

BVGer C-1005/2020 vom 2. Juli 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-07-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1005_2020

FR: TAF C-1005/2020 du 2 juillet 2021

IT: TAF C-1005/2020 del 2 luglio 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. Januar 2020, mit der die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente zu Recht verneint hat.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. Januar 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin ist österreichische Staatsangehörige, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität

beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. Versicherungsverlauf in der Schweiz [E 205 CH]; act. 13), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit 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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der

Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 5.4

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

E. 5.5

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.). Dabei ist anhand eines Kataloges von Indikatoren, unterteilt in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" und "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens; BGE 141 V 281 E. 4.1.3), das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.6; Urteil des BGer 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 7.1). Der Rechtsanwender trifft die Pflicht, die medizinischen Angaben daraufhin zu prüfen, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig nachgewiesen sind (BGE 145 V 361 E. 3.2.2).

E. 6

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 6.1

Laut einem Bericht der Universitätsklinik für Innere Medizin B._____ vom 1. März 2017 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 einer Magenbandoperation, worauf sie deutlich an Gewicht, bis auf 45 kg, abgenommen habe. Danach habe eine Gewichtszunahme bis auf 65 kg stattgefunden. Im Jahr 2016 habe sie eine Magenblutung erlitten und seitdem wieder an Gewicht, bis auf aktuell 90 kg, zugenommen (act. 3 S. 4 f.).

E. 6.2

Vom 22. Februar bis 14. März 2017 liess sich die Beschwerdeführerin in der C._____ -Klinik (...) für Psychosomatik und Psychotherapie stationär behandeln. Der Grund für die Behandlung sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, gewesen. Im Entlassungsbericht vom 14. März 2017 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aus ärztlicher und therapeutischer Sicht für ihren zuletzt ausgeübten Beruf als arbeitsunfähig anzusehen sei (act. 3 S. 1 ff.).

E. 6.3

Laut den behandelnden Ärzten des Landeskrankenhauses D._____ leidet die Beschwerdeführerin an einer manifesten Osteoporose, an multiplen Kompressionsfrakturen und Fischwirbelbildungen im Bereich der LWS (non recens), an einem chronischen

Schmerzsyndrom (Kurzarztbrief vom 25. Januar 2017 [act. 5]) sowie an einer axialen peripheren Spondylarthropathie bei Colitis ulcerosa (HLA-B27 positiv; Ambulanzbericht vom 5. April 2017 [act. 4]).

E. 6.4

Im zuhanden des österreichischen Versicherungsträgers erstatteten ärztlichen Gesamtgutachten vom 25. April 2017 hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Innere Medizin, nach Beizug eines psychiatrischen Fachgutachtens von Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie, vom 25. April 2017 als Hauptdiagnose eine wiederkehrende depressive Störung, derzeit agitierte schwere Episode bei körperlichen vielfältigen Erkrankungen und chronischem Schmerz, unter Behandlung eingeschränkt belastbar, fest (ICD-10: F33.2). Als Nebendiagnosen nannte er eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa; Erstdiagnose 2001; mittelgradiger Krankheitswert; ICD-10: K50.9), ein Wirbelsäulensyndrom bei mehrfachen Wirbelsäuleinbrüchen und mittelgradigen Funktionseinschränkungen (ICD-10: M53.9), eine rheumatische Wirbelsäulenerkrankung (axiale Spondylarthropathie; HLA-B27 pos.; ICD-10: M45.09). Als weitere Diagnosen wurden ein unzureichend eingestellter Bluthochdruck, Übergewicht bei Zustand nach Magenbandoperation 2005 und eine chronische Gastritis aufgeführt. Im Rahmen der Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit hielt der Gutachter fest, dass aus psychiatrischer Sicht im Zusammenhang mit vielfältigen körperlichen Schwierigkeiten (Morbus Crohn, chronisches Schmerzsyndrom bei mehreren Wirbelbrüchen) eine wiederkehrende depressive Symptomatik, die derzeit agitiert und schwer ausgeprägt sei, vorliege. Seit 2001 bestehe auch eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, derzeit aber aufgrund der Hydral-Medikation ohne Durchfälle. Kardiopulmonal sei die Beschwerdeführerin kompensiert. Im Januar 2017 seien im Wirbelsäulen-Röntgen mehrere Wirbelsäuleinbrüche festgestellt worden. Die Funktionseinschränkungen seien mittelgradig ausgeprägt. Eine akute Wurzelirritation bestehe nicht. Im Rahmen der Abklärung sei eine axiale Spondylarthropathie festgestellt worden. Der Beschwerdeführerin seien am allgemeinen Arbeitsmarkt befristet für zwölf Monate keine Erwerbsarbeiten zumutbar (act. 2).

E. 6.5

Im Bericht der Reha-Klinik G._____ vom 7. Juli 2017, wo sich die Beschwerdeführerin vom 19. Juni bis 10. Juli 2017 einer stationären orthopädischen Rehabilitation unterzog, wurde unter anderem die folgenden Diagnosen genannt: Osteoporose (ICD-10: M82.80) bei osteoporotischer Fraktur BWK IV/VI (5.6.2017) und diskreter Deckenplattenimpressionsfraktur BWK XI/XII (5.6.2017), alte diskrete Impression Deckplatte LWK I sowie radiologische Bambus-Wirbelsäule der BWS bei Zustand nach Morbus Bechterew mit knöcherner Ankylosierung Iliosacralgelenk beidseits. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin im Alltag komplett selbständig sei (act. 38).

E. 6.6

Im zuhanden des österreichischen Versicherungsträgers erstellten ärztlichen Gesamtgutachten (bei Nachuntersuchung bezüglich Invalidität) von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie, vom 8. Februar 2018, wurde eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit Krankheitswert, diagnostiziert. Der Gutachter führte aus, dass aus psychiatrischer Sicht ein seit mehreren Jahren bestehendes

Bild einer wiederholt auftretenden depressiven Erkrankung vorliege. Gegenwärtig zeige sich eine depressive Stimmungslage mit Einschränkungen im Bereich des Ductus. Es bestünden ein erheblich kognitives Defizit sowie eine chronische körperliche Erkrankung, welche die depressive Symptomatik unterhalte. Es lägen ein sozialer Rückzug und ein vermindertes Tagesaktivitätsniveau vor. Im Vergleich zum Vorgutachten sei es zu keiner wesentlichen Besserung des psychischen Zustandsbildes gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei das Leistungskalkül insgesamt nicht ausreichend, um einer Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nachkommen zu können (act. 42).

E. 6.7

Vom 20. September bis 11. Oktober 2018 absolvierte die Beschwerdeführerin eine stationäre Rehabilitation im Rehabilitationszentrum I._____. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 11. Oktober 2018 wurde neben den bekannten Diagnosen als Hauptdiagnose ein Thoracolumbalsyndrom bei Zustand nach mehreren BWK- und LWK-Frakturen (ICD-10: M54.15) genannt (act. 97).

E. 6.8

Im weiteren Verlauf wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Vorinstanz durch Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär rheumatologisch-psychiatrisch begutachtet. Das entsprechende Gutachten datiert vom 22. Januar 2019 (act. 60).

E. 6.8.1

Gegenüber den Gutachtern klagte die Beschwerdeführerin über rezidivierende Bauchbeschwerden mit Durchfällen, die im Jahr 2001 eingesetzt hätten. Derzeit habe sie aber keine blutigen Durchfälle und eher seltener Bauchbeschwerden. Sie berichtete, dass sie schon immer übergewichtig gewesen sei. Bei einem maximalen Körpergewicht von 120 kg sei im November 2005 eine Magenbandoperation durchgeführt worden. Danach habe sie bis auf 48 kg abgenommen. Nach einer Verringerung des Drucks im Magenband habe sie ein stabiles Gewicht um 65 kg gehabt. Nach einer Magenblutung im Juni 2016 habe das Körpergewicht anhaltend bis zuletzt auf circa 95-100 kg zugenommen. Seit circa 2005 leide sie an permanenten Schmerzen im unteren Rückenbereich (5-8 Punkte auf der Schmerzskala). Im Jahr 2012 seien permanente Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule dazugekommen (5-8 Punkte auf der Schmerzskala). Die Schmerzen würden nicht ausstrahlen. Weiter klagte sie über seit circa 2013 bestehende, phasenweise (bei Anstrengung oder Kälte) Schmerzen in den Fingern, vor allem in den Endgelenken der Zeige- und der Mittelfinger, wo sich auch eine Verformung entwickelt habe. Zudem leide sie seit circa 2010 an Schlafstörungen und Müdigkeit, an Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit und vermindertem Antrieb. Sie sei immer wieder innerlich unruhig, nervös und aufgeregt. Sie könne seit zwei Jahren keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen. Die im Haushalt anfallenden Arbeiten und Einkäufe könne sie je nach Tagesform selbst erledigen. Wenn es ihr schlecht gehe, werde sie von ihrer Mutter oder ihrer Schwester unterstützt.

E. 6.8.2

Im rheumatologischen Gutachten hielt Dr. med. J._____ die folgenden Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Entzündliche Systemerkrankung mit Colitis ulcerosa- und Bechterew-Komponente (seronegative Spondylarthropathie) -

Osteoporose - Fingerpolyarthrose Als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er: - Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - Schlafstörungen, Müdigkeit - Adipositas mit Body-Mass-Index von 41,4 kg/m² (1.54 cm / 98.4 kg) - Anamnestic Reizmagen-Syndrom Der rheumatologische Gutachter kam zum Schluss, dass aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht die von der Beschwerdeführerin früher in der Schweiz ausgeübte berufliche Tätigkeit im Service zu maximal 50 % eines 100 %-Arbeitspensums (40-42 Stunden) zumutbar sei. Diese Einschränkung sei ab Januar 2017 begründbar. Eine der Behinderung angepasste Tätigkeit liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leichtgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Wünschenswert sei das Einhalten der Rückenergonomie, was der Beschwerdeführerin aber mit ihrem derzeitigen Ausmass des Übergewichts nicht immer möglich sei. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit Januar 2017 rund 20-25 % bezogen auf ein Pensum von 100 %. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt geleistet werden könnten.

E. 6.8.3

Dr. med. K._____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) mit akzentuierten (narzisstisch, histrionisch) Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) und bei entzündlicher Systemerkrankung mit Colitis ulcerosa- und Bechterew-Komponente, Osteoporose sowie Fingerpolyarthrose. Der psychiatrische Experte kam zum Schluss, eine relevante dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit, die allfällig einer somatisch begründbaren Arbeitsunfähigkeit hinzugerechnet werden könne, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht für keinen Zeitraum begründbar. Diese Einschätzung gelte ab Datum der aktuellen Untersuchung (28. November 2018). Aufgrund einer klinisch relevanten depressiven Episode sei von 22. Februar bis 14. März 2017 eine stationäre Hospitalisation durchgeführt worden, weshalb für diesen Zeitraum eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit von mehr als 80 % (von 100 %) bestätigt werden könne. Eine darüberhinausgehende, allfällig anhaltende relevante Arbeitsunfähigkeit, die einer somatisch begründbaren hinzugerechnet werden könnte, sei jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht für keinen Zeitraum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründbar.

E. 6.8.4

Aus bidisziplinärer Sicht hielten die Gutachter in der Folge zusammengefasst fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, die sich nicht durch entsprechende organpathologische (somatische) Defekte begründen liessen, als (rein subjektive) Symptome einer Dysthymie einzuordnen seien. Diese Dysthymie habe sich vor allem bei entzündlicher Systemerkrankung mit Colitis ulcerosa- und Bechterew-Komponente, Osteoporose sowie Fingerpolyarthrose und multiplen sozialen Belastungen entwickelt. Der Somatiker könne somatisch-pathologische Befunde objektivieren, die eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Zudem seien Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden ausgewiesen. Dazu nehme

der Psychiater Stellung. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben und des aktuellen Untersuchungsbefundes seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht hinreichend Belege für eine aktuelle und eine stattgefundene bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen vorhanden. Das begründe auch die Diskrepanz zwischen den gegenüber dem Somatiker geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren somatischen Befunden. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne vollständig auf die Einschätzung aus versicherungs-rheumatologischer Sicht abgestellt werden.

E. 6.9

Der behandelnde Psychiater, Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, hielt in seinen Berichten vom 16. Januar 2019 und vom 13. November 2019 fest, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung leide (act. 76-77).

E. 6.10

Die Beschwerdeführerin wurde vom 9. Mai bis 20. Juni 2019 in der Rehabilitationsklinik M.____ stationär behandelt. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 18. Juni 2019 wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert. Als Nebendiagnosen wurde unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F.45.4) und eine Colitis ulcerosa genannt (act. 91).

E. 6.11

Im Beschwerdeverfahren hat die Beschwerdeführerin ein zuhause des österreichischen Versicherungsträgers erstelltes ärztliches Gutachten (bei Nachuntersuchung bezüglich Invalidität) von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie, vom 7. Januar 2020 eingereicht. In diesem Gutachten wurde als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit Krankheitswert genannt. Aus psychiatrischer Sicht zeige sich ein seit mehreren Jahren bestehendes Bild einer wiederholt auftretenden depressiven Erkrankung. Es zeige sich gegenwärtig eine depressive Stimmungslage mit sozialem Rückzugsverhalten als auch einer ängstlichen Komponente. Im Vergleich zum Vorgutachten sei es zu keiner wesentlichen Besserung des psychischen Zustandsbilds gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei das Gesamtleistungskalkül für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorübergehend mehr als sechs Monate nicht ausreichend. Invalidität liege voraussichtlich vor. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei möglich, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten (Beilage zu BVGer-act. 1).

E. 7

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin zu 50 % und in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit zu 25 % eingeschränkt ist bzw. ob sie den in medizinischer Hinsicht erheblichen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 7.1

Die angefochtene Verfügung basiert in medizinischer Hinsicht auf dem interdisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2019, wonach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rheumatologischen Gründen in der früher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeit im Service

zu 50 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 25 % eingeschränkt sei. Die IV-Ärztin Dr. med. N. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Intensivmedizin, geht in ihrer Stellungnahme vom 12. Juni 2019 davon aus, dass dieses Gutachten die Beweisanforderung erfüllt und hat sich in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dem Gutachten angeschlossen (act. 66).

E. 7.2

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst in formeller Hinsicht, sie habe keine Möglichkeit erhalten, in das eingeholte bidisziplinäre Gutachten Einsicht zu erhalten und zum Inhalt des Gutachtens Stellung zu nehmen, womit sie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Satz 1 ATSG) geltend macht. Dazu ist festzuhalten, dass es an der Beschwerdeführerin gelegen wäre, im vorinstanzlichen Verfahren ein Gesuch um Akteneinsicht zu stellen. Denn grundsätzlich hat eine Partei ein Akteneinsichtsgesuch zu stellen, damit überhaupt eine Einsichtnahme gewährt oder verweigert werden kann (BGE 132 V 387 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BVGer C-7334/2017 vom 3. September 2019 E. 6.3). Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin auch nach Erhalt des Vorbescheids, mit dem ihr die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht gestellt wurde, kein Akteneinsichtsgesuch gestellt hat. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt daher nicht vor.

E. 7.3

In materieller Hinsicht beanstandet die Beschwerdeführerin, dass im Verwaltungsverfahren keine Untersuchungen durch unabhängige Sachverständige vorgenommen worden seien. Auch seien die Befunde und Gutachten, die für den österreichischen Versicherungsträger eingeholt worden seien, nicht angemessenen berücksichtigt worden. Es sei nicht verständlich, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin von zwei Behörden derart unterschiedlich beurteilt werde. Es sei bekannt, dass die Zusprache einer Erwerbsunfähigkeitsrente in Österreich keine präjudizierende Wirkung für das schweizerische Rentenprüfungsverfahren habe. Das Verfahrensergebnis der österreichischen Behörde sei aber geeignet, Zweifel an der Richtigkeit der gutachterlichen Einschätzung zu wecken. Der Gutachter Dr. med. H. _____ sei deutlich zum Schluss gekommen, dass die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit Krankheitswert, auf unter 50 % einer gesunden Person gesunken sei. Es sei nicht verständlich, wie der schweizerische Gutachter dagegen zum Schluss kommen könne, es liege keine schwere psychiatrische Störung vor. Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass aufgrund der vorliegenden Befunde auch die Einholung eines orthopädischen Gutachtens erforderlich gewesen wäre. Schliesslich kritisiert sie, dass die Wechselwirkungen zwischen den psychischen und physischen Beschwerden in keinsten Weise berücksichtigt worden seien. In ihrer Replik macht die Beschwerdeführerin ergänzend geltend, dass die Einschätzung von Dr. med. K. _____ nicht schlüssig sei. So habe er insbesondere nicht berücksichtigt, dass die behandelnden und begutachtenden Ärzte aus Österreich seit Jahren die Diagnose einer rezidivierenden Störung gestellt hätten. Die Kriterien einer depressiven Störung gemäss ICD-10 seien weiterhin gegeben. Läge tatsächlich eine Aggravation vor, wovon Dr. med. K. _____ ausgehe, wäre dies im Rahmen des sechswöchigen Rehabilitationsaufenthalts im Jahr 2019 mit Sicherheit offenkundig geworden. Auch das rheumatologische Gutachten sei mangelhaft. Laut den neu vorgelegten Befunden sei eine hochgradig verstärkte Rundrückenbildung und eine

hochgradig verstärkte Hohlkreuzbildung festgestellt worden. Zudem würden zahlreiche Bandscheibenschäden und weitere gesundheitliche Beschwerden vorliegen, die im Gutachten nicht einmal Erwähnung gefunden hätten. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass die Adipositas zu keinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führen solle. Diese Feststellung verwundere umso mehr, als im Gutachten selbst angeführt werde, dass ein Übergewicht per se zu einer körperlichen Belastung führe und zudem das Risiko für die Entwicklung von allgemein internistischen Komplikationen erhöht sei. Der rheumatologische Gutachter habe zahlreiche orthopädische Problematiken in seinem Gutachten schlichtweg nicht berücksichtigt, weshalb das eingeholte Gutachten, unabhängig vom Fachgebiet, mangelhaft sei.

E. 7.4

Das bidisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2019 wurde im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt. Es handelt sich somit um ein (unabhängiges) externes Administrativgutachten und nicht, wie die Beschwerdeführerin anzunehmen scheint, um eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung. Das Gutachten beruht auf rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Des Weiteren erfolgte eine bidisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Insoweit ist das Gutachten mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten nicht zu beanstanden. Zu prüfen ist, ob das Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag, namentlich ob die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit für die rechtsanwende Person nachvollziehbar begründet werden.

E. 7.5

Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung wurden nach Erhebung der Anamnese die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat, namentlich im Bereich der Lendenwirbelsäule, der Brustwirbelsäule und in den Fingern, fachärztlich abgeklärt und diagnostisch erfasst. Der Gutachter nahm eine klinische Untersuchung vor, die allerdings mit Blick auf die zentrale Bedeutung der klinischen Untersuchung bei die Wirbelsäule betreffenden Diagnosen (vgl. Urteil 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2) etwas knapp dokumentiert wurde, und erhob dabei auch den Neurostatus. Der Gutachter zog zudem die vorliegenden radiologischen Befunde aus dem Jahr 2017 und aktuell angefertigte Röntgenbilder der Hände, der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule in seine Beurteilung mit ein. Zur Abklärung der Rheumafaktoren veranlasste er zudem ein Blutlabor. Der Gutachter äusserte sich auch zum Verhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung. Die von ihm gestellten rheumatologischen Diagnosen leuchten grundsätzlich ein und stimmen im Wesentlichen mit jenen der behandelnden Ärzte und Vorgutachter aus Österreich überein. Nicht zu beanstanden ist, dass kein orthopädisches Gutachten eingeholt wurde, sind doch die Spondylarthritis und die Osteoporose Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis (vgl. Stellungnahmen der IV-Ärztin Dr. med. O. _____, Fachärztin für Rheumatologie, vom 6. April 2020). Zudem bilden gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates auch Gegenstand der Rheumatologie (vgl. Urteil des BGer 8C_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.3).

E. 7.5.1

Der rheumatologische Experte hat bei seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung überzeugend dargelegt, dass die von der Beschwerdeführerin geäußerten Bauchbeschwerden bei einer Colitis ulcerosa typisch sein könnten. Aufgrund der anhand der aktuellen Laboruntersuchung ausgewiesenen leichtgradigen Erhöhung des CRP-Wertes bei einem normalen Wert für die Blutsenkungsreaktion in Verbindung mit den Normalwerten für Hämoglobin, Leukozyten und Thrombozyten, die auf eine aktuell sehr geringgradige humorale Aktivität hinweisen würden, und der Angaben der Beschwerdeführerin (keine Durchfälle, eher selten Bauchschmerzen) ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter davon ausgeht, dass die Colitis ulcerosa seit 2017 in Remission ist.

E. 7.5.2

In Bezug auf die Rückenbeschwerden legt der Gutachter dar, dass typische radiologisch-pathologische Befunde einer Osteoporose mit Befall mehrerer Brust- und Lendenwirbel und zudem auch entzündlich pathologische Befunde mit Syndesmophyten und einer angedeuteten Bambusstabkonfiguration, insbesondere im mittleren Brustwirbelsäulendrittel, objektivierbar seien. Aufgrund der aktuell angefertigten Röntgenbilder kam er zum Schluss, dass betreffend diese Befunde seit Januar 2017 stabile Verhältnisse bestünden. Er wies darauf hin, dass die Palpation der paravertebralen Weichteile der Wirbelsäule keinen klinisch-pathologischen Befund ergeben habe und dass weder klinisch noch anamnestisch Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom bestünden. Er kommt zum nachvollziehbaren Schluss, dass aufgrund der radiologisch-pathologischen Befunde die in der klinischen Untersuchung gezeigten Bewegungseinschränkungen thorakal von circa 2/3 und lumbal von circa 1/3 begründbar seien. Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin beklagten, permanent (tags- wie nachtsüber) im Bereich von 5-8 Punkten anhaltenden und auf die bisherigen Therapiemassnahmen nicht ansprechenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (seit 2005) und im Bereich der Brustwirbelsäule (seit 2012) ging der Gutachter davon aus, dass sich diese zumeist nicht auf die somatisch-pathologischen Befunde abstützen liessen. Er begründet dies damit, dass die geschilderten Schmerzen bei einer entzündlichen Systemerkrankung am Bewegungsapparat oder einer symptomatischen Osteoporose nicht typisch seien. So habe die Beschwerdeführerin die Bewegungen aller axialen Bewegungselemente thorakal und lumbal als schmerzhaft bezeichnet. Dabei seien die Bewegungen in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft eingestuft worden, unabhängig davon, ob bei der Untersuchung die axialen Bewegungselemente durch das Körpergewicht belastet (stehend oder sitzend) oder entlastet (liegend) worden seien. Zu erwarten sei eigentlich, dass eine Bewegungsrichtung eindeutig schmerzhafter geschildert werde, als die andere. Der Gutachter hat damit zwar grundsätzlich plausibel aufgezeigt, dass Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehen. Dennoch ist es angesichts der vorliegenden radiologischen-pathologischen Befunde nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Gutachter zum Schluss kommt, die angegebenen Schmerzen seien zumeist nicht objektivierbar, können doch gerade die osteoporose-assoziierte Frakturen, wie sie bei der Beschwerdeführerin vorliegen, zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität mit akuten und chronischen Schmerzen sowie funktionelle Einschränkungen führen (vgl. Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. Prophylaxe und Therapie der Osteoporose, 2017; Stand: 21. Februar 2019, S. 9; abrufbar unter: www.awmf.org). Der rheumatologische Experte hat die Befunde der Osteoporose und deren Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit im Rahmen seiner

versicherungsmedizinischen Beurteilung aber nicht diskutiert. Vor diesem Hintergrund erscheint auch die gutachterliche Schlussfolgerung, dass die Entwicklung der oben beschriebenen radiologisch-pathologischen Befunde zumeist asymptomatisch abgelaufen sein müsse, spekulativ und überzeugt nicht. Aus einem bis anhin symptomlosen Verlauf einer Erkrankung dürfte im Übrigen ohnehin nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, die Erkrankung sei auch aktuell symptomlos.

E. 7.5.3

Was die als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannte Fingerpolyarthrose anbelangt, die der Gutachter aufgrund der klinischen und röntgenologischen Befunde als mittel- bis schwergradig (Zeigefinger beidseits), mittelgradig (Mittelfinger links) und leichtgradig (übrige Finger) eingestuft hat, fehlt es vollends an einer versicherungsmedizinischen Diskussion bezüglich deren Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin.

E. 7.5.4

Insgesamt erweist sich die versicherungsmedizinische Beurteilung als zu oberflächlich (Osteoporose) und als unvollständig (Fingerarthrose). Die zusammenfassende Beurteilung des rheumatologischen Experten, wonach die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität nur partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar seien, ist damit nicht genügend begründet, so dass der Rechtsanwender sie nicht nachvollziehen kann. Vor diesem Hintergrund sind auch die Aussagen des Gutachters, wonach die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, welche die Beschwerdeführerin während der Untersuchung gezeigt habe, sowie die Demonstration von 3 der 5 Wadell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch abgestützte Beschwerden zu werten seien, zu relativieren.

E. 7.5.5

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den rheumatologischen Experten fällt zunächst auf, dass er seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf die zuletzt von der Beschwerdeführerin in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit als Servicemitarbeiterin bezogen hat, obwohl er in seinem Gutachten einleitend selbst festgehalten hat, bei der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin handle es sich um die Tätigkeit als Raumpflegerin. Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin fehlt, obwohl die Vorinstanz im Rahmen der angefochtenen Verfügung ebenfalls auf diese Tätigkeit verwiesen hat. Das vom rheumatologischen Gutachter festgelegte Belastungsprofil trägt zwar der verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts Rechnung, indem nur noch leichtgradig körperlich belastende und wechselbelastende Tätigkeiten, mit der Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln als zumutbar erachtet werden. Unklar ist jedoch, ob der Gutachter auch die Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt hat, fehlen doch Aussagen zur Zumutbarkeit bestimmter Bewegungen und Körperhaltungen. Weiter ist nicht ersichtlich, dass die klinisch und bildgebend festgestellte Fingerpolyarthrititis, die vom Gutachter als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde, bei der Festlegung des Belastungsprofils berücksichtigt wurde. Hierzu hat sich der Gutachter nicht geäußert. Insgesamt hat der Rheumatologe das von ihm formulierte medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil nicht nachvollziehbar und schlüssig begründet. Aus diesem Grund vermag auch seine Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht vollends zu überzeugen. Überdies ist es nicht nachvollziehbar, dass bei den vorliegenden pathologischen Befunden an der Wirbelsäule und den Fingern für die Tätigkeit als Kellnerin, die auch von den Gutachtern selbst als mittelschwer betrachtet wurde, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehen soll. Das festgelegte Belastungsprofil ist mit der Tätigkeit als Kellnerin kaum zu vereinbaren, zumal diese mittelschwere Tätigkeit auch wenig Freiheit in der Gestaltung des Arbeitsablaufes bietet und kaum eine Wechselbelastung ermöglichen dürfte. Auch wenn der Grad der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im vorliegenden Fall für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend sein mag, begründet dies weitere Zweifel am rheumatologischen Gutachten. Insgesamt vermag auch die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht zu überzeugen.

E. 7.5.6

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass für die Leistungsprüfung nicht auf das rheumatologische Gutachten abgestellt werden kann. Unter diesen Umständen muss nicht auf die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten MRT-Befunde eingegangen werden.

E. 7.6

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. K. _____ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er hat das depressive Geschehen, an dem die Beschwerdeführerin laut den Akten seit einigen Jahren leidet, gestützt auf eine ausführliche Anamneseerhebung, eine klinische Untersuchung sowie testpsychologische Untersuchungen diagnostisch als Dysthymie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Eine Dysthymie ist gemäss ICD-10 eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 183). Dagegen gehen die psychiatrischen Gutachter aus Österreich davon aus, dass die depressive Symptomatik die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vollständig) einschränkt, wobei sie das Ausmass der Depression im Verlauf phasenweise als schwer, mehrheitlich als mittelgradig bezeichnet haben.

E. 7.6.1

Dr. med. K. _____ ist zum Schluss gelangt, dass die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung zusätzlich zu den körperlichen Missempfindungen geschilderten Beschwerden (beispielsweise Grübeln, Niedergeschlagenheit, verminderter innerlicher Antrieb, innere Unruhe, Konzentrations- und Schlafstörungen, verminderten Belastbarkeit) in Umfang und Schwere durch die Diagnose einer Dysthymie ausreichend erklärbar seien. Eine depressive Episode gemäss ICD-10 F3 konnte er nicht mehr bestätigen, weil die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Kriterien einer depressiven Episode weder aufgrund der Akten noch der Ergebnisse der aktuellen Untersuchung vom 28. November 2018 erfüllt seien. Bei der Beschwerdeführerin bestehe objektiv keine der Symptome in ausreichender Schwere, um eine allfällig andauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Insbesondere seien die Hauptsymptome einer Depression objektiv nicht erfüllt. Es fehle an einer dauerhaften Hemmung der Psychomotorik, an einer wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und einer ausgeprägten sozialen Inaktivität. Die

affektiven Verstimmungen der Beschwerdeführerin liessen sich vollständig als Teil einer Dysthymie sowie als Folge sozialer Faktoren erklären und würden alleine nicht hinreichend eine eigenständige depressive Episode begründen. Der IV-Arzt Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 fest, dass im sehr ausführlichen und sehr sorgfältigen psychiatrischen Gutachten vom 22. Januar 2019 auf eindrückliche und überzeugende Weise dargelegt werde, dass es sich bei dem Leiden der Beschwerdeführerin um eine Dysthymie handle. Die Dysthymie könne äusserst hartnäckig und lästig sein, gelte aber als willentlich überwindbar. Sie stelle keine schwere psychiatrische Störung im Sinne der Invalidenversicherung dar, weshalb sie keine Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Die im Gutachten geäusserten Schlussfolgerungen seien überzeugend begründet (act. 102).

E. 7.6.2

Die Herleitung der Diagnose Dysthymie kann anhand der vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunde im Zeitpunkt der Untersuchung (28. November 2018) grundsätzlich nachvollzogen werden. Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016, S. 23) müssen bei der Prognose der Leistungsfähigkeit die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen aber nicht nur im «Hier und Jetzt» (Querschnitt) untersucht, sondern grundsätzlich auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können (vgl. Urteil des BGer 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.1.2). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Einschätzung des psychiatrischen Experten angesichts der im Längsschnitt mehrfach beschriebenen und von den behandelnden und begutachtenden Fachärzten als mittelschwer bis schwer beurteilten depressiven Zustandsbilder als zu oberflächlich, zumal er keine Diskussion und Beurteilung des dokumentierten Verlaufs der Symptomatik und der berichteten Befunde im Längsschnitt vorgenommen hat (vgl. Urteil des BVer C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 E. 6.5.8.2). Zu den beiden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F._____, vom 25. April 2017 und von Dr. med. H._____, vom 13. Februar 2018 hat er lediglich festgehalten, dass die diagnostische Zuordnung zur ICD-10-Kategorie F3 retrospektiv aus versicherungspsychiatrischer Sicht zumindest grundsätzlich nachvollziehbar, die daraufhin fachärztlich verordnete Psychopharmakotherapie aber als wenig ausgebaut zu werten sei. Er hat zwar erwähnt, dass der Verdacht auf eine rezidivierende Störung spekulativ bleibe, hat es aber unterlassen zu erläutern, weshalb trotz der von den österreichischen Fachärzten seit anfangs 2017 bestätigten depressiven Episoden die Diagnose einer rezidivierenden Störung nicht zu stellen sei. Insgesamt ist damit die diagnostische Einordnung der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten depressiven Symptome für den medizinischen Laien nicht abschliessend nachvollziehbar. Auch wenn es bei der Leistungsbeurteilung nicht in erster Linie auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1), entbindet dies nicht vom Erfordernis, dass eine lege artis gestellte psychiatrische Diagnose gestellt werden muss, zu deren Nachvollziehbarkeit für die rechtsanwendenden Behörden die sachverständige Person wenigstens kurz darzulegen hat, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind (vgl. Urteil des BGer 9C_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.2).

E. 7.6.3

Soweit der psychiatrische Gutachter das Vorliegen einer Störung gemäss Kategorie F45 (somatoforme Schmerzstörung F45.0 inkl. Somatisierungsstörung F.45.4) verneint hat, ist festzuhalten, dass erst nach ausreichender somatischer Abklärung und Prüfung einer organischen Erklärbarkeit der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen die Stellung einer Diagnose aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen (ICD-10 F45) sachlogisch überhaupt in Betracht kommt (vgl. Henningsen/Schickel, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al [Hrsg.], 2. Aufl. 2016, S. 310 Rz. 15). Da, wie oben dargelegt wurde, im Rahmen des rheumatologischen Gutachtens nicht genügend geklärt wurde, inwieweit die organisch nachweisbaren Befunde die angegebenen schmerzbedingten Beschwerden der Beschwerdeführerin zu erklären vermögen, kann die Frage nach dem Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. K. _____ nicht abschliessend beantwortet werden.

E. 7.6.4

Die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin in Bezug auf die von ihr geschilderten Schmerzen von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen ist, kann ebenfalls erst abschliessend beantwortet werden, wenn rechtsgenügend abgeklärt ist, inwieweit die organisch nachweisbaren Befunde die angegebenen Schmerzen zu erklären vermögen. Unabhängig davon erweist sich das psychiatrische Gutachten, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, aber auch in Bezug auf die darin festgestellte Aggravation als in sich nicht stimmig bzw. als nicht nachvollziehbar begründet.

E. 7.6.4.1

Rechtsprechungsgemäss liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; Urteil des BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 7.6.4.2

Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis. Grundsätzlich liegt Aggravation umso eher vor, je mehr Hinweise auf

eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinn «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2014 E. 4.2.2 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1). Bedeutsame Hinweise ergeben sich unter anderem daraus, ob und inwieweit die medizinischen Gutachter als auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben, beispielsweise indem ihnen eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen ist oder die versicherte Person - aus nicht krankheitsbedingten Gründen - während längerer Zeit geeignete Therapievorschlüsse abgelehnt hat. Ebenfalls erhellend sein kann unter Umständen eine Bestimmung des Medikamentenspiegels. Schliesslich sind allenfalls Beschwerdevalidierungstests ergänzend (als ein möglicher «Mosaikstein» der Begutachtung) hilfreich (Urteil des BGer 9C_899/2014 E. 4.2.3 mit Hinweis). Die Feststellung von bewusstseinsnaher Aggravation, Simulation und Somatisierung ist grundsätzlich Sache des psychiatrischen Facharztes (Urteil des BGer 9C_737/2018 vom 15. Februar 2019 E. 5.2).

E. 7.6.4.3

Der psychiatrische Gutachter geht davon aus, dass sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben und des aktuellen Untersuchungsbefunds (inkl. MMPI-2) aus versicherungspsychiatrischer Sicht hinreichende Belege für eine aktuelle und im Verlauf stattgefundene bewusstseinsnahe Aggravation ergeben würden. Er hielt fest, dass die Beschwerdeführerin bei der Selbsteinschätzung eine Überbetonung von Krankheitssymptomen, eine extreme Zustimmungstendenz, eine Aufmerksamkeitserheischung, eine aussergewöhnliche Verdeutlichungstendenz und eine nicht authentische elegische Selbstdarstellung zu beobachten gewesen seien. Bei der Interpretation der Laborergebnisse hielt er fest, dass der Wert für Hydromorphon unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze liege, was gegen die Einnahme des Medikaments spreche. Dagegen lag der Wert für Fluoxetin und des Abbauprodukts Desmethylfluoxetin innerhalb des Referenzbereichs, was für eine Einnahme des Medikaments spreche. Die Angaben der Beschwerdeführerin zu Einnahme von Schmerzmitteln (Hydal retard) stehe somit im Widerspruch zu den Ergebnissen der aktuellen Laboranalyse.

E. 7.6.4.4

Bezüglich des Verhaltens der Beschwerdeführerin während der psychiatrischen Exploration hat der Gutachter mit Ausnahme einer manchmal auftretenden schmerzvermittelnden Mimik, die auch vom rheumatologischen Gutachter beschrieben wurde, keine konkreten Beispiele genannt, wie sich die von ihm festgestellte aussergewöhnliche Verdeutlichungstendenz in der Untersuchungssituation präsentiert hat. Aus dem bidisziplinären Gutachten ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin Beschwerden vortäuschte, die überhaupt nicht bestehen. Vielmehr weisen die Ausführungen der beiden Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin vorhandene Krankheitssymptome übertrieben darstellte, wobei der psychiatrische Gutachter die Frage, ob das Vorbringen der Klagen appellativ, demonstrativ oder theatralisch wirkt, aber dennoch verneint hat. Der psychiatrische Gutachter geht einerseits davon aus, die Beschwerdeführerin überbetone die Krankheitssymptome bewusst, andererseits hielt er aber auch fest, dass die klinische Präsentation der körperlichen Missempfindungen von ihren akzentuierten, insbesondere histrionischen Persönlichkeitszügen gestaltet werde. Inwiefern

die von den Gutachtern beobachtete Verdeutlichungstendenz mit der als übertrieben empfundenen schmerzvermittelnden Mimik Ausfluss ihrer Persönlichkeit ist, was doch eher auf ein unbewusst übertriebenes Betonen von Beschwerden hindeuten würde, wurde bei der Prüfung einer Aggravation nicht diskutiert. Zwar hat der psychiatrische Experte das Vorliegen einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 auf überzeugende Weise verneint, die Frage, ob die Grenze eines bloss verdeutlichenden Verhaltens hin zu einer Aggravation überschritten wurde, ist aufgrund der gutachterlichen Angaben zum Verhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung aber nicht hinreichend beantwortet.

E. 7.6.4.5

Zur vom psychiatrischen Experten erwähnten Diskrepanz in Bezug auf die Nichteinnahme der Schmerzmedikation ist festzuhalten, dass dem Gutachten keine klare Aussage der Beschwerdeführerin zu entnehmen ist, wie häufig sie das Schmerzmittel einnimmt. Sie gab lediglich an, dass sie neben einer Psychopharmakotherapie mit Fluoxetin 10 mg/d als Schmerzmittel unter anderem Hydal retard 8 mg/d (Hydromorphon) nehme. Zudem gab sie an, dass bei Schmerzspitzen von 8-9, die nicht täglich aber manchmal bis zu viermal im Tag vorkommen würden, Hydal retard (und Lagewechsel) helfen würde. Im rheumatologischen Gutachten wurde unter der Systemanamnese festgehalten "Hydal (Hydromorphin) 4-0-4 mg, jeweils ohne markant beschwerdelindernden Effekt". Aus den Angaben der Beschwerdeführerin geht damit nicht klar hervor, ob sie das Schmerzmittel regelmässig oder nur bei Bedarf einnimmt. Eine Diskrepanz zwischen ihren Angaben und dem labormässig erhobenen Medikamentenspiegel ist damit nicht erstellt. Auch wenn anzunehmen wäre, dass die Schmerzmedikamente mehrheitlich nicht eingenommen wurden, so rechtfertigt dies insbesondere vor dem Hintergrund dessen, dass sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren wiederholt in stationäre rehabilitative Behandlung begab, nicht, von einer eine Gesundheitsbeeinträchtigung ausschliessenden Aggravation auszugehen.

E. 7.6.4.6

Dem psychiatrischen Gutachter ist insoweit beizupflichten, als die auffälligen Resultate des MMPI-2 Tests, der in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016) unter dem Aspekt "Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität" ausdrücklich als validierter Test aufgeführt wird, ein Indiz für eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden darstellen. Diese Gegebenheit schafft für sich jedoch noch nicht die notwendige Klarheit über das Vorliegen einer Aggravation, zumal diese aufgrund der einschneidenden Folgen des Anspruchsverlusts rechtsprechungsgemäss nicht leichthin anzunehmen ist. Das Vorliegen eines Ausschlussgrundes ist rechtsprechungsgemäss, wie erwähnt, auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht zu beurteilen. Beschwerdevalidierungstests bilden in diesem Zusammenhang einen «Mosaikstein» (Urteile des Bundesgerichts 9C_621/2018 vom 27. November 2018 E. 5.3.3 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3).

E. 7.6.4.7

In Bezug auf die einzubeziehende zeitliche Beobachtungsbasis hielt der psychiatrische Gutachter zwar fest, er habe seine Schlussfolgerung "unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte und der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen

Angaben" getroffen, benennt aber die entsprechenden Berichte bzw. Angaben nicht, aus denen sich Anhaltspunkte für eine Aggravation oder gar Simulation finden lassen. Solche Hinweise sind denn auch nicht ersichtlich. So wird in keinem der vorliegenden Arztberichte und Gutachten aus Österreich ein auffälliges Verhalten der Beschwerdeführerin im Sinne eines bewusstseinsnahen Vortäuschens nicht vorhandener Symptome beschrieben. Die Aussage des Gutachters, er habe die Aggravation "unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte und der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben" festgestellt, ist damit aktenwidrig und nicht nachvollziehbar.

E. 7.6.4.8

Gesamthaft ist der Schluss auf eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Aggravation bei dieser Ausgangslage trotz auffälliger Resultate des MMPI-2 Tests und gewisser Zweifel an einer ausreichenden Medikamentencompliance (Urteil des BGR 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.4) nicht haltbar. Ein zweifelloses Überschreiten der Grenzen bloss verdeutlichenden Verhaltens ist insbesondere unter Berücksichtigung einer möglichst breiten medizinischen Beobachtungsbasis nicht ausgewiesen.

E. 7.6.5

Da bereits die diagnostische Einordnung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin und auch die Frage nach einer allfälligen Aggravation nicht abschliessend geklärt sind, erübrigt sich die Prüfung, ob die Einschätzung von Dr. med. K._____ auch mit Blick auf die Standardindikatoren zu überzeugen vermag. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung zwar zu einzelnen Standardindikatoren Stellung genommen, sich jedoch nicht zu den rheumatologischen Komorbiditäten und deren Auswirkungen auf die Ressourcen der Beschwerdeführerin geäußert hat. Damit ist auch nicht erstellt, dass die Indikatoren vom Gutachter umfassend gewürdigt worden sind.

E. 7.7

Aus dem Dargelegten folgt, dass für die Leistungsbeurteilung nicht auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. J._____ und Dr. med. K._____ vom 22. Januar 2019 abgestellt werden kann.

E. 7.8

Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf die zuhanden des österreichischen Versicherungsträgers erstellten Gutachten nicht möglich, insbesondere, weil die von den österreichischen Gutachtern postulierte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf eine mittelschwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nicht näher begründet und auch nicht im Lichte der normativen Vorgaben diskutiert wurde. Damit steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2020 vorlagen, nicht schlüssig beurteilen lassen. Auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurden keine medizinischen Stellungnahmen eingereicht, welche die festgestellten Lücken beim medizinischen Sachverhalt zu schliessen vermöchten. Soweit die Beschwerdeführerin im Hauptantrag die Zusprechung einer (ganzen) Rente auf der Grundlage der zuhanden des österreichischen Versicherungsträgers erstellten Gutachten beantragt, kann dem nicht entsprochen werden.

E. 8

Weiter wirft der invalidenversicherungsrechtliche Status der Beschwerdeführerin Fragen auf, die - auch wenn von der Beschwerdeführerin nicht ausdrücklich aufgeworfen (vgl. BGE 125 V 413 E. 2b) - im Folgenden zu klären sind.

E. 8.1

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung 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 mit Hinweisen).

E. 8.2

Für die Beurteilung der verbliebenen Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich bedarf es grundsätzlich einer Haushaltsabklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Bei im Ausland wohnenden Versicherten kann auf eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil BGER I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-3269/2016 vom 30. Januar 2018 E. 3.3.1). Nach der einheitlichen Praxis der Vorinstanz werden bei Versicherten im Ausland die erforderlichen Informationen über die tatsächlichen Verhältnisse an Ort und Stelle mit einem entsprechenden Fragebogen erhoben. Daran schliesst sich eine Beurteilung der eingeholten Auskünfte durch die Ärzte des medizinischen Dienstes an. Diese Praxis wird vom Bundesverwaltungsgericht im Grundsatz geschützt (vgl. Urteil des BVGer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 8.3

Die Vorinstanz geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang von 50 % teilerwerbstätig und im Umfang von 50 % im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig wäre. Folglich hat sie den Invaliditätsgrad anhand der gemischten Methode ermittelt.

E. 8.4

Aus den Akten ergibt sich, dass die seit 2004 geschiedene Beschwerdeführerin gemeinsam mit ihrem Sohn (geb. [...] 2000) im eigenen Einfamilienhaus lebt. Bis zur Geburt ihres Sohnes war sie stets zu 100 % erwerbstätig (act. 60 S. 14). Danach nahm sie am 10. Dezember 2001 wieder eine Teilzeittätigkeit auf. In ihrer letzten Tätigkeit als Raumpflegerin, die sie per Ende Februar 2017 aufgeben musste, war sie in einem Pensum von rund 50 % (20 Stunden pro Woche) tätig. Auf dem Fragebogen für Versicherte, datiert am 9. Oktober 2017, gab die Beschwerdeführerin auf die Frage, aus welchen Gründen eine

Teilzeiterwerbstätigkeit gewählt worden sei (beispielsweise Reduzierung der Arbeitszeit aus gesundheitlichen Gründen, wirtschaftliche oder persönliche Gründe), an, «Geburt des Sohnes» (act. 16). Im zweiten Fragenbogen für Versicherte, datiert am 7. Februar 2019, gab sie auf die entsprechende Frage an, sie würde bei guter Gesundheit heute aus finanziellen Gründen eine Erwerbstätigkeit in ihrem erlernten Beruf (Köchin/Kellnerin) ausüben. In welchem Pensum sie dies tun würde, liess sie unbeantwortet (act. 64). Zur Frage, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen erwerbtätig wäre, findet sich keine Aussage von ihr in den Akten. Angesichts der erheblichen Bedeutung der Statusfrage für die Rentenbemessung wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, die konkreten Verhältnisse für die (hypothetische) Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit eingehend abzuklären und entsprechend zu begründen. Vorliegend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihr früher volles Erwerbstätigkeitspensum reduzierte, um ihren Betreuungsaufgaben als alleinstehende Mutter nachzukommen. Zwar hat die Beschwerdeführerin, auch als ihr Sohn bereits älter war, ihr Pensum nicht mehr über 50 % hinaus erhöht, fraglich ist allerdings, ob sie gesundheitlich überhaupt noch in der Lage gewesen wäre, einer Erwerbstätigkeit im Umfang von 100 % nachzugehen. Zudem ist auch die angespannte finanzielle Situation der alleinstehenden Beschwerdeführerin (act. 60 S. 15) ein Indiz für eine volle Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall, das die Vorinstanz soweit ersichtlich nicht in die Würdigung miteinbezogen hat. Die Abklärung des Umfangs der im Gesundheitsfall hypothetisch ausgeübten Erwerbstätigkeit wird die Vorinstanz im Rahmen ihrer erneuten Prüfung nachzuholen haben.

E. 9.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts und der Statusfrage ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und in Gutheissung des Eventualantrags der Beschwerdeführerin zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen sowie zur Klärung der Statusfrage und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Klärung der Statusfrage steht BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 nicht entgegen. Zudem erfolgt auch die Rückweisung zur medizinischen Abklärung in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend die umfassende administrative Erstbegutachtung noch nicht polydisziplinär durchgeführt wurde. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens ist abzusehen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVerger C-5137/2017 vom 7. Januar 2020 E. 5.10). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVerger C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 9.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der erwerblichen und medizinischen Akten eine

interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit als auch - sofern die Beschwerdeführerin im Haushalt tätig wäre - im Aufgabenbereich bzw. in Haushaltsaktivitäten bestehen. Falls die Abklärungen der Vorinstanz einen Anteil für den Aufgabenbereich (Haushalt) ergeben, muss sich die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Haushalt durch die Ärzte auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse stützen (vgl. Roland Hochreutener, IV-Leistungen für Versicherte im Ausland, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 107 m.H. auf Urteile des BVGer C-7026/2013 vom 9. September 2015 E. 5.5.1; C-4491/2013 vom 4. Mai 2015 E. 6.9; siehe auch oben E. 8.2), und die Beschwerdeführerin ist im Rahmen der Begutachtung durch die Fachärzte zu den Einschränkungen in den jeweiligen Tätigkeiten des Haushalts detailliert zu befragen (vgl. Urteil des BVGer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 4.2). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten, namentlich ein Gastroenterologe oder eine Gastroenterologin beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-4537/2017 E. 8).

E. 9.3

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

E. 10

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 20. Januar 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb der

Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Der Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.- gerechtfertigt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.