer und gefässmedizinischer Hinsicht sowie gänzlich fehlender Abklärungen zur beruflichen Situation insoweit gut, als es die Verfügung vom 25. August 2016 aufhob und die Sache an die Vorinstanz zurückwies, damit diese den Sachverhalt mit ergänzender polydisziplinärer Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und ev. Angiologie) abkläre, den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin prüfe und anschliessend neu darüber verfüge. In Bezug auf das eingeholte Gutachten wurde insbesondere festgehalten, dass das rheumatologische Gutachten inklusive die «Bidisziplinäre Zusammenfassung» nicht über eine rechtsgenügli­che Beweiskraft verfüge, während das psychiatrische Gutachten in rein psychiatrischer Hinsicht voll beweiskräftig sei (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-6006/2016 vom 21. Februar 2019 E. 6.9, 7.1 und 7.3; IV-act. 79).

### **C.**

**C.a** Aufgrund dieses Gerichtsurteils tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen und holte insbesondere einen von der Versicherten ausgefüllten Fragebogen vom 8. August 2019 (Eingangsdatum) mit weiteren medizinischen Unterlagen sowie einen Verlaufsbericht von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2019 ein (IV-act. 85; 87; 90 S. 3 ff.).

**C.b** In der Folge fand ausserdem am 3., 6. und 8. Februar 2020 eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten bei der E. \_\_\_\_\_ AG in den Disziplinen Innere Medizin, Angiologie, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie statt. Die Gutachter/innen attestierten der Versicherten in allen Disziplinen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit, weil keine objektiven Befunde mit behinderndem Effekt in der angestammten Tätigkeit erkennbar seien und die Versicherte bereits mit einem Teilpensum in einer körperlich leichten Tätigkeit in geschlossenen Räumen tätig sei. Die Befunde würden dafür sprechen, dass diese Tätigkeit auch vollschichtig ausgeübt werden könne. Für die reklamierte hohe Schmerzintensität habe sich in den Befunden kein hinreichendes Korrelat gefunden (E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Mai 2020 [IV-act. 112 S. 1 und 13 f.]).

**C.c** In seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2020 hielt der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_\_\_ fest, auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 125 S. 7 f.).

**C.d** Mit Vorbescheid vom 3. Juni 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten deshalb in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen, da die Beurteilung der gesamten Unterlagen durch den RAD ergeben habe, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (IV-act. 115).

**C.e** Diesbezüglich reichte die Versicherte am 22. Juni 2020 einen Einwand ohne eingehende Begründung ein und am 14. August 2020 die Begründung mit weiteren Unterlagen nach (IV-act. 117-120). Sie machte insbesondere geltend, sie leide seit langem an einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik bei Kälte und Stress, wobei es sich um ein atypisches Morbus Raynaud-Syndrom und wahrscheinlich eine somatoforme Schmerzstörung handle. Sie sei aufgrund der Schmerzen immer müde, was zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit führe, daher seien Probleme schwer zu lösen, was zu Stress führe und dann immer weiter gehe. Die Begutachtung in der Schweiz sei zwar korrekt durchgeführt worden, jedoch seien dabei keine tieferen Details erreicht worden. Zudem bemängelte sie bei allen Untersuchungen – ausser derjenigen durch den Rheumatologen – verschiedene Punkte.

**C.f** Hinsichtlich des Einwands der Versicherten nahm der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_\_\_ am 28. August 2020 dahingehend Stellung, dass im Einwand und den Anlagen keine neuen objektiven Befunde vorgebracht worden seien, die eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Es werde daher empfohlen, an der gutachterlich abgestützten Leistungsbeurteilung festzuhalten (IV-act. 125 S. 8 f.).

**C.g** Mit Verfügung vom 9. Oktober 2020 wies die IVSTA das Leistungsbegehren der Versicherten entsprechend mit der Begründung ab, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden habe ausgewiesen werden können und keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (als Haartransplantationstechnikerin) gestellt worden seien. Die aktuelle leichte Tätigkeit im Teilpensum könne auch in einem 100 % Pensum ausgeübt werden. Im Einwandschreiben sowie den beigelegten Unterlagen seien keine neuen objektiven Befunde vorgebracht worden, welche eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (IV-act. 124).

**D.**

**D.a** Mit Eingabe vom 6. November 2020 erhob die Beschwerdeführerin beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Oktober 2020 und beantragte sinngemäss die Prüfung ihres Leistungsanspruchs, insbesondere die Zusprache einer IV-Rente (Akten im Beschwerdeverfahren [B-act.] 1).

**D.b** Aufgrund des in der Beschwerde gestellten Antrags auf unentgeltliche Prozessführung forderte das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerdeführerin mit Zwischenverfügung vom 18. November 2020 auf, ihr Gesuch substantziell zu ergänzen (B-act. 2). In der Folge reichte die Beschwerdeführerin am 11. Dezember 2020 weitere Unterlagen beim Bundesgericht ein, welches die Unterlagen zuständigkeithalber an das Bundesverwaltungsgericht weiterleitete (B-act. 4). Mit Zwischenverfügung vom 7. Januar 2021 wies das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege schliesslich aufgrund fehlender Bedürftigkeit ab (B-act. 5).

**D.c** Der ebenfalls mit Zwischenverfügung vom 7. Januar 2021 geforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- (B-act. 5) ging am 5. Februar 2021 in der Gerichtskasse ein (B-act. 7).

**D.d** Nachdem das Bundesverwaltungsgericht die Vorinstanz mit Instrukti-  
onsverfügung vom 17. Februar 2021 zur Vernehmlassung aufforderte (B-act. 8), reichte die Beschwerdeführerin unaufgefordert eine auf den 4. März 2021 datierte ergänzende Stellungnahme ein (B-act. 9). Sie teilte insbesondere mit, sie sei im Januar [2021] für drei Wochen stationär in eine auf Autoimmunerkrankungen, Allergien und Umweltkrankheiten spezialisierte Klinik eingetreten, und reichte dem Gericht den entsprechenden Entlassungsbericht ein (B-act. 9 Beilage 1).

**D.e** Am 12. März 2021 liess sich die Vorinstanz vernehmen und beantragte, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. Sie verwies diesbezüglich auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 10. März 2021 (B-act. 10).

**D.f** Das Bundesverwaltungsgericht stellte der Vorinstanz am 19. März 2021 die unaufgefordert eingereichte Beschwerdeergänzung vom 4. März 2021 zu und ersuchte gleichzeitig um ergänzende Stellungnahme (B-act. 11).

**D.g** Mit ergänzender Stellungnahme (bezeichnet als Duplik) vom 29. April 2021 stellte die Vorinstanz den unveränderten Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. Die IV-Stelle hatte zu den neu eingereichten Unterlagen ausgeführt, diese seien nicht geeignet, das Ergebnis der Begutachtung der E. \_\_\_\_\_ in Frage zu stellen (B-act. 12).

**D.h** Die zwischenzeitlich durch Rechtsanwalt Michael Stampfli vertretene Beschwerdeführerin reichte am 7. Juni 2021 nach entsprechender Aufforderung durch das Bundesverwaltungsgericht eine Replik ein und stellte die folgenden Anträge (B-act. 13 und 15):

1. Die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA vom 9. Oktober 2020 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine volle Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Sache zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt. zulasten der Beschwerdegegnerin.

Verfahrensantrag:

5. Es sei ein gerichtliches Gutachten über die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin anzuordnen.

Zur Begründung liess die Beschwerdeführerin zusammenfassend ausführen, sie leide an verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche ihr die Ausübung einer Arbeitstätigkeit sowohl im angestammten Bereich als auch in anderen beruflichen Tätigkeiten verunmöglichen würden. Dass sie in der Lage sei, eine Teilzeitarbeit auszuüben, sei ausschliesslich auf ihren starken Willen zurückzuführen. Zudem habe sie keine andere Wahl, als zu arbeiten, da sie ohne jegliche Unterstützung sei und als alleinerziehende Mutter zwei Kinder grossziehe. Doch auch der Wille der Beschwerdeführerin habe Grenzen. Es liege daher zweifellos eine Invalidität vor (B-act. 15 Rz. 18). Zum E. \_\_\_\_\_-Gutachten liess sie insbesondere vorbringen, aufgrund des Umfangs und ihrer begrenzten Ressourcen sei es nicht möglich gewesen, sämtliche Teile des Gutachtens im Einzelnen zu widerlegen. Doch habe sich die Suche nach Widersprüchen und Unvollständigkeiten durch den Rechtsvertreter insgesamt nicht als überwiegend

aufwendig gestaltet. Aus dem Umstand, dass die Mangelhaftigkeit des Gutachtens bei allen überprüften Einzelfragen zutage getreten sei, lasse sich ohne weiteres extrapolieren, dass auch die nicht näher geprüften Aspekte und als Folge daraus das Gesamtgutachten mangelhaft seien (B-act. 15 Rz. 27). Die massiven gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien durch mehrere Arztberichte umfassend nachgewiesen. Die angefochtene Verfügung erweise sich somit als falsch; sie sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine volle Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (B-act. 15 Rz. 37).

**D.i** Der Instruktionsrichter schloss den Schriftenwechsel am 1. September 2021 ab, nachdem sich die Vorinstanz innert angesetzter Frist nicht mehr hatte vernehmen lassen (B-act. 16 und 17).

#### **E.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie auf die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

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

#### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten So-

zialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 26<sup>bis</sup> und Art. 28 bis 70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

**1.3** Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde (B-act. 7), ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **2.**

**2.1** Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Urteil des BVGer C-7544/2014 vom 13. Oktober 2016 E. 2).

**2.2** Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Oktober 2020, mit der die Vorinstanz den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen verneint hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und im Hinblick auf das materielle Hauptbegehren der Beschwerdeführerin insbesondere, ob ein Anspruch auf eine (ganze) IV-Rente besteht. Die Verweigerung von beruflichen Massnahmen ist hingegen nicht angefochten.

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

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

**2.5** Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

**2.6** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 9. Oktober 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20), in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (SR 831.201) sowie im Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1) nicht anwendbar. Die Ansprüche der Beschwerdeführerin gegenüber der IV beurteilen sich nach dem IVG und der IVV (jeweils Stand am 1. Januar 2020) sowie dem ATSG und der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; jeweils Stand am 1. Oktober 2019).

**2.7** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Oktober 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither ver-ändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungs-verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Berichte, die sich über den vorlie-gend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

### **3.**

**3.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (Stand am 1. Januar 2020, vgl. dazu oben E. 2.6 zweiter Absatz) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätig-keitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenz-gänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

**3.2** Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des geltend gemachten Gesund-heitsschadens als Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton C.\_\_\_\_\_ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in (...), Deutschland, Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2020 zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **4.**

**4.1** Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die invalid im Sinne des Gesetzes sind (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG [Stand am 1. Oktober 2019, vgl. dazu oben E. 2.6 zweiter Absatz]) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG [Stand am 1. Januar 2020, vgl. dazu oben E. 2.6 zweiter Absatz]). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer ordentlichen IV-Rente dennoch eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl.

Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL vom 4. April 2016 [KSBIL; Stand: 1. Januar 2020]; vgl. auch Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 1. Januar 2003 [RWL; Stand: 1. Januar 2020]). Die Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, auch wenn die andere Voraussetzung erfüllt ist.

Gemäss Art. 36 Abs. 2 IVG sind für die Berechnung der ordentlichen Invalidenrenten die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG, SR 831.10; Stand am 1. Januar 2020) sinngemäss anwendbar. Eine IV-spezifische Besonderheit besteht darin, dass die Mindestbeitragszeit bei Eintritt der Invalidität (Eintritt des Versicherungsfalls) geleistet sein muss (vgl. Urteil des BGer 8C\_721/2013 vom 4. März 2014 E. 4.1). Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Die Invalidität beziehungsweise der Versicherungsfall gilt erst mit der Entstehung des Rentenanspruches als eingetreten, also frühestens mit Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. BGE 138 V 475 E. 3). 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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).

**4.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7

ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Zu ergänzen bleibt, dass sich das Bundesgericht in zwei

wichtigen Leitentscheiden zur Beurteilung der invalidisierenden Wirkung psychischer Leiden geäußert hat. Es distanzierte sich im Rahmen seiner Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden von der (kurzen Episode der) Sonderrechtsprechung für Depressionen, weitete die Indikatorenprüfung der neuen «Schmerzrechtsprechung» gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Leiden aus und präziserte einige der Indikatoren (vgl. BGE 143 V 409 [= 8C\_841/2016 vom 30. November 2017] und 143 V 418 [=8C\_130/2017 vom 30. November 2017]).

**4.3** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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).

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). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und 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 – wie vorliegend – 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).

**4.4** Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nicht-erwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (vgl. Art. 28a IVG: vgl. auch nachfolgend E. 4.5.3). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 97 V 241; 125 V 146 E. 2c). Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (BGE 141 V 15 E. 3.1; 137 V 334 E. 3.2 m.w.H.).

## 4.5

**4.5.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (Urteil des BGer 9C\_462/2014 vom 16. September 2014 E. 3.2.1; BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

**4.5.2** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (Urteil des BGer 9C\_788/2019 vom 30. Januar 2020 E. 3.1.1; BGE 140 V 193; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung

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

Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2009 E. 3.3.1 in fine; I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des BGE 135 V 254]).

Das Bundesgericht hat zudem Richtlinien zur Würdigung bestimmter Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuzuerkennen – solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b.bb m.w.H.). Berichte behandelnder Haus- und Spezial-

ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc; Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

**4.5.3** Um feststellen zu können, in welchem Masse eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es in der Regel einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1; Urteile des BGer 9C\_121/2011 E. 3.1.1, 8C\_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Eine Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen im Haushalt ist von einer qualifizierten Person zu verfassen und hat in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erfolgen. Ebenso muss der Bericht plausibel und begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen

Einschränkungen sein (*statt vieler*: Urteil des EVG I 568/04 vom 16. Februar 2005 E. 4.2.1 m.H., BGE 130 V 97; vgl. für im Ausland wohnende Versicherte: Urteil des BVGer C-4121/2017 vom 20. September 2018 E. 3.7.4).

## 5.

Angefochten ist vorliegend eine Verfügung der IVSTA, in welcher der Antrag der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Rente der Invalidenversicherung abgewiesen wurde (vgl. auch oben E. 2.2).

**5.1** Hinsichtlich der vorab vorzunehmenden Prüfung, ob die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer von drei Jahren beziehungsweise 36 Monaten erfüllt ist (vgl. oben E. 4.1 erster Absatz), ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin von 1. Februar 2010 bis zum 31. Mai 2014 in der Schweiz gearbeitet hat (vgl. Arbeitgeberfragebogen [IV-act. 8]). Allerdings wurde im rechtskräftigen und damit verbindlichen Urteil C-6006/2016 in Erwägung 7.2 diesbezüglich festgehalten, dass im Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) vom 10. Juni 2014 die AHV-Beiträge der Beschwerdeführerin für den Zeitraum von Februar 2010 bis Dezember 2011 wieder vollständig ausgebucht worden seien und gemäss ergänzendem IK-Auszug vom 31. Oktober 2018 nur Einträge für den Zeitraum von Januar 2012 bis Mai 2014 (29 Monate) vermerkt seien. In den im aktuellen Verfahren C-5608/2020 vorliegenden Vor- und Beschwerdeakten sind weder die erwähnten IK-Auszüge noch solche neueren Datums vorhanden. Die Vorinstanz hat jedoch gemäss der Anweisung im Urteil C-6006/2016 weitere Abklärungen betreffend die ausländischen Versicherungszeiten der Beschwerdeführerin getätigt. Gemäss den eingeholten Unterlagen hat die Beschwerdeführerin insbesondere in Deutschland weitere Versicherungszeiten zurückgelegt (vgl. dazu IV-act. 109). Entsprechend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer im frühest möglichen Zeitpunkt der Entstehung eines allfälligen Rentenanspruches (vgl. oben E. 4.1 zweiter Absatz), welcher der 1. Dezember 2014 ist (vgl. dazu nachfolgend E. 5.2), mit einer Beitragszeit von mindestens 29 Monaten in der Schweiz und den anrechenbaren ausländischen Beitragszeiten zweifelsfrei erfüllt, wovon im Übrigen auch die Vorinstanz ausgeht (vgl. dazu IV-act. 125 S. 2).

**5.2** Die Beschwerdeführerin macht vorliegend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Dezember 2013 geltend. Unter Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. oben E. 4.1 zweiter Absatz) könnte der Versiche-

rungsfall damit frühestens im Dezember 2014 eingetreten sein. Ein Rentenanspruch entsteht zudem gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin ein vom 23. Mai 2014 datierendes Anmeldeformular eingereicht, welches am 2. Juni 2014 – und damit rechtzeitig vor Anspruchsbeginn – bei der IV-Stelle eingegangen ist (vgl. IV-act. 1). Demnach könnte der Beschwerdeführerin zusammenfassend frühestens ab Dezember 2014 unter der Bedingung, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. oben E. 4.3), eine IV-Rente ausgerichtet werden.

**5.3** Im Zusammenhang mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2020 (IV-act. 124 = B-act. 1 Beilage 3) stützte sich die Vorinstanz betreffend den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf ihre Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in erster Linie auf das – mit Urteil C-6006/2016 geforderte (vgl. oben Bst. B.h) – polydisziplinäre E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Mai 2020 (IV-act. 112) und die diesbezügliche Stellungnahme des RAD (IV-act. 125 S. 7 f.). Entsprechend ist anhand dieser medizinischen Akten zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat beziehungsweise ob die materiellen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. oben E. 4.3).

**5.3.1** Das unter der Fallführung von Dr. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte interdisziplinäre Gutachten der E. \_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2020 (IV-act. 112) umfasst die Teilgutachten in den Fachbereichen Allgemeinmedizin (Untersuchung vom 6. Februar 2020 durch Dr. H. \_\_\_\_\_), Angiologie (Untersuchung vom 3. Februar 2020 durch Dr. I. \_\_\_\_\_), Neurologie (Untersuchung vom 6. Februar 2020 durch Dr. J. \_\_\_\_\_), Rheumatologie (Untersuchung vom 8. Februar 2020 durch Dr. K. \_\_\_\_\_) und Psychiatrie (Untersuchung vom 8. Februar 2020 durch Dr. G. \_\_\_\_\_). Insgesamt stellten die verschiedenen Fachgutachter/innen in der Konsensbeurteilung keine Diagnosen mit Einfluss auf die angestammte Tätigkeit und hielten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 112 S. 12 f.):

- Aktuell keine Hinweise für ein Raynaud-Phänomen mit/bei aktenkundig mehrfach beschriebener Raynaud-Symptomatik: Keine Hinweise für eine manifeste organische Mikroangiopathie in der Kapillarmikroskopie, Duplexsonographisch keine Hinweise für entzündliche Gefässwandveränderungen im Rahmen einer Vaskulitis, kein Anhalt für eine

relevante Perfusionsstörung der oberen und unteren Extremitäten beidseits (Herleitung: Aktendaten, Anamnese, angiologische Untersuchung, Labor)

- Hypothyreose unter Substitution (Herleitung: Anamnese, Labor)
- Verdacht auf Raynaud-Syndrom in der hiesigen Untersuchung ohne objektiven Störungsbefund unter Raumluft (Herleitung: Aktendaten, Anamnese, rheumatologischer Befund)
- Verdacht auf Enchondrom Mittelphalanx D5 links (Anamnese, rheumatologischer Befund)
- Untergewicht (Herleitung: BMI-Bestimmung)
- Degenerative Wirbelsäulenveränderungen insbesondere im lumbosakralen Übergang ohne klinisches Korrelat und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Herleitung: Anamnese, MRI, rheumatologischer Befund)

Einleitend hielten die Gutachter/innen fest, dass sich in den hiesigen objektiven Untersuchungen keine Befunde mit behinderndem Effekt in der angestammten Tätigkeit gezeigt hätten. Die Beschwerdeführerin sei zudem bereits mit einem Teilpensum in einer körperlich leichten Arbeit in geschlossenen Räumen tätig. Die Befunde würden dafür sprechen, dass diese Tätigkeit auch vollschichtig ausgeübt werden könnte. Ein Raynaud-Syndrom könne in einer derartigen Tätigkeit nicht namhaft zum Tragen kommen. Auch hätten sich keine namhaften klinischen Gelenks- oder spinale Pathologien gefunden. Anamnestisch bestehe zudem eine Alltags-selbstständigkeit, Selbstversorgung und rege soziale Aktivität sowie eine Arbeitstätigkeit in einem Teilpensum, was insgesamt für eine Arbeitsfähigkeit und gegen eine namhafte Limitation durch ein Raynaud-Syndrom spreche. Für die reklamierte hohe Schmerzintensität habe sich in den erhobenen Befunden kein hinreichendes Korrelat gefunden. Die aktenkundige Einschätzung seitens Dr. L. \_\_\_\_\_ sei also zu teilen (S. 7 f.).

Die Einschätzung von Dr. M. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie) der Universität R. \_\_\_\_\_ vom 9. September 2016 (vgl. IV-act. 70 S. 8 ff. = 87 S. 16 ff.) betreffend eine bestehende Arbeitsunfähigkeit bezüglich der bisherigen und der angepassten beruflichen Tätigkeiten lasse sich zumindest hinsichtlich der jetzigen Tätigkeit und vergleichbarer Arbeiten nicht teilen, da es sich um eine Tätigkeit in geschlossenen Räumen einer medizinischen Einrichtung handle, die zudem ohne Exposition mit Nässe oder Kälte einhergehe (Ernährungsberatung). Zudem hätten sich in den hiesigen Befunden keine Folgeschäden eines Raynaud-Syndroms feststellen lassen.

Die in der Folge gestellten psychiatrischen Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie H.a. somatoforme Schmerzanteile (F45.41, F45.40) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit innerer Unruhe (F33.1, R45.0) durch Dr. N. \_\_\_\_\_ des Universitätsklinikums R. \_\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 87 S. 32 ff. = 90 S. 9 ff. = 90 S. 19 ff. = B-act. 1 Beilage 7) würden sich nicht bestätigen lassen, zumindest liege angesichts des jetzigen Befunds keine dauerhafte (invalidisierende) depressive Störung vor. Auch würden sich die beschriebenen somatischen Befunde angesichts der hier zu erhebenden guten spontanen Mobilität nicht (zumindest nicht mehr) nachzeichnen lassen. Eine erhebliche somatische Beeinträchtigung sei auch unter Berücksichtigung der Indikatoren (rege Alltagsaktivität) nicht plausibel. Die hausärztliche Einschätzung durch Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2019 (vgl. IV-act. 90 S. 3), wonach eine Tätigkeit von mehr als 50 % wie früher unwahrscheinlich sei, enthalte keine nähere Begründung und lasse sich versicherungsmedizinisch ebenfalls nicht teilen (S. 8 ff.).

Entsprechend attestierten die Gutachter/innen der Beschwerdeführerin in allen Disziplinen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin und in angepasster Tätigkeit (S. 14).

**5.3.2** Im internistischen Teilgutachten stellte Dr. H. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe kein Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende internistische Diagnose (IV-act. 112 S. 69). Als Befund hielt er insbesondere fest, es präsentiere sich eine 51-jährige, altersentsprechend wirkende Frau in gut trainiert wirkendem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand. Ausserdem habe die Versicherte während der 90-minütigen Begutachtung nicht schmerzgeplagt oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt, was eine Diskrepanz zur anamnestischen Schmerzangabe darstelle (S. 67).

Zudem führte er in der versicherungsmedizinischen Beurteilung insbesondere aus, der erhobene internistische Befund zeige die kardiale und pulmonale Befunderhebung vor und nach einer zügig im Laufen durchgeführten Belastungsphase wie auch den arteriellen Gefässstatus palpatorisch unauffällig, die Hände und Füße unauffällig koloriert und warm, die Blutdruckmessungen hätten normotone Werte gezeigt. Nach jetzigem Kenntnisstand ergebe sich aus dem hiesigen Befund keine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Die Labordiagnostik habe neben einem gering erniedrigten Wert des Kreatinins im Spon-

tanurin, dem als Bezugsmessgrösse per se sonst keine weitere pathophysiologische Bedeutung zukomme, internistisch relevant unauffällige Laborwerte gezeigt. Die eigenberichtete Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, die Haushaltsbesorgungen vollständig selbständig zu besorgen, mit aktuell einem 50 %-Pensum als angestellte Ernährungsberaterin in einer deutschen Klinik zu arbeiten, die Hobbies Lesen und Lernen zu pflegen, täglich Sport zu treiben oder spazieren zu gehen, ihre Besorgungen zu Fuss zu erledigen und im Oktober 2019 eine Urlaubsreise mit dem Flugzeug nach Teneriffa zu unternehmen, würden für erhaltene Ressourcen sprechen (S. 70 f.).

In der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität hielt der Gutachter fest, für die anamnestisch reklamierte hohe Schmerzintensität habe im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat bestanden. Die Versicherte sei während der internistischen Begutachtung stets attent und aufmerksam gewesen, Hinweise für die anamnestisch reklamierten Beschwerden einer Erschöpfung, Müdigkeit oder Konzentrationsstörungen hätten sich nicht gezeigt (S. 73).

Die Beschwerdeführerin sei in angestammter Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 74), eine Anpassung der Tätigkeit sei aus internistischer Sicht nicht erforderlich (S. 75). Eigenberichtet würden sämtliche Haushaltsbesorgungen, wie beispielsweise Kochen, Waschen der Wäsche, Reinigen der Wohnung und Einkaufen vollständig alleine erledigt. Hinweise für eine Einschränkung würden sich anamnestisch und anhand des hiesigen Befunds mithin nicht ergeben (S. 76).

**5.3.3** Dr. I. \_\_\_\_\_ stellte im angiologischen Teilgutachten die Diagnose einer Hypothyreose unter Substitution und hielt ansonsten fest, dass aktuell keine Hinweise für ein Raynaud-Phänomen mit/bei aktenkundig mehrfach beschriebener Raynaud-Symptomatik und auch keine Hinweise für eine rheumatologische Grunderkrankung bestünden. Die von der Versicherten geschilderten Beschwerden könnten nicht auf eine vaskuläre Ursache zurückgeführt werden. Insbesondere habe auch nach mehrfachem Nachfragen ein Raynaud-Phänomen mit typischer Tricolore-Symptomatik nicht erfasst werden können. Auch während der Konsultation habe klinisch kein Raynaud-Phänomen festgestellt werden können, obwohl die Versicherte zu dem Zeitpunkt Raynaud-Attacken angegeben habe. Die nichtinvasiven angiologischen Untersuchungsbefunde hätten bei Raumluft eine sehr gute Perfusion sowohl der oberen und unteren Extremitäten inklusive der Finger und der Zehen beidseits gezeigt. In der Kapillarmikroskopie

habe eine leichte Kapillarektasie festgestellt werden können ohne Hinweise für manifeste Veränderungen im Rahmen einer organischen Mikroangiopathie. Zusammenfassend habe keine Perfusionsstörung festgestellt werden können, insbesondere gebe es auch keine Hinweise für entzündliche Gefäßwandveränderungen (IV-act. 112 S. 129). Als Befund hielt die Gutachterin insbesondere fest, die Versicherte sei in gutem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand. Es bestünden keine Ödeme, keine offenen Läsionen und keine Ulzerationen an den Fingern oder an den Zehen. Die Versicherte habe warme Hände und warme Vorfüsse beidseits. Es bestünden keine Hinweise für ein Raynaud-Phänomen (S. 127 f.).

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte sie zudem aus, die 51-jährige Versicherte habe unklare Schmerzen in den Händen und in den Füßen seit 2012 mit subjektiver Progredienz der Beschwerden. Weder laborchemisch noch in der Kapillarmikroskopie hätten in den letzten Jahren pathologische Befunde erhoben werden können. Ein Raynaud-Phänomen sei seit 2012 angenommen worden bei gelegentlich geringer Minderperfusion der Finger und der Zehen. Die Versicherte sei zunächst als Haartransplantationstechnikerin tätig gewesen und nun aktuell zu 50 % als Ernährungsberaterin. Es habe nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Haushalt bestehe anamnestisch keine Einschränkung (S. 130).

Bei der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität wurde festgehalten, die beklagten Symptome hätten nicht auf eine vaskuläre Ursache zurückgeführt werden können bei unauffälligen Untersuchungsergebnissen (S. 131).

In angestammter Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 131), eine Anpassung der Tätigkeit sei aus angiologischer Sicht nicht erforderlich (S. 132). Auch im Haushalt liege keine Einschränkung vor (S. 133).

**5.3.4** Im neurologischen Teilgutachten stellte Dr. J. \_\_\_\_\_ fest, dass kein Anhalt bestehe für eine die Arbeitsfähigkeit limitierende Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die Versicherte habe einen Ganzkörperschmerz mit Ausstrahlung von beiden Händen bis in beide Schultern sowie von beiden Füßen bis in beide Knie vorgetragen. Zudem leide sie seit mehreren Jahren an zunehmender Konzentrations- und Gedächtnisstörung. Die Schmerzausprägung sei erheblich und sei mit einem

Maximum von 9-10/10 auf der NAS angegeben worden. Einer regelmässigen täglichen analgetischen Medikation bedürfe die Versicherte nicht, Zolpidem nehme sie nur an Abenden eines bevorstehenden Arbeitstages ein. Ein Schmerzkalender sei nicht vorgelegt worden. Im erhobenen neurologischen Befund hätten sich keine Hinweise auf ein namhaft radikuläres Defizit ergeben, weder zervikal noch lumbal (kein muskulärer Hartspann, keine radikuläre Schmerzfortleitung). Es habe eine vollständig freie Beweglichkeit des Kopfes und der Halswirbelsäule vorgelegen. Auch die Lendenwirbelsäule habe sich nicht eingeschränkt beweglich und ohne Hinweise auf Nervendehnungszeichen gezeigt. Die anamnestisch angegebenen sensiblen Störungen hätten sich im Befund nicht nachzeichnen lassen, insbesondere habe sich kein dermatomartig verteiltes sensibles Störungsmuster gezeigt. Der klinische Befund habe zudem seitengleich auslösbare Dehnungsreflexe für L5-S1 ergeben, die Reflexe TPR und ASR seien dabei im Niveau nicht reduziert oder gesteigert gewesen. Das Zeichen nach Lasègue sei beidseits negativ gewesen. Hinweise auf muskuläre Atrophien hätten sich bei symmetrisch ausgebildetem Muskelrelief nicht ergeben. Die erhaltenen Kennreflexe würden zudem gegen eine namenhafte substanzielle Wurzelläsion sprechen, da die Kennreflexe für den sensibelsten Parameter einer strukturellen Spinalwurzelläsion gelten würden. Die bildmorphologischen Hinweise auf eine «mögliche Reizung der Nervenwurzel S1 beidseits», wie sie im MRI der gesamten Wirbelsäule vom 24. Februar 2020 beschrieben würden, seien nur dann sinnvoll bewertbar, wenn auch ein eindeutiges klinisches Korrelat vorliege, was befundgestützt bei erhaltenem ASR und negativem Zeichen nach Lasègue beidseits unwahrscheinlich sei. Der bildmorphologische Befund des MRI der gesamten Wirbelsäule vom 24. Februar 2020 habe auch zervikal keinen Hinweis auf eigenständig behinderungsrelevante Veränderungen gegeben. Hinweise auf traumabedingte Veränderungen der HWS als Folge des PKW-Unfalls 2017 hätten sich weder bildmorphologisch noch klinisch gezeigt. Die angegebenen Schmerzen seien somit neurologisch nicht erklärt. Ein Anhalt für eine namhafte Störung von Kognition oder Vigilanz habe sich im erhobenen neurologischen Befund ebenfalls nicht ergeben. In der neurologischen Untersuchung sei die Versicherte wach, attent, eloquent, mnestic und in der Auffassung sicher gewesen und sei im Verlauf nicht ermüdet. Die kernspintomographische Untersuchung des Schädels vom 20. Februar 2020 habe keine Hinweise auf ein morphologisches Korrelat der reklamierten Störungen ergeben. Zusammenfassend ergebe sich somit kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit in der letzten oder einer anderen Tätigkeit namhaft mindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Für die reklamierte hohe Schmerzintensität (Maximum NAS 9/10)

habe sich kein ausreichendes Korrelat gefunden (IV-act. 112 S. 190 f.).

In angestammter Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, eine Anpassung der Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht notwendig (S. 196). Auch im Haushalt bestehe kein Anhalt für namhafte Einschränkungen (S. 198).

**5.3.5** Dr. K. \_\_\_\_\_ stellte im rheumatologischen Teilgutachten die Diagnosen Verdacht auf Raynaud-Syndrom (in der hiesigen Untersuchung ohne objektiven Störungsbefund unter Raumluft), Verdacht auf Enchondrom Mittelphalanx D5 links, Untergewicht und degenerative Wirbelsäulenveränderungen ohne klinisches Korrelat und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Er führte dazu aus, die Versicherte reklamiere Schmerzen in den Fingern und Händen mit Ausstrahlung in den Schulter-/Nackebereich beidseits sowie Schmerzen in den Zehen und Füßen. Ebenso beklage die Versicherte Bauchschmerzen und Rückenschmerzen bei bekannter Skoliose und Bandscheibenschäden der unteren Wirbelsäule. In der vorgenommenen Untersuchung habe die Versicherte nicht namhaft schmerzlimitiert gewirkt. Die spontane Beweglichkeit sei frei und ungehindert gewesen. Während der Anamneseerhebung sei die Versicherte ruhig, in entspannter Sitzposition mit übereinandergeschlagenen Beinen gesessen. Das An- und Auskleiden sei im Stehen flüssig, unter wechselseitiger Einbeinbelastung ohne Abstützen am Mobiliar dargeboten worden. Verrichtungen über die Horizontale seien uneingeschränkt ausgeführt worden. Sämtliche Gangvarianten habe die Versicherte flüssig und ohne Einschränkungen darbieten können. Während der hiesigen Untersuchung hätten sich hinsichtlich des aktenkundig berichteten Raynaud-Syndroms keine lividen Verfärbungen der Akren der oberen und unteren Extremität gezeigt. Die Rekapillarisierung sei bei lackierten Finger- und Fußnägeln nicht verifizierbar gewesen. Sekundärschäden mit typischen Hautveränderungen oder Nekrosen hätten sich weder an den Fingern noch an den Zehen nachweisen lassen. Die grobe Kraft geprüft im gekreuzten Handgriff sei beidseits ordentlich gewesen. Die von der Versicherten beklagte Kraftlosigkeit in den Händen und der oberen Extremität beidseits könne nicht bestätigt werden. In der hiesigen Untersuchung sei die Beweglichkeit der oberen Extremitäten frei und nicht namhaft limitiert gewesen. Der Faustschluss sei beidseits komplett. In der Umfangsmessung hätten seitengleiche Umfangsmasse ohne Hinweis für eine seitendifferente Muskulatur bestanden, mithin ohne Zeichen einer Minderinnervation. Die Funktionsuntersuchung der Wirbelsäule habe keine wesentlichen Funktionsein-

schränkungen gezeigt. Die Beweglichkeit der LWS sei frei ausgeführt worden mit einem Finger-Boden-Abstand (FBA) von 3 cm. Namhafte schmerzlimitierende Bewegungseinschränkungen hätten nicht bestanden. In der hiesigen radiologischen Diagnostik der Wirbelsäule habe in Höhe BWK2/3 ein geringer degenerativer Verschleiss mit einer Diskusextrusion und leichter Pelottierung des Duralschlauches von ventral bestanden. Im lumbosakralen Übergang habe eine breitbasige Diskusprotrusion mit bilateral mässig schweren rezessalen Engen und möglicher Reizung der Nervenwurzel S1 beidseits bestanden. Die radiologisch beschriebenen degenerativen Veränderungen seien alterstypisch und ohne epidemiologisch belegten eigenständigen Krankheitswert. Ein radikuläres Schmerzprojektionsmuster oder ein sensibles Störungsmuster habe sich nicht ableiten lassen, auch keine umschriebenen Paresen. Die von der Versicherten reklamierten Schmerzwerte auf der Numerischen Rating-Skala (NRS) von 1-10 bei Bewegung mit 2 bis 4 und unter Belastung zwischen 5 und 6 würden nicht mit der hier weitgehend schmerzfremen und ungehinderten spontanen Mobilität korrelieren. Aus rheumatologischer Sicht erscheine anhand der Anamnese und des vorliegenden Aktenmaterials ein Raynaud-Syndrom als möglich, in der hiesigen Untersuchung bei Raumluft hätten keine Raynaud-Störungszeichen vorgelegen. In der Untersuchung habe sich zudem kein ausreichendes Korrelat der reklamierten Beschwerden in den Händen, Füßen und der Wirbelsäule ergeben. Die spontane Beweglichkeit sei frei und uneingeschränkt gewesen. Die Höhe der angegebenen Schmerzen auf der NRS von 5 bis 6 unter Belastung korreliere nicht mit der freien Beweglichkeit. Zudem gebe die Versicherte an, keine Schmerzmittel einzunehmen (IV-act. 112 S. 254-257).

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er aus, in der Zusammenschau der erhobenen Befunde würden sich keine Hinweise auf eine behinderungsrelevante rheumatologische Grunderkrankung ergeben. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Aktendokumente, dem hiesigen klinischen Befund und der radiologischen Diagnostik erscheine aus rheumatologischer Sicht ein Raynaud-Syndrom als möglich. Die geklagte Beschwerdesymptomatik in den Händen, der Wirbelsäule und den Füßen sei dabei jedoch nicht ausreichend eindeutig auf die Raynaud-Symptomatik zurückzuführen, zumal in der hiesigen Untersuchung unter Raumluft keine Störungszeichen bestanden hätten. Die multiplen Beschwerden der grossen und kleinen Gelenke, welche sich im Verlauf über den ganzen Körper ausgebreitet hätten, würden sich rheumatologisch nicht begründen lassen (S. 259 f.).

Bei der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität hielt der Gutachter erneut fest, in der Untersuchung ohne nachweisbare Raynaud-Symptomatik unter Raumluft ergebe sich für die reklamierten Beschwerden in den Händen und Füßen sowie im Bereich der Wirbelsäule kein ausreichendes Korrelat. Die berichtete rege Alltagsaktivität sei mit einem erheblich beeinträchtigenden Raynaud-Syndrom zudem nicht in Einklang zu bringen. Die Versicherte sei sozial gut integriert, sei selbstständig, selbstversorgend und aktiv. Sämtliche Hausarbeiten würden eigenständig verrichtet. Die subjektiven Beschwerden seien also überwindbar (S. 261).

In angestammter Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, eine Anpassung der Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht nicht erforderlich. Prophylaktisch sollten jedoch Arbeiten verbunden mit Kälteexposition vermieden werden (S. 262 f.). Ausserdem sei eine erhebliche Limitierung im Haushalt nicht wahrscheinlich (S. 265).

**5.3.6** Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. G. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe kein Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 112 S. 328). Als Befund hielt sie fest, die Versicherte erscheine in der sozialen Interaktion unauffällig und angemessen. In der Exploration habe es keine Hinweise auf verminderte Kooperation oder Motivation gegeben. Die Versicherte habe ruhig und ausgeglichen gewirkt. Sie sei zudem gepflegt gekleidet und wirke altersentsprechend sowie im Gespräch ruhig und gelassen. Sie berichte mit ausreichender Sprachproduktion ohne Antwortlatenzen, die Sprachmelodie sei lebhaft und Mimik sowie Gestik würden unbeeinträchtigt wirken. Der Rapport sei geordnet und im Gespräch werde Augenkontakt gehalten. Insgesamt bestehe kein psychisch erheblich beeinträchtigter Eindruck. Auch bestehe kein Anhalt für qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen und die Versicherte sei voll orientiert. Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig, das formale Denken geordnet, in angemessener Geschwindigkeit und auf das Wesentliche beschränkt. Es bestehe keine Grübelneigung. Ängste und Befürchtungen würden nicht vorliegen und ein Vermeidungsverhalten sei nicht zu eruieren. Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen würden nicht bestehen, ausserdem würden keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen vorliegen. Es würden sich auch keine Hinweise für das Vorliegen von Halluzinationen finden. Die Stimmung der Versicherten wirke euthym und affektiv gut schwingungsfähig. Die Auslenkung zum positiven Pol gelinge. Der Antrieb wirke unauffällig und es würden sich keine psychomotorischen Auffälligkeiten zeigen. Die neuropsychologische Zu-

satzdiagnostik habe zudem zusammenfassend mehrheitlich normale Testergebnisse erbracht. Unterdurchschnittliche Ergebnisse hätten sich in den Bereichen der intrinsischen Alertness, des Arbeitsgedächtnisses sowie des logischen Denkens gezeigt. Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe keine Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsmotivation erbracht. Das Instruktionsverständnis und die Umstellfähigkeit seien ausreichend gegeben gewesen. Die Frustrationstoleranz sei gut gegeben. Es hätten sich keine Ermüdungserscheinungen gezeigt und Pausen seien nicht reklamiert worden. Die Arbeitsrichtung bei Papier/Bleistift-Aufgaben sei regelrecht, die visuelle Exploration systematisch. In Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung ergebe sich gemäss dem kausalitätsunabhängigen Beurteilungssystem nach Frei et al. der Verdacht auf eine minimale neuropsychologische Störung (S. 319-327).

Im Rahmen der Diagnose führte die Gutachterin zudem aus, die Versicherte berichte vorrangig Schmerzen in beiden Händen und Armen mit Visuelle Analogskala (VAS) Stärke 8, in den Füßen VAS 5, bei Kälte und Nässe, im Sommer und in Wärme Absinken auf VAS 2. Es sei ein Morbus Raynaud diagnostiziert worden. Eine höhergradige psychische Beeinträchtigung komme nicht zum Vortrag und sei auch in der vertiefenden Exploration nicht herauszuarbeiten. Erwähnenswert sei sicher eine nicht unerhebliche Belastung durch die Ehe mit einem «Messie», Erziehung von zwei kleinen Kindern, alleinige Bewältigung des Haushaltes, tägliches Pendeln von (...) nach (...) und Arbeit an einem feuchten kalten Arbeitsplatz in der Vergangenheit. Dies habe sie nach eigenen Angaben belastet, allerdings nicht in einem Ausmass, das aus Sicht der Versicherten eine (medikamentöse) psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erforderlich gemacht hätte. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund seien keine erheblichen Auffälligkeiten zu objektivieren. Insbesondere Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit würden nicht namhaft gestört imponieren. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlender Achsensymptomatik nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren. Auch für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung würde sich kein Anhalt finden: Eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung sei nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlen würden. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Es bestehe aktuell auch kein namhaft schmerzgeplagter

Eindruck (trotz Schmerzangabe VAS 8). Eine ICD-10-konforme Diagnosestellung sei somit auch hier nicht möglich. Vergleiche man die aktuell erhobenen Befunde mit den aktenkundigen Vorunterlagen, so sei seitens des Universitätsklinikums R. \_\_\_\_\_ im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung im September 2014 unter anderem die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), einer leichten depressiven Episode (F32.0) sowie eines Burnout-Erschöpfungssyndroms (Z73) gestellt worden. Die parallel gestellten Diagnosen F32.0/Z73 und F45.41 seien bereits nicht ICD-10-konform, da das ICD-10 Regelwerk eine Stellung von jedweden F45.4-Diagnosen bei Stellung einer affektiven Diagnose (hier F32.0 und zudem Z73) explizit ausschliesse. Hier sei also der irreleitende Eindruck einer Polymorbidität vermittelt worden. Angesichts des jetzigen psychiatrischen Befunds nach AMDP liege auch keine namhafte depressive Störung mehr vor und die oben ausgeführte Prüfung der ICD-10-Achsenkriterien einer F45.4-Diagnose würden nicht zutreffen. Es könne hier also allenfalls eine nunmehr remittierte, vorangehend berichtete Depression, mithin keine invalidisierende depressive Störung angenommen werden. Eine aktenkundig empfohlene ambulante Psychotherapie habe nie stattgefunden, ebenfalls keine stationäre psychosomatische Behandlung. Beides spreche gegen einen erheblichen Leidensdruck. Es sei 2015 nochmals der Verdacht auf einen Somatisierungsstörungsanteil bei anamnestisch chronischer Schmerzstörung und Analgetikaabusus im Rahmen eines psychosomatischen Konsils geäußert worden. Ein Analgetikaabusus liege zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Schmerzstörung seien auch weiterhin nicht erfüllt. Auch die von Herrn O. \_\_\_\_\_, Arzt für psychosomatische Medizin, im April 2015 nochmals gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) lasse sich nicht bestätigen. Allein aus der Tatsache, dass sich für eine reklamierte Schmerzsymptomatik kein organ-pathologischer Befund erheben lasse, könne die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung nicht abgeleitet werden. Letztere sei keine Restverwertungskategorie somatisch unverständener Schmerzangaben, sondern entsprechend den ICD-10-Vorgaben definiert und zu prüfen. Der psychiatrische Befund werde von O. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen als unauffällig beschrieben, mit Ausnahme einer auf Schmerzen und Erschöpfung konzentrierten Versicherten. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. P. \_\_\_\_\_, habe die Versicherte gutachterlich im März 2016 untersucht und führe diagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und eine Neurasthenie (F48.0) an, sehe diese Diagnosen allerdings nicht in ei-

nem Zusammenhang mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte berichte auch aktuell über eine rasche Erschöpfbarkeit, aus subjektiven Klagen würden sich jedoch keine objektiven Einschränkungen ableiten lassen. Somit sei auch im jetzigen Zeitpunkt, auch wenn der damaligen diagnostischen Einschätzung nicht mehr gefolgt werde, auf psychiatrischem Fachgebiet weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % sowohl für die angestammte als auch eine Verweistätigkeit auszugehen. Gleiches gelte schlussendlich auch für die Einschätzung aus dem interdisziplinären Schmerzzentrum des Universitätsklinikums R.\_\_\_\_\_ vom April 2019. Hier werde auf zahlreiche psychosoziale Faktoren verwiesen. Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erhalte der Bericht nicht, der Empfehlung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung könne aus aktueller gutachterlicher Sicht gefolgt werden. Der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, könne angesichts des jetzigen Befunds nicht (mehr) gefolgt werden. Eine wesentliche Belastung lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt weder durch die Erziehung der Kinder noch im Zusammenhang mit dem Ex-Partner (der sie in der Erziehung der Kinder unterstütze) noch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit (die Versicherte arbeite mit 50 % Pensum als Ernährungsberaterin in einer Klinik für krebserkrankte Patienten) erkennen. Die zum damaligen Zeitpunkt empfohlene ambulante Psychotherapie sei von der Versicherten auch jetzt nicht aufgenommen worden, dies spreche gegen einen erheblichen Leidensdruck seitens der Versicherten (S. 328-331).

Bei der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität hielt die Gutachterin fest, die Versicherte habe nicht namhaft schmerzgeplagt gewirkt (S. 332).

In angestammter Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, eine Anpassung der Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht erforderlich. Auch im Haushalt bestehe keine Einschränkung (S. 332-335).

**5.3.7** RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_ beurteilte das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten am 14. Mai 2020 als umfassend, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruhend, unter Berücksichtigung der beklagten Leiden der versicherten Person entstanden und sich mit dem Verhalten der versicherten Person auseinandersetzend. Ausserdem beruhe das Gutachten auf einer vollständigen Aktenlage, sei medizinisch nachvollziehbar und in den Schlussfolgerungen plausibel. Die anderen ärztlichen Einschätzungen seien diskutiert und begründet worden. Die Indikatoren gemäss BGE 141 V 261 [recte: BGE 141 V 281] seien aufgeführt. Das Gutachten erfülle daher die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich, prüfe die Indikatoren und

es könne deshalb darauf abgestellt werden. Bei der versicherten Person bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden und es bestehe 100 % Arbeitsfähigkeit für die letzte Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin (IV-act. 125 S. 7 f.).

**5.4** Die Parteien äussern sich zum polydisziplinären Gutachten beziehungsweise zu den einzelnen Teilgutachten, gestützt auf welches beziehungsweise welche der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente von der Vorinstanz verneint worden war, wie folgt:

**5.4.1** Die Beschwerdeführerin bringt beschwerdeweise insbesondere vor, sie leide an einem sehr ausgeprägten und schmerzhaften primären Raynaud-Syndrom. Ausserdem würden seit Jahren auch lumbale Rückenschmerzen als Folge eines degenerativen LWS-Syndroms mit Spondylarthrose und Osteochondrose sowie lumbosakraler Bandscheibendegeneration bestehen. Ihr grösstes Problem seien die anhaltenden und starken Schmerzen beim geringsten Anzeichen von Kälte und Stress. Aufgrund der Schmerzen sei sie immer müde und erschöpft, was zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit führe (vgl. B-act. 1 Ziff. B-D [Begründung]).

Die Begutachtung in der Schweiz sei «korrekt» durchgeführt worden, jedoch ohne tiefere Details zu erreichen. Bei der ersten internistischen Untersuchung vom 6. Februar 2020 beispielsweise habe sie aufgrund der Kälte draussen solche Schmerzen gehabt, dass sie kaum habe sprechen können und sie sei sehr unkonzentriert gewesen. Sie habe versucht, dem Arzt zu erklären, dass es ihr nicht gut gehe, aber er habe ihr in einem kalten Ton gesagt, dass sie nur auf das antworten solle, was er sie frage und sonst nichts. Hinsichtlich der angiologischen Untersuchung rügt die Beschwerdeführerin, dass kein Kälteprovokationstest durchgeführt worden sei. Sie habe nicht die spezifische trikolore Verfärbung der Finger, aber ihre Hände würden sehr blass und sie habe alle anderen spezifischen Symptome bei Kälteunverträglichkeit sehr ausgeprägt. Es reiche aus, etwas kalten Wind im Gesicht zu spüren und das löse bereits Schmerzen aus. In der Uniklinik R.\_\_\_\_\_ habe sie nach einer Minute abbrechen müssen, weil die Schmerzen (aufgrund der Kälteprovokation mit Eiswasser, vgl. IV-act. 36 S. 10 f.) so stark gewesen seien. Im Übrigen müsste die Ärztin wissen, dass es auch unspezifische Raynaud-Syndrome gebe. Betreffend die neurologische Untersuchung bringt sie vor, dass es ihr nach den Tests, welche sehr anstrengend gewesen seien, sehr schlecht gegangen sei und sie nicht mit dem Zug habe nach Hause fahren können. Doch im Gutachten werde

ihre starke Erschöpfung mit keinem Wort erwähnt. Die psychiatrische Untersuchung bei der Fallführerin sei eigentlich nur eine nette Konversation gewesen. Es sei gar nicht über ihre Schmerzen gesprochen worden (vgl. B-act. 1 Ziff. D1-D4 [Begründung]).

Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin führt die Beschwerdeführerin unter anderem aus, die Transplantate würden permanent in einer auf 4 Grad Celsius gekühlten physiologischen Lösung gelagert. Bei der Bearbeitung unter dem Mikroskop müssten sie stets feucht gehalten werden. Feucht halten bedeute, dass die Umgebung noch kühler sei. Sie empfinde alles unter 17 Grad Celsius als sehr kalt und es würden Schmerzen ausgelöst. Die Transplantate würden zudem mit Eis gekühlt. Diese Arbeit sei für ihre schwere Symptomatik nicht angepasst, doch die Angiologin habe sich nicht die Mühe gemacht zu recherchieren (vgl. B-act. 1 Ziff. D2 [Begründung]).

Was ihre aktuelle Tätigkeit betrifft, ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, dass diese nicht als leicht einzustufen sei. Es sei gut, dass sie in der Wärme sei und die Hände nicht benutzen müsse. Aber die Tätigkeit sei verbunden mit einer starken psychischen Belastung, da sie in einer Klinik für Krebskranke als Ernährungsberaterin arbeite. In den Herbst- und Wintermonaten sei es für sie daher nicht möglich, zu 100 % zu arbeiten, da sie dann ohnehin schon aufs äusserste erschöpft sei aufgrund der Schmerzen. Es sei ihr mehrmals passiert, dass sie wegen zu starker Schmerzen plötzlich rumänisch mit den Patienten gesprochen habe (vgl. B-act. 1 Ziff. D6 [Begründung]).

In Bezug auf den Haushalt macht die Beschwerdeführerin geltend, es gebe jede Menge im Haus zu tun. Sie könne sich mit ihrem Lohn keine Aushilfe leisten. Aber zu Hause könne sie sich jederzeit hinlegen, wenn sie zu erschöpft sei und starke Schmerzen habe, niemand übe Druck auf sie aus. Bei ihrer Tätigkeit als Ernährungsberaterin falle es ihr jedoch sehr schwer, 8 Stunden pro Tag durchzuhalten (vgl. B-act. 1 Ziff. E [Begründung]).

Sie leide sehr unter ihren Schmerzen und sei daher zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. B-act. 1 Ziff. H [Begründung]).

Neben dem Geld der IV, welches ihr zustehe, bittet die Beschwerdeführerin um eine Entschädigung für all die schweren Jahre ohne Unterstützung, welche ihre Krankheit noch mehr verschärft hätten, insofern als sie am Ende ihrer Kräfte sei (vgl. B-act. 1 Ziff. I [Begründung]).

**5.4.2** Mit unaufgeforderter Eingabe reichte die Beschwerdeführerin ergänzend zu ihrer Beschwerde den Entlassungsbericht der Klinik Q. \_\_\_\_\_, Akutklinik zur Behandlung von Allergien, Haut- und Umwelterkrankungen, vom 10. Februar 2021 hinsichtlich ihres stationären Aufenthalts vom 12. Januar bis 2. Februar 2021 ein. Gleichzeitig macht sie geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich noch mehr verschlechtert. Mit Beginn des Herbstes habe sie wieder grosse Schmerzen und ihre Erschöpfung ein extremes Stadium erreicht. Gleichzeitig könne sie nicht essen ohne Bauchschmerzen und Blähungen (vgl. B-act. 9).

**5.4.3** Die Vorinstanz äussert sich in der Vernehmlassung dahingehend, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen sei (vgl. B-act. 10). Die von der Vorinstanz einbezogene kantonale IV-Stelle teilte mit, es werde am Entscheid, welcher auf dem E. \_\_\_\_\_-Gutachten und den Stellungnahmen der RAD-Ärzte beruhe, festgehalten (vgl. B-act. 10 Beilage 1).

Auch in der ergänzenden Stellungnahme hält die Vorinstanz an ihren Anträgen fest (vgl. B-act. 12).

**5.4.4** In ihrer Replik bringt die ab diesem Zeitpunkt anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin vor, ihre Erwerbsfähigkeit sei seit vielen Jahren massiv eingeschränkt insbesondere aufgrund eines Raynaud-Syndroms, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, eines chronischen Erschöpfungssyndroms sowie einer depressiven Störung (vgl. B-act. 15 Rz. 5). Das Raynaud-Syndrom bestehe seit ungefähr 2011 und habe seit 2013 zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Haartransplantations-technikerin geführt. Bereits geringe Kälte löse bei der Beschwerdeführerin starke Schmerzen aus. Dass an einem Arbeitsplatz allenfalls ausreichend warme Temperaturen herrschten, sei daher keine Lösung, denn die Arbeitstätigkeit sei mit dem Arbeitsweg verbunden. Die mit der Kälte verbundenen Beschwerden würden nicht mit Betreten der Arbeitsstätte verschwinden, sondern würden während der Ausübung der Arbeitstätigkeit bestehen bleiben. Hinzu kämen die mit den Einschränkungen verbundene Einbusse an Lebensqualität, welche psychische Probleme mit sich bringen würde, die sich ebenfalls auf die Erwerbsfähigkeit auswirken würden (vgl. B-act. 15 Rz. 6). Weiter leide die Beschwerdeführerin seit Jahren unter häufigen und starken Erschöpfungszuständen, die typische Symptome eines chronischen Erschöpfungssyndroms seien, welches ihr der Entlassungsbericht der Klinik Q. \_\_\_\_\_ ausdrücklich attestiere. Da das Vorliegen eines chronischen Erschöpfungssyndroms aktenkundig sei, weil die

vier Hauptkriterien gemäss internationalem Konsens erfüllt seien, stehe zweifelsfrei fest, dass die Beschwerdeführerin daran leide. Die Auswirkungen auf das Leben der Beschwerdeführerin seien gravierend und es dürfte offenkundig sein, dass die Ausübung einer Erwerbstätigkeit unter diesen Voraussetzungen nicht möglich sei (vgl. B-act. 15 Rz. 8-16). Ausserdem leide die Beschwerdeführerin gemäss den Arztberichten von S. \_\_\_\_\_ und Dr. N. \_\_\_\_\_ an einer depressiven Störung (vgl. B-act. 15 Rz. 17).

Hinsichtlich des E. \_\_\_\_\_-Gutachtens bringt die Beschwerdeführerin vor, dieses erweise sich über weite Strecken als unvollständig und sei nicht nachvollziehbar. Es zitiere zwar frühere Arztberichte, bestreite aber deren Korrektheit pauschal und komme ohne eingehende Begründung zum Schluss, bei der Beschwerdeführerin lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dies sei insofern problematisch, als die durchgeführten Explorationen nur 90 Minuten gedauert hätten und die Gutachterinnen und Gutachter die Beschwerdeführerin nicht kennen würden. Die von dieser selbst ins Recht gelegten Arztberichte stammten von Fachpersonen, welche die Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum hätten beobachten können und sie teils schon seit Jahren kennen würden. Nur schon aus diesem Grund komme dem E. \_\_\_\_\_-Gutachten ein geringerer Beweiswert zu (vgl. B-act. 15 Rz. 19). Hinsichtlich des Raynaud-Syndroms moniert die Beschwerdeführerin insbesondere, dass das rheumatologische Gutachten dem Umstand, dass die Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin bei Kälte und Feuchtigkeit ausgeübt werde, keine Rechnung trage. Dennoch empfehle Dr. K. \_\_\_\_\_, prophylaktisch Arbeiten verbunden mit Kälteexposition zu vermeiden, während Dr. G. \_\_\_\_\_ hingegen bestätige, dass es sich um einen feuchten und kalten Arbeitsplatz gehandelt habe. Irrelevant sei zudem, dass der Verdacht auf Vorliegen eines Raynaud-Syndroms ohne objektiven Störungsbefund unter Raumluft sei, da es nicht möglich sei, sich immer nur in einer temperierten Umgebung aufzuhalten. Weiter sei die Beschwerdeführerin aufgrund äusserer Umstände gezwungen, die notwendigen Alltagstätigkeiten zu verrichten. Hieraus dürfe jedoch nicht geschlossen werden, diese Tätigkeiten würden ihr leichtfallen. Vielmehr sei sie nur aufgrund eines starken Willens und der Einnahme entsprechender Medikamente dazu in der Lage. Im Übrigen widerspreche das Gutachten den früheren Diagnosen anderer Fachpersonen, ohne sich jedoch eingehend damit zu befassen (vgl. B-act. 15 Rz. 20-23). Was die depressive Störung betreffe, bemängelt die Beschwerdeführerin, es sei schleierhaft, wie die Gutachterin zum Schluss habe kommen können, es liege keine psychiatrische Erkrankung in Form einer depressi-

ven Störung vor. Eine solche sei weder Teil des Gesprächs noch der durchgeführten Tests gewesen. Der Gutachterin sei schlicht und ergreifend nicht genügend Zeit zur Verfügung gestanden, um diese Frage vertieft zu klären. Die von Dr. N. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen würden mit der pauschalen Behauptung ignoriert, die gestellten psychiatrischen Diagnosen liessen sich nicht bestätigen, zumindest liege angesichts des jetzigen Befunds keine dauerhafte depressive Störung vor (vgl. B-act. 15 Rz. 24-25). Hinsichtlich des chronischen Erschöpfungssyndroms führt die Beschwerdeführerin aus, die Option eines chronischen Erschöpfungssyndroms sei im Gutachten nicht überprüft worden. Das Gutachten erweise sich in dieser Hinsicht als unvollständig, weil die Beschwerdeführerin ausreichend Symptome zur Diagnostizierung aufweise (vgl. B-act. 15 Rz. 26).

**5.5** Nachfolgend ist das E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Mai 2020, auf welches sich die Vorinstanz im Wesentlichen abstützt, daraufhin zu überprüfen, ob es begründet ist, sich mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin sowie den Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinandersetzt und letztlich plausible, für das Gericht nachvollziehbare Schlussfolgerungen enthält. Wesentlich ist dabei insbesondere, ob das Gutachten die gemäss Urteil C-6006/2016 noch offenen Fragen klärt (vgl. dazu oben Bst. B.h).

**5.5.1** Soweit die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, dem E. \_\_\_\_\_-Gutachten komme ein geringerer Beweiswert zu als den Berichten der behandelnden Ärzte (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz), welche die Beschwerdeführerin im Gegensatz zu den Gutachter/innen seit Jahren kennen würden, ist daran zu erinnern, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zur Patientin mit Vorbehalt zu würdigen sind. Ausserdem kommt einem Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. oben E. 4.5.2 dritter Absatz).

**5.5.2** Was die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Haartransplantationstechnikerin betrifft, welche gemäss Erwägung 6.4.2 des Urteils C-6006/2016 sitzend in Zwangsposition in einem kühlen Operationssaal, die Hände in kaltem Eiswasser und mit intensiver feinmotorischer Tätigkeit mit Mikroskopunterstützung erfolgt, ist mit der Beschwerdeführe-

rin festzuhalten, dass die Begründung der von den Gutachter/innen festgestellten Arbeitsfähigkeit von 100 % teilweise nicht schlüssig ist:

Es ist für das Gericht insbesondere nicht nachvollziehbar, wie die angiologische Gutachterin aufgrund der von ihr ausschliesslich unter Raumluft erhobenen Befunde und vor dem Hintergrund, dass die Rheumaambulanz des Universitätsklinikums R.\_\_\_\_\_, das Interdisziplinäre Gefässzentrum des Universitäts-Herzzentrums R.\_\_\_\_\_, und das Interdisziplinäre Schmerzzentrum des Universitätsklinikums R.\_\_\_\_\_ im Zeitraum von 2015 bis 2020 bei der Beschwerdeführerin aktenkundig Schmerzen und eine Minderperfusion teilweise nach Kälteprovokation festgestellt haben (vgl. dazu IV-act. 36 S. 10 f.; 87 S. 19, S. 22 f., S. 32 ff.; 126 S. 64 f.), zum Schluss kommen konnte, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit, welche zwar keinen klassischen Kältearbeitsplatz darstellt, aber bei der die Hände der Beschwerdeführerin dennoch jeweils kälteexponiert waren (vgl. Urteil C-6006/2016 E. 6.4.2), immer zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Zwar hat die Beschwerdeführerin gegenüber der Gutachterin angegeben, während der Untersuchung bereits bei Raumluft an Raynaud-Attacken zu leiden, was sich in der gutachterlichen Untersuchung nicht bestätigte, dennoch wäre im Hinblick auf die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin mit Kälteexposition der Hände zumindest eine differenzierte Auseinandersetzung mit den obgenannten Arztberichten und gegebenenfalls eine Untersuchung nach Kälteexposition – wie von der Beschwerdeführerin beanstandet (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz) – erforderlich gewesen.

Weiter geht der rheumatologische Gutachter – wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz) – bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin fälschlicherweise entgegen dem Urteil C-6006/2016 davon aus, dass die Tätigkeit in normaltemperierten Räumlichkeiten ausgeführt werde, und verweist lediglich darauf, dass in seiner Untersuchung unter Raumluft keine Raynaud-Zeichen feststellbar gewesen seien. Gleichzeitig empfiehlt er, Arbeiten mit Kälteexposition sollten prophylaktisch vermieden werden. Entsprechend ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 100 % in angestammter Tätigkeit auch in rheumatologischer Hinsicht nicht vollständig nachvollziehbar.

Zusätzlich fällt hinsichtlich der Diagnose des Raynaud-Syndroms auf, dass die Gutachter/innen im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten und Ärz-

tinnen keine definitive Diagnose festgehalten haben, da zumindest anlässlich der Begutachtung, welche jedoch lediglich unter Raumluft erfolgt ist, keine die Diagnose bestätigenden Hinweise festgestellt werden konnten.

**5.5.3** Hinsichtlich der aktuellen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Ernährungsberaterin beziehungsweise in einer vergleichbaren Tätigkeit sowie in Bezug auf die Hausarbeit erweist sich das E. \_\_\_\_\_-Gutachten hingegen als beweiskräftig. Es ist diesbezüglich umfassend, beruht auf eingehenden Untersuchungen der Beschwerdeführerin und setzt sich mit den von ihr geltend gemachten Beschwerden auseinander. Ferner ist es in Kenntnis der bei den Akten liegenden medizinischen Berichte erstattet worden (vgl. IV-act. 112 S. 337 ff.) und setzt sich mit diesen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz) – soweit erforderlich auseinander:

**5.5.3.1** In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere die Berichte des Hausarztes Dr. D. \_\_\_\_\_ keine eigenen Befunde aufweisen und die weiteren internistischen Unterlagen keine Aussagen zur funktionalen Einschränkung der Beschwerdeführerin in ihrer aktuellen oder in vergleichbaren Tätigkeiten enthalten. Wie bereits im rechtskräftigen Urteil C-6006/2016 festgehalten, finden sich zudem in den Vorakten – abgesehen von unkommentierten Befunden der rheumatologischen Gutachterin Dr. L. \_\_\_\_\_ (IV-act. 48) und einem Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms im März 2014 (IV-act. 12 S. 14) – keine fachmedizinischen Beurteilungen in neurologischer Hinsicht (vgl. E. 6.8). In rheumatologischer Hinsicht konnte sodann – abgesehen vom Verdacht beziehungsweise der Diagnose eines Raynauds-Syndroms – aufgrund der erhobenen Befunde nie eine Diagnose gestellt werden.

**5.5.3.2** Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (vgl. oben E. 5.3.1) nimmt sodann insbesondere Bezug auf die Einschätzung des Universitätsklinikums R. \_\_\_\_\_ vom 9. September 2016 betreffend die Auswirkungen des Raynaud-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu IV-act. 70 S. 8 ff. = 87 S. 16 ff.). Die Gutachter/innen teilen die Einschätzung von Dr. M. \_\_\_\_\_ zumindest hinsichtlich der aktuellen Tätigkeit als Ernährungsberaterin und vergleichbaren Arbeiten nicht, dass eine «Arbeitsunfähigkeit bezüglich der bisherigen und der angepassten beruflichen Tätigkeiten [bestehe], da bei Kälte/Nässe Exposition (Haartransplantation/Kosmetik) eine deutliche Verschlechterung der Perfusion und somit der Raynaud Symptomatik festzustellen ist». Dies ist für das Gericht aufgrund der Be-

funde der Begutachtung nachvollziehbar und nicht – wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz) – unzureichend begründet, denn die aktuelle Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Ernährungsberaterin geht klarerweise nicht mit einer Kälte/Nässe-Exposition einher, sondern findet in einem Raum mit Normaltemperatur statt. Zwar bringt die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren vor, etwas kalter Wind im Gesicht reiche aus, sie empfinde bereits alles unter 17 Grad Celsius als sehr kalt und es würden Schmerzen ausgelöst (vgl. oben E. 5.4.1 zweiter und dritter Absatz). Ihr Rechtsvertreter macht diesbezüglich weiter geltend, die mit der Kälte verbundenen Beschwerden (auf dem Arbeitsweg) würden nicht mit Betreten der Arbeitsstätte verschwinden, sondern während der Ausübung der Arbeitstätigkeit bestehen bleiben (vgl. oben E. 5.4.4 erster Absatz). In diesem Zusammenhang fällt jedoch auf, dass die von der Beschwerdeführerin bemängelte Begutachtung im Februar 2020 und damit in einem der kalten Wintermonate mit üblicherweise Temperaturen unter 17 Grad Celsius stattgefunden hat. Die Beschwerdeführerin selbst führt in der Beschwerde auch aus, sie habe aufgrund der Kälte anlässlich der Begutachtung unter Schmerzen gelitten und es sei ihr nicht gut gegangen (vgl. oben E. 5.4.1 zweiter Absatz). Allerdings konnten alle Gutachter/innen trotz jeweiliger Angabe einer hohen Schmerzintensität durch die Beschwerdeführerin keinen übermässig schmerzgeplagten Eindruck anlässlich der Untersuchungen feststellen. Vielmehr haben sie festgehalten, für die hohe Schmerzangabe beziehungsweise die angegebenen Beschwerden bestehe kein ausreichendes Korrelat. Zudem konnten keine Anzeichen für Müdigkeit, Erschöpfung oder eine Konzentrationsstörung festgestellt werden (vgl. dazu oben E. 5.3.1 ff.).

**5.5.3.3** Auch im psychiatrischen Teilgutachten setzt sich die Gutachterin kritisch mit den Vorakten auseinander (vgl. oben E. 5.3.6). Aufgrund der im Gutachten erhobenen Befunde sowie der Würdigung der Arztberichte durch die Gutachterin ist für das Gericht nachvollziehbar, dass kein Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht. Die Beschwerdeführerin verfügt offensichtlich über erhaltene Ressourcen: So hat sie gemäss ihrem Lebenslauf trotz geltend gemachter Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2013 zwei Ausbildungen absolviert und zwar als Entspannungstherapeutin von Juni bis September 2014 sowie ein Masterstudium in Ernährungswissenschaft von Oktober 2015 bis Oktober 2017. Weiter hat die Beschwerdeführerin von Januar 2017 bis November 2018 für das T. \_\_\_\_\_-Institut und von Juni 2018 bis Mai 2019 als SPA-Rezeptionistin in einem Hotel gearbeitet. Aktuell ist sie seit Dezember 2018 als Ernährungsberaterin in einer onkologischen Klinik tätig (vgl. IV-act. 96

= B-act. 1 Beilage 1; vgl. dazu auch B-act. 1 Beilagen 9 und 11). Ausserdem liegt bei den Akten eine Bestätigung der U.\_\_\_\_\_ GmbH vom 4. Oktober 2016 betreffend die Kündigung der Beschwerdeführerin per 15. Oktober 2016 (B-act. 1 Beilage 10). Überdies hat die Beschwerdeführerin im Sommer/Herbst 2019 eine Ferienreise nach Teneriffa unternommen, pflegt ihre Hobbies sowie soziale Kontakte und besorgt die Hausarbeit (vgl. IV-act. 112 S. 59 ff., 66). Auffallend ist zudem, dass die Beschwerdeführerin gemäss den Vorakten nie eine konsequente ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat. Erst im Beschwerdeverfahren hat sie – unter Beilage eines Antrags auf Psychotherapie, datiert vom 16. Juli 2020 – ausgeführt, sie befinde sich zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung (B-act. 1 Ziff. H [Begründung]; vgl. auch oben E. 5.4.1). Allerdings finden sich diesbezüglich keine weiteren Berichte in den vorliegenden Akten. Die Beschwerdeführerin hat sich darauf beschränkt, im Beschwerdeverfahren in psychiatrischer Hinsicht – abgesehen von den Berichten zu den Konsultationen im Interdisziplinären Schmerzzentrum der Universitätsklinik R.\_\_\_\_\_ – einen Bericht von S.\_\_\_\_\_ vom 25. März 2019 (vgl. IV-act. 120 = B-act. 1 Beilage 8 = B-act. 15 Beilage 4) einzureichen, in dem am Ende festgehalten wird, psychiatrischerseits sei kein weiterer Wunsch seitens der Patientin geäussert worden und diese werde sich bei Bedarf wieder melden. Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin von sich aus alle neueren Berichte, beispielsweise der Klinik Q.\_\_\_\_\_ und der Magen-Darm-Ambulanz des Universitätsklinikums R.\_\_\_\_\_ (Beilagen zu B-act. 9 und 15), eingereicht hat, bestehen entsprechende Zweifel an einer aktuellen konsequenten psychiatrischen Behandlung.

Die Feststellung der psychiatrischen Gutachterin, dass kein Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe, deckt sich im Übrigen insofern mit dem als beweiskräftig eingestuftem psychiatrischen Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_\_ vom 26. März 2016 (vgl. oben Bst. B.h), als ihr dieses einzig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Neurasthenie als Diagnosen *ohne Auswirkung* auf die Arbeitsfähigkeit attestierte. Der Gutachter hatte damals insbesondere festgehalten, die Beschwerdeführerin verfüge über sehr gute kognitive Ressourcen und auch über genügend innerpsychische Ressourcen, sodass die Konfliktsituationen im Zusammenhang mit der Schmerzstörung überwindbar seien, und bei der Neurasthenie handle es sich unter Berücksichtigung der Tagesaktivitäten nicht um eine erhebliche Symptomatik (IV-act. 46 S. 14.).

Soweit die Beschwerdeführerin zudem beschwerdeweise vorbringt, die psychiatrische Begutachtung sei nur eine nette Konversation gewesen, ohne über die Schmerzen zu sprechen (vgl. oben E. 5.4.1 zweiter Absatz), und in ihrer Replik weiter ausführen lässt, eine depressive Störung sei weder Teil des Gesprächs noch der durchgeführten Tests gewesen und der Gutachterin sei schlicht und ergreifend nicht genügend Zeit zur Verfügung gestanden, um diese Frage vertieft zu klären (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz), kann ihr nicht gefolgt werden: Dem psychiatrischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über ihre Schmerzen und ihre aktuelle Stimmung berichtet hat und dies von der Gutachterin entsprechend in ihre Beurteilung aufgenommen worden ist (vgl. IV-act. 112 S. 306-315).

Was die weiteren Vorbringen betreffend die durch Dr. N.\_\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_\_ diagnostizierte depressive Störung betrifft (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz), ist Folgendes festzuhalten: Im neusten von Dr. N.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für Neurochirurgie /Spezielle Schmerztherapie), Dr. V.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie / Spezielle Schmerztherapie) und Dr. W.\_\_\_\_\_ (Psychologin) vorgelegten Bericht vom 18. April 2019 wird insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit innerer Unruhe, diagnostiziert. In diesem Zusammenhang wird festgehalten, dass Antrieb und Energieniveau deutlich vermindert und die Stimmungslage dauerhaft gedrückt seien sowie weiterhin Gefühle von Müdigkeit und «Ausgelaugtsein» bestehen würden (vgl. IV-act. 87 S. 32 ff. = 90 S. 9 ff. = 90 S. 19 ff. = B-act. 1 Beilage 7). Im Gegensatz dazu hat die aktuelle psychiatrische Gutachterin insbesondere festgehalten, der Antrieb wirke unauffällig, die Stimmung euthym, affektiv gut schwingungsfähig und die Auslenkung zum positiven Pol gelinge. Sie ist entsprechend nachvollziehbar und begründet zum Schluss gelangt, dass aktuell keine namhafte depressive Störung mehr vorliege und es könne allenfalls eine nunmehr remittierte, vorangehend berichtete Depression, mithin keine invalidisierende depressive Störung, angenommen werden (vgl. oben E. 5.3.6 zweiter Absatz). Von der Fachärztin für Psychiatrie S.\_\_\_\_\_ ist in den Akten neben Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für die Zeit vom 24. April 2019 bis 3. Juni 2019, 3. April 2020 bis 15. Mai 2020 und 13. bis 29. Oktober 2020 (vgl. B-act. 1 Beilagen 13 und 18) lediglich ein Arztbericht vom 25. März 2019 enthalten (vgl. IV-act. 120 = B-act. 1 Beilage 8 = B-act. 15 Beilage 4; vgl. bereits oben E. 5.5.3.3 erster Absatz). In diesem Bericht finden sich jedoch im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen (insbesondere somatoforme Schmerzstörung und depressive Episode) weder nachvollziehbare Begründungen noch Ausführungen zu

den funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es wird vielmehr festgehalten, der Beschwerdeführerin mache der Nebenjob in der X. \_\_\_\_\_-Klinik als Diätassistentin Freude und ihr Ziel sei es, eine halbe Stelle als Ernährungsberaterin der Klinik zu bekommen.

Hinsichtlich der gerügten Nichtbeachtung eines möglichen chronischen Erschöpfungssyndroms trotz entsprechender Symptome (vgl. oben E. 5.4.4 zweiter Absatz) hat die psychiatrische Gutachterin festgehalten, die Versicherte berichte auch aktuell über eine rasche Erschöpfbarkeit, aus subjektiven Klagen würden sich jedoch keine objektiven Einschränkungen ableiten lassen (IV-act. 112 S. 330). In diesem Zusammenhang fällt zudem auf, dass die Beschwerdeführerin auch anlässlich der neuropsychologischen Testung gemäss Gutachten keine Ermüdungserscheinungen zeigte und keine Pausen reklamiert hat (vgl. IV-act. 112 S. 326) und auch die übrigen Gutachter/innen keine Anzeichen für Müdigkeit, Erschöpfung oder eine Konzentrationsstörung feststellen konnten (vgl. oben E. 5.5.3.2), weshalb die Ausführungen der Gutachterin in dieser Hinsicht durchaus schlüssig erscheinen.

**5.5.3.4** Weiter ist betreffend das geltend gemachte chronische Erschöpfungssyndrom, welches der Beschwerdeführerin gemäss neu eingereichtem Entlassungsbericht der Klinik Q. \_\_\_\_\_ ausdrücklich attestiert worden sei (vgl. oben E. 5.4.4 erster Absatz), Folgendes festzuhalten: Im erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Entlassungsbericht der Klinik Q. \_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2021, welcher über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 12. Januar bis 2. Februar 2021 berichtet, wird zwar ein chronisches Ermüdungssyndrom bei Mitochondriopathie und Zustand nach Cytomegalie-, Epstein-Barr-, humanes Herpes Typ 6-, Varizella Zoster- und Herpes simplex-Virus-Infektionen als Diagnose aufgeführt. Allerdings sind dem Bericht keine weiteren Angaben zu entnehmen, welche die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte psychiatrische Diagnose eines chronischen Erschöpfungssyndroms für den vorliegend relevanten Zeitraum bis 9. Oktober 2020 (vgl. dazu oben E. 2.7) nachvollziehbar begründen würden. Ausserdem fehlen Ausführungen zur Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. B-act. 9 Beilage 1 = B-act. 15 Beilage 2).

Hinsichtlich der im gleichen Entlassungsbericht attestierten Nahrungsmittelunverträglichkeiten ist festzuhalten, dass insbesondere lediglich moderate Sensibilisierungen gegen gewisse Lebensmittel und Stoffe, erhöhte Kupfer- und Bleiwerte sowie Hinweise auf eine gestörte Darmflora und eine

Störung der neuroendokrinen Stressachse festgehalten wurden. Allerdings finden sich auch in diesem Zusammenhang keine Ausführungen oder Hinweise hinsichtlich des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in aktueller Tätigkeit. Im Übrigen wurde im Bericht festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in ausreichendem Allgemein- und Ernährungszustand aufgenommen und in einem gebesserten Allgemeinzustand entlassen worden.

**5.5.3.5** Auch die übrigen neuen Arztberichte, welche die Beschwerdeführerin erst im Beschwerdeverfahren eingereicht hat und welche zeitlich nach der vorliegend angefochtenen Verfügung ergangen sind, vermögen an den bisherigen Feststellungen nichts zu ändern oder eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands zu belegen. Im unvollständigen Arztbericht vom 16. Oktober 2020 des Y. \_\_\_\_\_-Klinikums betreffend thorakale Schmerzen wird, neben mehrheitlich unauffälligen Befunden, insbesondere eine spontane Besserung der Beschwerden festgehalten (vgl. B-act. 1 Beilage 19 [Seite 4 fehlt]). Der Arztbericht vom 23. April 2021 der Magen-Darm-Ambulanz des Universitätsklinikums R. \_\_\_\_\_ enthält sodann keine Aussagen über den Einfluss der Bauchschmerzen wegen allfälliger Nahrungsmittelallergien auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (B-act. 15 Beilage 3).

**5.6** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einschätzung der Gutachter/innen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von 100 % in der aktuellen und in vergleichbaren Tätigkeiten (ohne Kälteexposition) schlüssig begründet sind. Eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin ist allerdings nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Zum einen bestätigen die Gutachter/innen nur anamnestisch das Vorliegen eines Raynaud-Syndroms und halten aufgrund der eigenen Untersuchungsergebnisse diagnostisch einen *Verdacht* auf Raynaud-Syndrom fest (vgl. oben E. 5.3.1 und 5.5.2). Zum anderen gehen die Gutachter/innen trotz Konsensbeurteilung teilweise von unterschiedlichen Annahmen aus, nämlich entweder von einem Arbeitsplatz mit Kälteexposition (z.B. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 112 S. 329] oder eben gerade nicht (z.B. rheumatologisches Teilgutachten [IV-act. 112 S. 262]). Entsprechend wäre das Gutachten in dieser beider Hinsicht zu ergänzen beziehungsweise zu präzisieren. Mit Blick auf den Ausgang des Verfahrens und die Anweisungen an die Vorinstanz ist dies vorliegend jedoch nicht zwingend erforderlich (vgl. dazu nachfolgend E. 7 [Zusammenfassung]). Sollte die Vorinstanz aber weiterhin auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit abstellen

wollen, wird sie das E. \_\_\_\_\_-Gutachten in dieser Hinsicht von den Gutachter/innen ergänzen beziehungsweise präzisieren lassen müssen.

## **6.**

Mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in der aktuellen und in vergleichbaren Tätigkeiten kann für die Beschwerdeführerin der Invaliditätsgrad berechnet werden. Den Akten ist dazu zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin im Jahr 2013 jährlich Fr. 36'000.- in einem 60 %-Pensum bei einer 40-Stunden-Woche verdient hat. Entsprechend dürfte, selbst wenn davon ausgegangen wird, dass alle noch zu bestimmenden Parameter (vgl. nachfolgend E. 6.1 und 6.2) zugunsten der Beschwerdeführerin festzustellen sind (Erwerbstätigkeit 80 %, Haushaltstätigkeit 20 %; LSE 2018 TA1 Total privater Sektor Kompetenzniveau 1 Frauen), letztlich und höchstwahrscheinlich ein *rentenausschliessender* IV-Grad resultieren.

**6.1** Vorliegend ist insbesondere der für die Rentenbemessung bedeutsame invalidenversicherungsrechtliche Status der Beschwerdeführerin von der Vorinstanz noch nicht abschliessend beurteilt worden:

**6.1.1** Aus den Akten geht hervor, dass die Vorinstanz bereits mit Urteil C-6006/2016 aufgefordert wurde, die berufliche Situation der Beschwerdeführerin mit Statusfrage abzuklären (E. 7.3). In der Folge hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2019 auf Aufforderung hin gegenüber der IV-Stelle angegeben, sie würde ohne gesundheitliche Einschränkungen eine Erwerbstätigkeit ausüben und zwar zu 80 % gemäss ihren Qualifikationen. Die Erhöhung dieses Arbeitspensums im Vergleich zur vormaligen Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin, welcher sie lediglich in einem 60 %-Pensum nachgegangen war (vgl. IV-act. 8 S. 2), hat sie mit der Trennung vom Ehemann im Januar 2017 und damit, dass sie alleinerziehend mit zwei Kindern sei, begründet (IV-act. 85 S. 2). Dennoch hält die IV-Stelle unter Pensum/Status fest, dass die Beschwerdeführerin zu 60 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen und zu 40 % den Haushalt erledigen würde (vgl. IV-act. 125 S. 1), was grundsätzlich der Situation ihrer letzten Arbeitstätigkeit in der Schweiz als Haartransplantationstechnikerin entspricht (vgl. IV-act. 8 S. 2). Eine differenzierte Begründung und Auseinandersetzung mit den Aussagen der Beschwerdeführerin fehlt jedoch.

**6.1.2** Ob eine versicherte Person als ganztäglich oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwen-

dung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 144 I 28 E. 2.3; 141 V 15 E. 3.1; je m.H.; vgl. auch oben E. 4.4).

Die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, ist nach der Rechtsprechung mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse (namentlich allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen) zu beantworten (BGE 130 V 393 E. 3.3; 125 V 146 E. 2c m.H.).

**6.1.3** Die Vorinstanz wird die konkreten Verhältnisse für die (hypothetische) Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit angesichts der erheblichen Bedeutung der Statusfrage für die Rentenbemessung (nach wie vor) eingehend abzuklären und entsprechend zu begründen haben.

Sollten die weiteren Abklärungen ergeben, dass von einem Haushaltanteil auszugehen ist, was aufgrund der Akten als wahrscheinlich erscheint, so wird die Vorinstanz über die IV-Stelle eine spezifische Abklärung mittels Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte im Ausland veranlassen müssen (vgl. dazu oben E. 4.5.3).

**6.2** Weiter hat die Vorinstanz keinen Einkommensvergleich vorgenommen, weil sie das Vorliegen eines Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 6 und Art. 7 ATSG bislang verneint hat. Folglich hat sie auch keine Abklärungen zum Validen- und Invalideneinkommen getroffen. In Anbetracht dessen, dass sich die arbeitsmedizinischen Abklärungen zur früheren Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin als ungenügend erweisen und die Auswirkungen der Ausübung einer angepassten Tätigkeit auf die Erwerbssituation vorliegend nicht geprüft wurden, erweist sich der Sachverhalt auch diesbe-

züglich als noch nicht verlässlich ermittelt. Ausserdem hat die Beschwerdeführerin zur Rentenbemessung auch noch nicht Stellung nehmen können. Die Sache ist daher auch unter diesem Aspekt an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den Invaliditätsgrad für den Erwerbsteil neu ermittle und anschliessend neu verfüge (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-5842/2012 vom 30. November 2016 E. 5).

## 7.

**7.1** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten eine verlässliche Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs hinsichtlich der aktuell ausgeübten Verweistätigkeit als Ernährungsberaterin bildet. Mit den überzeugenden Schlussfolgerungen der Gutachter/innen ist folglich davon auszugehen, dass für die aktuelle sowie für vergleichbare Tätigkeiten ohne Kälteexposition eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht und gestützt darauf der Invaliditätsgrad ermittelt werden kann.

Sollte die Vorinstanz weiterhin an der Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit festhalten wollen, wird sie das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten in dieser Hinsicht von den Gutachter/innen ergänzen beziehungsweise präzisieren lassen müssen.

Falls die Vorinstanz jedoch auf die Verweistätigkeit abstellt, wird sie in einem ersten Schritt die Statusfrage zu prüfen haben. Ergaben die ergänzenden Abklärungen einen Erwerbsanteil von 100 %, erübrigen sich weitere Untersuchungen bezüglich Art und Umfang der Einschränkungen im Haushalt; andernfalls wird die Vorinstanz eine entsprechende Abklärung zu veranlassen haben. Schliesslich hat die Vorinstanz die Rentenbemessung auf der Grundlage der ordentlichen Methode des Einkommensvergleichs oder alternativ nach der gemischten Methode durchzuführen.

**7.2** Entsprechend ist es vorliegend nicht angezeigt, ein Gerichtsgutachten über die Erwerbsfähigkeit – wie von der Beschwerdeführerin beantragt – in Auftrag zu geben, denn die Schlussfolgerungen im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten sind mit Blick auf die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Ernährungsberaterin sowie vergleichbare Tätigkeiten nachvollziehbar (vgl. oben E. 5.6) und die Vorinstanz kann gestützt hierauf den Invaliditätsgrad – nach weiteren Abklärungen – berechnen. Im Übrigen wäre die Angelegenheit ohnehin an die Vorinstanz zurückzuweisen, weil das Gutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit lediglich *ergänzt* beziehungsweise *präzisiert* werden müsste (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

**7.3** Die Streitsache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die gebotenen weiteren Abklärungen im Sinne der vorstehenden Ausführungen tätige und anschliessend neu verfüge.

## **8.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**8.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz (mit noch offenem Ausgang) gilt praxisgemäss für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des BGer 9C\_617/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 7.1). Entsprechend sind der obsiegenden Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**8.2** Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Der Vertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Vorliegend sind für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Parteientschädigung der Aufwand für die Erstellung der 11-seitigen Replik vom 7. Juni 2021 (B-act. 15) zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, der zu prüfenden Rügen, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit der vorliegend zu beurteilenden Fragen, ist der Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz die als angemessen zu erachtende Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen und exkl. Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.]) zuzusprechen.

Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 9. Oktober 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

**2.**

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

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen, exkl. MwSt.) zugesprochen.

**4.**

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Tanja Jaenke

**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 Rechtschrift 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: