

# **BVGer C-1250/2020 vom 19. November 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1250\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1250_2020)

FR: TAF C-1250/2020 du 19 novembre 2021

IT: TAF C-1250/2020 del 19 novembre 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 der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist (BVGer act. 7) und sie mithin keinen Kostenvorschuss zu leisten hat, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 30. Januar 2020, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Nicht Gegenstand der gerichtlichen Prüfung ist die Frage, ob die Verwaltung zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten ist (vgl. dazu BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 3.5).

### **E. 2.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30. 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. 2.3**

Die Beschwerdeführerin ist serbische Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2019 ist das Abkommen vom 11. Oktober 2010 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.682.1, nachfolgend: Abkommen) in Kraft. Für serbische Staatsangehörige findet dieses Abkommen Anwendung (Art. 3 Ziff. 1). Der sachliche Geltungsbereich des Abkommens bezieht sich gemäss Art. 2 Abs. 1 in der Schweiz unter anderem auf die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung. Nach Art. 4 des Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den

Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da hier keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung grundsätzlich aufgrund des schweizerischen Rechts (Urteil des BVGer C-2471/2019 vom 17. Mai 2019 E. 3.2).

### **E. 3**

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs respektive der Begründungspflicht geltend. Ob eine Verletzung der Begründungspflicht vorliegt, kann vorliegend indes offenbleiben. Denn - wie nachfolgend darzulegen ist - ist die Streitsache aus materiell-rechtlichen Gründen zur Veranlassung weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **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 während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. Auszug aus dem Individuellen Konto [IK]; act. 130), 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).

### **E. 5.3**

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C\_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

### **E. 5.4**

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C\_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2).

### **E. 5.5**

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

### **E. 5.6**

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. 5.7**

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. 5.8**

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). Den Rechtsanwender trifft die Pflicht, die medizinischen Angaben daraufhin zu prüfen, ob sich die Ärzte 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**

Beim Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 25. Oktober 2013 stützte sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf die RAD-Berichte der Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 11. Februar 2013 (act. 23) und 26. August 2013 (act. 45, S. 6 - 8) sowie von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 31. Mai 2013 (act. 39, S. 4 f.) und 8. August 2013 (act. 45, S. 4 f.). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 11. Februar 2013 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylose der Wirbelsäule (ICD-10 M48.80) fest; als Diagnosen ohne Auswirkung führte er einen Bluthochdruck, eine Hyperlipidämie, einen Diabetes Typ II sowie einen (vor 10 Jahren erlittenen) Brustkrebs ohne Rezidiv an. Weder im Haushalt noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeits- respektive Leistungsunfähigkeit. Das onkologische Leiden sei 4 Jahre nach der Abreise aus der Schweiz aufgetreten und habe keinen Einfluss auf die Entscheidung, keine bezahlte berufliche Tätigkeit mehr aufzunehmen, gehabt. Die gemässigte Spondylose auf der Höhe der Wirbelsäule sei nicht verantwortlich für funktionelle Limitierungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit verursachen würden. Demnach kam er zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin eine vollzeitige Arbeitstätigkeit möglich sei. Schwere Arbeiten seien dabei ausgeschlossen; das Tragen von

Gewichten sei regelmässig im Umfang von höchstens 5 kg und gelegentlich im Ausmass von bis zu 8 kg zumutbar. Sie müsse die Möglichkeit haben, ihre Position mindestens einmal pro Stunde zu wechseln, und sie dürfe keine Arbeiten mit regelmässiger Beugung des Rumpfes ausführen. Bei den Arbeiten im Haushalt bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. 23, S. 1 - 7). An dieser Beurteilung hielt der RAD-Arzt auch nach Prüfung der neu eingereichten Berichte fest (Stellungnahme vom 10. Juni 2013, act. 39, S. 6 f.). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 8. August 2013 fest, aus psychiatrischer Sicht handle es sich wahrscheinlich um einen leichte depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F41.21), welche vielleicht die Schwelle zur leichten reaktiven Depression (ICD-10 F32.0) erreichen könne. Die Durchführung einer Begutachtung in der Schweiz sei nicht notwendig, weil aufgrund der Akten keine psychiatrischen Beeinträchtigungen mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (act. 45, S. 4 f.). In seinem Schlussbericht vom 26. August 2013 kam Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zum Schluss, es bestehe weder in einer angepassten Arbeitstätigkeit noch für den Bereich des Haushaltes eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. 45, S. 7 f.). Nach Prüfung eines radiologischen und neurologisch-neuropsychologischen Berichts (act. 48 f.) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 21. Oktober 2013 an seiner bisherigen Beurteilung fest (act. 51).

#### **E. 6.2**

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 2. Mai 2016 führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus, dass die neuen Elemente des Bronchialasthmas und des Lymphödems keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Zu den beschriebenen psychischen Störungen könne er mangels fachlicher Spezialisierung keine Stellungnahme abgeben; hierzu sei der zuständige psychiatrische Facharzt des RAD zu befragen (act. 80).

#### **E. 6.3**

RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 17. Oktober 2016 fest, dass die ergänzend eingereichten medizinischen Berichte nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen liessen (act. 90).

#### **E. 6.4**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesie, kam mit Bericht vom 7. Oktober 2016 zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine hoch chronifizierte Schmerzerkrankung im Stadium II nach Gebershagen bestehe. Der Schmerz sei als dysfunktionaler chronischer Schmerz mit starker Beeinträchtigung und hochgradiger Einschränkung zu bewerten. Die Schmerzen würden sicher durch das bestehende Fatiguesyndrom und die deutlich depressive Symptomatik, einhergehend mit Angst, unterhalten (act. 101).

#### **E. 6.5**

Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, führte in seinem Bericht vom 13. Januar 2017 aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden eine rezidivierende depressive Störung, eine Somatisierungs- und eine posttraumatische Belastungsstörung, ein arterieller Hypertonus, ein Asthma bronchiale, ein Diabetes mellitus Typ II, eine Polyneuropathie, ein Zustand nach Mammakarzinom rechts mit operativer Behandlung, ein Impingementsyndrom beider Schultern, degenerative BWS- und LWS-Veränderungen mit Bandscheibenschaden und eine Adipositas. Die Beschwerdeführerin leide wiederholt und anhaltend sehr unter multiplen Beschwerden, insbesondere unter psychischen Symptomen sowie unter Schmerzen. Sie sei in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt. Aufgrund der

genannten Erkrankungen und Beschwerden sei sie in ihrer psychischen und physischen Belastbarkeit sowie ihrer Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt, und eine berufliche Tätigkeit erscheine aufgrund dieser Einschränkungen nicht mehr möglich (act. 162).

#### **E. 6.6**

Mit Bericht vom 24. Januar 2017 hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung ein chronisches somato-psykosomatisches Schmerzsyndrom bestehe. Die Prognose sei als ungünstig einzustufen. Es sei zu einer Chronifizierung gekommen, so dass die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit als unwahrscheinlich einzustufen sei (act. 105).

#### **E. 6.7**

Dipl. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstatteten Gutachten vom 15. März 2017 als Diagnosen ein psychomotorisch verlangsamtes, affektlabiles Zustandsbild bei chronischem Schmerzsyndrom und eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.4, eine generalisierte Angststörung mit posttraumatischen Belastungsanteilen (ICD-10 F41.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom nach ICD-10 F33.11, fest. In ihrer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kam sie zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt durchgeführten beruflichen Tätigkeit weniger als 3 Stunden pro Tag arbeiten könne. Es seien ihr - ebenfalls im Umfang von weniger als 3 Stunden pro Tag - nur noch leichte Arbeiten, überwiegend in sitzender Position, zeitweise im Stehen respektive im Gehen, zumutbar (act. 114).

#### **E. 6.8**

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 15. Dezember 2017 aus, symptomatisch stünden eine durchgängig gedrückte Stimmung sowie durchgängig bestehende Schmerzen, welche neben einem sicherlich organischen Korrelat deutlich somatoform ausgestaltet seien, im Vordergrund. Die Störung sei anhaltend und als chronifiziert zu betrachten. Die Beschwerdeführerin sei langfristig nicht in der Lage, in einem Arbeitsverhältnis 3 Stunden oder mehr zu arbeiten, weshalb aus psychiatrischer Sicht von einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung auszugehen sei (act. 140).

#### **E. 6.9**

In ihrem vorläufigen Entlassungsbericht vom 6. Februar 2018 führten die behandelnden Ärzte des Klinikums J. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit einem Mammakarzinom-Rezidiv aus, hinsichtlich der vorgenommenen Tumorexzision mit Axillaexploration habe sich der stationäre Verlauf komplikationslos und afebril gezeigt (act. 170, S. 1 f.).

#### **E. 6.10**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bescheinigte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 20. April 2018 eine Reiseunfähigkeit mit der Begründung, aufgrund des multimorbiden Zustandsbildes sei die psycho-physische Belastbarkeit erheblich vermindert (act. 178). Diese Schlussfolgerung wurde von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 24. April 2018 bestätigt (act. 180).

#### **E. 6.11**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bestätigte in seinem Bericht vom 29. Mai 2018 die bisher gestellten Diagnosen und führte ergänzend aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 2. Mai 2018 bei

einem Sturzereignis mehrere Prellungen und eine Fraktur des Querfortsatzes des 1. Lendenwirbelkörpers zugezogen. Seit diesem Ereignis bestehe eine Gangunsicherheit mit Ängsten. Aufgrund der beschriebenen Erkrankungen und Beschwerden sei sie in ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit weiterhin stark eingeschränkt, so dass eine berufliche Tätigkeit nicht mehr möglich sei (act. 196).

#### **E. 6.12.1**

Am 19. November 2018 erstatteten die Gutachter der B.\_\_\_\_\_ AG ihr interdisziplinäres Gutachten. In ihrer Konsensbeurteilung hielten sie als relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine degenerative Veränderung der Halswirbelsäule, eine degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenprotrusion L5/S1 (Status nach dislozierter Querfortsatzfraktur L1 rechts) sowie eine mittelgradige Coxarthrose beidseits, ohne zu verifizierende Bewegungseinschränkung, fest. In Bezug auf das Belastungsprofil führten sie aus, dass emotional belastende Tätigkeiten vermieden werden sollten. In somatischer Hinsicht seien der Beschwerdeführerin körperlich nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zuzumuten, wobei diese überwiegend im Sitzen, mit der Möglichkeit zu eigens gewählten Positionswechseln, erfolgen müssten. Es dürften zudem keine permanenten Überkopf- und keine Gerüst- und Leitertätigkeiten ausgeübt werden. Zu vermeiden seien auch Zwangshaltungen für die Wirbelsäule und die unteren Extremitäten. Von Seiten des psychiatrischen Gutachters werde von einer erheblichen Aggravation ausgegangen, und die Angaben der Beschwerdeführerin seien nicht plausibel. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestehe seit der Verfügung vom 25. Oktober 2013 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit seit dem Erlass der Verfügung vom 25. Oktober 2013 nur aus psychiatrischen Gründen und zudem nur vorübergehend vermindert gewesen. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit ab Januar 2016 bis zum Klinikeintritt vom 12. April 2016 noch 50 % betragen habe. Während der stationären Therapie (12. April bis 11. Mai 2016) sei die Arbeitsfähigkeit natürlich aufgehoben gewesen. Ab dem 11. Mai 2016 bestehe keine quantitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr (act. 235, S. 1 - 12).

#### **E. 6.12.2**

In seinem psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere fest, die Medikamentenspiegel der beiden Antidepressiva Duloxetin und Amitriptylin lägen jeweils deutlich unterhalb des Referenzbereiches, obwohl die Medikamente adäquat dosiert seien. Es sei am ehesten anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin diese Medikamente nicht regelmässig einnehme (act. 235, S. 35). Es bestehe keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit). Es sei davon auszugehen, dass in den vergangenen Jahren eine Dysthymie nach ICD-10 F34.1 vorgelegen habe. Ferner sei anzunehmen, dass die beschriebene Verschlechterung der depressiven Symptomatik im Jahre 2016 mit stationärer psychiatrischer Behandlung auf eine vorübergehende mittelgradige depressive Episode, welche sich inzwischen längst zurückgebildet habe, zurückzuführen sei. Die Beschwerdeführerin sehe sich nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen oder auch nur eine Haushaltstätigkeit wahrzunehmen; sie benötige sogar Hilfe bei der Körperpflege. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer erheblichen Aggravation auszugehen, und die Angaben der Beschwerdeführerin seien nicht plausibel. Dass im Rahmen des stationären Aufenthaltes vom 12. April bis 11. Mai 2016 eine mittelgradige depressive

Episode nach ICD-10 F33.1 bestanden habe, erscheine zwar nachvollziehbar; die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei aber nicht plausibel. In keiner Weise nachvollziehbar sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1. Als Ressource sei die aktuelle Partnerbeziehung anzusehen. Die Fähigkeit, emotionale Belastungen zu bewältigen, sei eingeschränkt. Emotional belastende Tätigkeiten sollten vermieden werden, ansonsten sei das Belastungsprofil aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Insgesamt liege aus psychiatrischer Sicht keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit vor. Sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin eine Arbeit im Umfang von 8.5 Stunden, ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit, zumutbar. Zu vermeiden seien lediglich emotional belastende Tätigkeiten. Hinsichtlich der Frage der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Oktober 2013 beschränkte sich der psychiatrische Gutachter auf den Hinweis, dass es nur vorübergehend zu einer Verschlechterung im Jahr 2016 gekommen sei und keine wesentlichen Veränderungen eingetreten seien; damals wie heute liege eine leicht ausgeprägte Depressivität vor (act. 235, S. 28 - 44).

### **E. 6.12.3**

Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Facharzt für Chirurgie, hielt in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 12. Oktober 2018 als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine degenerative Veränderung der Halswirbelsäule, eine degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule mit Bandscheibenprotrusion L5/S1, bei Status nach dislozierter Querfortsatzfraktur L1 rechts, sowie eine mittelgradige Coxarthrose beidseits, ohne zu verifizierende Bewegungseinschränkung, fest. In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er aus, die von der Beschwerdeführerin geschilderten und demonstrierten gesundheitlichen Einschränkungen und Gesundheitsstörungen seien nicht zu objektivieren. Es bestünden keine passiven Bewegungseinschränkungen der oberen und unteren Extremitäten; ferner seien seitengleiche Benutzungszeichen der Hände sowie der Fusssohlenbeschwiellung festzustellen. Bei entsprechender geduldiger und wiederholter Untersuchung seien insgesamt keine versicherungsmedizinisch relevanten Auffälligkeiten festzustellen, fünf von fünf Waddel-Kriterien seien deutlich positiv, was als Hinweis für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik zu werten sei. Die Beschwerdeführerin erlebe sich als vollständig gesundheitlich eingeschränkt, mit der Notwendigkeit der Benutzung eines Rollators. Sie gebe an, in allen Bereichen des Lebens erheblich behindert, unheilbar krank und arbeitsunfähig zu sein. Auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet habe sich keine zu objektivierende und dem Alter voranschreitende Erkrankung ergeben, welche die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit beeinträchtigen würde. Die geklagten Symptome und Funktionseinbußen seien - zumindest im demonstrierten und berichteten Umfang - inkonsistent und könnten durch zu objektivierende Untersuchungsergebnisse nicht validiert und nachvollzogen werden. Den zu objektivierenden Gesundheitsstörungen, d. h. im Wesentlichen den beschriebenen degenerativen Veränderungen des muskuloskelettalen Systems und des Achsorgans, sei in dem Sinn Rechnung zu tragen, dass sie die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten in der Gastronomie als Servicekraft im Restaurant respektive in einer Bäckerei nicht mehr ausüben könne. Allerdings seien ihr körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar. Die Tätigkeiten müssten überwiegend im Sitzen stattfinden, mit der Möglichkeit der selbst gewählten Positionswechsel. Es dürften keine permanenten Überkopfarbeiten und keine Gerüst- und Leitertätigkeiten ausgeübt werden. Ferner seien Zwangshaltungen für die

Wirbelsäule und für die unteren Extremitäten zu vermeiden. Auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet würden sich keine zu objektivierenden Kriterien ergeben, welche zu einer Einschränkung der Haushaltstätigkeit führten. Hinsichtlich der Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes im relevanten Vergleichszeitraum führte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ aus, dass im Jahr 2013 unter anderem über einen Bandscheibenvorfall L5/S1 sowie im Jahre 2015 ein chronisches Impingementsyndrom beider Schultergelenke berichtet worden sei. Im März 2016 seien eine Bandscheibenprotrusion L5/S1 sowie beidseitige Coxarthrosen mitgeteilt worden. Eine MRI der Halswirbel- und der Lendenwirbelsäule habe keine Bandscheibenvorfälle, jedoch degenerative Veränderungen gezeigt. Im Jahr 2016 sei sodann eine primäre Gonarthrose beidseits festgehalten worden. Eine Röntgenuntersuchung des linken Schultergelenks vom 23. Mai 2018 habe eine leichte AC-Gelenkarthrose und eine leichte Omarthrose gezeigt. Eine Röntgenbeckenübersichtsaufnahme vom 23. Mai 2018 habe sodann eine mittelgradige Coxarthrose beidseits ergeben. Bei der ebenfalls am 23. Mai 2018 durchgeführten Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule seien eine moderate Osteochondrose und eine dislozierten Querfortsatz-Fraktur L1 rechts, vermutlich verursacht durch einen Sturz vom 2. Mai 2018, nachgewiesen worden (act. 235, S. 45 - 66).

#### **E. 6.12.4**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für medizinische Onkologie, hielt in seinem Teilgutachten vom 12. Oktober 2018 fest, aus internistischer Sicht seien keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Adipositas (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>), die medikamentös behandelte Hypertonie, der Diabetes Typ 2, die asthmoide Atemstörung, das Mammakarzinom (2002/2018), die Hysterektomie (2006) sowie die Cholezystektomie (2018) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität der gemachten Angaben sei schwierig, da die Beschwerdeführerin wahrscheinlich ihre Beschwerden aggraviere und sich deshalb nicht als arbeitsfähig einstufe. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit würden die subjektiv wahrgenommenen neurologischen Befunde durch die vermutete Aggravation gesteuert. Aus internistischer Sicht sei eine Einschränkung bei der beruflichen Tätigkeit respektive bei der Tätigkeit als Hausfrau nicht zu erklären. Aus internistischer Sicht scheine die Arbeitsfähigkeit nie eingeschränkt gewesen zu sein. Aus internistischer Sicht ergebe sich kein Hinweis auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes im relevanten Vergleichszeitraum (act. 235, S. 67 - 79).

#### **E. 6.13**

In einem von den medizinischen Diensten der (deutschen) Krankenversicherung veranlassten Gutachten vom 22. März 2019 hielt die mit der Abklärung beauftragte Pflegefachkraft insbesondere fest, die Fortbewegung innerhalb und ausserhalb der Wohnung erfolge im Rollstuhl mit personeller Hilfe, und Treppensteigen sei nicht möglich. In Bezug auf die Haushaltsführung wurde ferner festgehalten, dass die Beschwerdeführerin für das Einkaufen für den täglichen Bedarf überwiegend unselbständig sei. Gleiches gelte auch für einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten. In Bezug auf die Zubereitung einfacher Mahlzeiten sowie die Durchführung von aufwändigen Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschliesslich Wäschepflege, sei sie vollkommen unselbständig. Hinsichtlich des Umgangs mit finanziellen Angelegenheiten und Behördenangelegenheiten sei sie überwiegend selbständig, und hinsichtlich der Nutzung von Dienstleistungen sei sie vollkommen selbständig. Gestützt auf ihre Feststellungen ermittelte die Pflegefachkraft

einen Pflegegrad 3 (seit 1. Oktober 2018; act. 264, S. 1 - 18).

#### **E. 6.14**

In ihrer ergänzenden Beurteilung vom 16. April 2019 hielten die Gutachter fest, dass der Bereich der Ernährung (Rüsten, Kochen, Anrichten, alltägliche Reinigungsarbeiten in der Küche, Vorrat) durch die gesundheitlichen Einschränkungen nicht beeinträchtigt werde. Im Bereich der Wohnungs- und Haushaltspflege sei das Aufräumen, das Abstauben und das Staubsaugen in selbst gewählter Geschwindigkeit und mit entsprechenden Hilfsmitteln ohne Einschränkung möglich. Die Bodenpflege sei ebenfalls in selbst gewählter Geschwindigkeit und mit entsprechenden Hilfsmitteln ohne Einschränkung möglich. Gleiches gelte auch für die Reinigung der sanitären Anlagen und für das Wechseln der Bettwäsche, die Pflanzen-, die Garten- und Umgebungspflege sowie die Abfallentsorgung und die Haustierhaltung. Die gründliche Reinigung der Wohnung sei zu 20 % eingeschränkt. Auch die Tier- und Stallreinigung sei zu 20 % eingeschränkt. Nicht eingeschränkt sei dagegen der alltägliche Einkauf; nur wenn schwere Dinge von mehr als 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, sei für den Bereich des Einkaufs eine Einschränkung von 50 % anzunehmen. Für den Bereich der Wäsche- und Kleiderpflege bestehe keine Einschränkung. Die Pflege und Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen sei aufgrund der festgestellten Gesundheitsstörungen im Umfang von 20 % beeinträchtigt (act. 255, S. 1 - 6).

#### **E. 6.15**

Der medizinische Dienst der Vorinstanz führte in seiner Beurteilung vom 28. Mai 2019 aus, dass das B.\_\_\_\_\_-Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruhe und die Standardindikatoren im Sinne des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zur Herleitung der Schlussfolgerungen hinreichend berücksichtige. Die geklagten Beschwerden seien ebenfalls in Betracht gezogen worden und das Gutachten sei in vollständiger Kenntnis der persönlichen und medizinischen Anamnese erstellt worden. Der Expertise sei demnach volle Beweiskraft beizumessen. Durch Gewichtung der jeweiligen Haushaltsbereiche und Berücksichtigung der (teilweise in Abweichung vom Gutachten) festgelegten Einschränkungen ermittelte er eine Invalidität von 4.7 % (act. 261).

#### **E. 7**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsverneinenden Verfügung vom 25. Oktober 2013 und der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

#### **E. 7.1**

Die angefochtene Verfügung basiert in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären B.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 19. November 2018, welches vom medizinischen Dienst der Vorinstanz als beweiswertig eingestuft worden ist.

#### **E. 7.2**

Die Beschwerdeführerin macht beschwerdeweise geltend, die Begutachtungen aus Deutschland stünden in einem offensichtlichen Widerspruch zum B.\_\_\_\_\_-Gutachten, zumal das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bei ihr einen Grad der Behinderung von 80 respektive eine Pflegestufe 3 anerkannt habe (BVGer act. 1, S. 3 -

5, samt Beilagen 4 und 5).

### **E. 7.3**

Das polydisziplinäre B. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 19. November 2018 wurde im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt. Es handelt sich somit um ein (unabhängiges) externes Administrativgutachten, das auf psychiatrischen, orthopädischen und internistischen Untersuchungen beruht, welches auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben worden ist. Des Weiteren sind in der polydisziplinären Beurteilung die massgeblichen Fachrichtungen beigezogen und die gestellten Fragen beantwortet worden. 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 zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet werden.

### **E. 7.4**

Vorliegend werden im B. \_\_\_\_\_-Gutachten Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation geltend gemacht. Es ist folglich vorab zu klären, ob die diesbezüglichen medizinischen Abklärungen rechtsgenügend sind.

#### **E. 7.4.1**

Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen 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; 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 S. 287 f. mit Hinweisen). 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 einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteile des BGer 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 [SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121] E. 4.2.2; 9C\_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1). Grundsätzlich liegt Aggravation umso eher vor, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinn «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten (vgl. Urteile des BGer 9C\_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1; 9C\_899/2014 E. 4.2.2 mit Hinweis; Urteil des BGer). 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. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer

Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG; Urteil des BGer 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 [SVR 2016 IV Nr. 30] E. 2.2.2). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C\_524/2020 vom 23. November 2020 E. 4.3; 9C\_501/2018 vom 12. März 2019 E. 5.1; 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.3).

#### **E. 7.4.2**

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. 7.4.3.1**

Der psychiatrische Gutachter hielt als federführender Experte fest, es hätten sich in der orthopädischen Untersuchung durchaus relevante organmedizinische Befunde ergeben. Es werde von orthopädischer Seite unter anderem eingeschätzt, dass «die Versicherte vor dem Hintergrund der nachvollziehbaren organmedizinischen Beeinträchtigungen die früher ausgeübten Tätigkeiten in einem Restaurant oder in einer Bäckerei nicht mehr ausüben könne». Allerdings würden sowohl der Internist als auch der Orthopäde auf deutliche Hinweise für eine Aggravation schliessen. Gemäss internistischer Beurteilung aggraviere die Patientin ihre Beschwerden wahrscheinlich und erachte sich deshalb nicht zu einer Tätigkeit in der Lage. Grob auffällig und - so werde auch von psychiatrischer Seite eingeschätzt - deutlich auf eine Aggravation hinweisend, habe sich die Beschwerdeführerin in der orthopädischen Untersuchung gezeigt. So sei sie zum Beispiel nach der Begrüssung mit deutlich sichtbarem, wechselndem rechtsseitigem Schonhinken in den Untersuchungsraum gegangen, während in unbeobachtet geglaubten Momenten die Beweglichkeit des rechten Beines nahezu uneingeschränkt gewesen sei. Die Beweglichkeit der HWS sei aktiv zunächst in allen Ebenen als erheblich schmerzhaft eingeschränkt demonstriert worden; bei der geduldigen und wiederholten passiven Untersuchung hätten sich keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Beweglichkeit der Halswirbelsäule ergeben. Die Beschwerdeführerin habe den rechten Arm wechselweise in 90°-Stellung im Ellbogengelenk und am Körper herabhängend gehalten; in unbeobachteten Momenten habe sie keine wesentliche Einschränkung des rechten Armes bzw. des rechten Handgelenks gezeigt. Die Handbeschielung habe sich seitengleich ausgebildet gezeigt, was als Hinweis für den Gebrauch beider Hände zu werten sei. Die Schuhe würden seitengleiche Benutzungszeichen des Obermaterials und der Laufsohlen aufweisen. Der Orthopäde gehe von einer bewusstseinsnahen Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik aus. Es könnten weder die Notwendigkeit zur Benutzung eines Rollators noch die von der Beschwerdeführerin angegebene Beeinträchtigung für Haushaltstätigkeiten nachvollzogen werden. Zudem hätten sich in der orthopädischen Untersuchung hinsichtlich der Sensibilität keinerlei Auffälligkeiten gezeigt, während sie in der internistischen Untersuchung eine Hyperästhesie am rechten Arm und am rechten Bein beschrieben habe (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 5 und S. 51). Es sei bei der Beschwerdeführerin eine

ganz erhebliche Motivation für Aggravation erkennbar, denn sie werde vollständig von Haushaltsarbeiten entlastet und beziehe zudem in Deutschland eine Rente (B.\_\_\_\_\_ -Gutachten, act. 235, S. 6). Die Beschwerdeführerin demonstriere eine weitgehende Bewegungsunfähigkeit des rechten Armes, welche jedoch bei geduldigen Untersuchungsgängen nicht habe objektiviert werden können. Auch die Notwendigkeit zur Benutzung eines Rollators könne nicht nachvollzogen werden (B.\_\_\_\_\_ -Gutachten, act. 235, S. 7). Die Symptome und Funktionseinbussen seien im geklagten Umfang nicht plausibel und könnten durch zu objektivierende Untersuchungsergebnisse nicht validiert und nachvollzogen werden. Aus internistischer Sicht sei es schwierig, Konsistenz und Plausibilität der gemachten Angaben zu prüfen, da die Beschwerdeführerin wahrscheinlich ihre Beschwerden aggraviere (B.\_\_\_\_\_ -Gutachten, act. 235, S. 10). Es werde eingeschätzt, dass bei psychosozialen Belastungsfaktoren (berufliche und finanzielle Unsicherheit) eine gewisse psychogene Überlagerung durchaus anzunehmen sei im Sinne der Diagnose nach ICD-10 F54. Die ebenfalls diagnostizierte Dysthymie nach ICD-10 F34.1 sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Vordergrund stehe aber, so werde eingeschätzt, die Aggravation (B.\_\_\_\_\_ -Gutachten, act. 235, S. 36). Von psychiatrischer Seite werde eingeschätzt, dass von einer erheblichen Aggravation auszugehen sei und die Angaben der Beschwerdeführerin nicht plausibel seien. Auffällig sei auch, dass die Medikamentenspiegel der Antidepressiva Cymbalta (Wirkstoff: Duloxetin; < <https://compendium.ch/product/1031289-cymbalta-kaps-30-mg/mpro> >, abgerufen am 19.10.2021) und Amytriptylin deutlich unterhalb des Referenzbereichs lägen. Am ehesten sei hier eine nicht regelmässige Medikamenteneinnahme anzunehmen; in seltenen Fällen könnten aber auch Antidepressiva übermässig schnell verstoffwechselt werden. Auf jeden Fall lasse sich feststellen, dass die Therapiemöglichkeiten hinsichtlich der genannten Medikamente nicht ausgeschöpft seien (B.\_\_\_\_\_ -Gutachten, act. 235, S. 38).

#### **E. 7.4.3.2**

Zur vom psychiatrischen Experten erwähnten Diskrepanz in Bezug auf den Medikamentenspiegel ist festzuhalten, dass dem Gutachten keine klare Aussage der Beschwerdeführerin zu entnehmen ist, wie häufig und in welcher Dosierung sie die Psychopharmaka einnimmt. Fakt ist immerhin, dass die Blutanalyse die Einnahme der Antidepressiva (Duloxetin und Amitriptylin) - wenn auch unterhalb des Referenzbereichs - bestätigt hat (act. 242, S. 2). Von einer Diskrepanz zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und dem labormässig erhobenen Medikamentenspiegel kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden. Hinzu kommt, dass auch nach der Interpretation des psychiatrischen Gutachters «am ehesten» anzunehmen sei, dass die Versicherte die Medikamente nicht regelmässig - aber immerhin - einnehme (act. 235, S. 35). Nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist sodann die Tatsache, dass der psychiatrische Gutachter die Medikamentendosierung von 60 mg Duloxetin und 100 mg Amitriptylin als adäquat bewertet (B.\_\_\_\_\_ -Gutachten, act. 235, S. 33 und 35), obwohl er bei der Beschwerdeführerin lediglich eine Dysthymia nach ICD-10 F34.1 diagnostiziert hat. Das Psychopharmakon Duloxetin ist laut Kompendium gerade zur Behandlung von Depressionen indiziert ( <https://compendium.ch/product/1314092-duloxetin-axapharm-kaps-60-mg/mpro> >, abgerufen am 19.10.2021). Auch Amitriptylin ist insbesondere zur Behandlung von depressiven Erkrankungen (Episoden einer Major Depression) indiziert (< <https://compendium.ch/product/1404220-saroten-filmtabl-25-mg/mpro#MPro7100> >, abgerufen am 19.10.2021).

### **E. 7.4.3.3**

Zur verlässlichen Abklärung der Aggravation ist - wie vorstehend dargelegt - entscheidend, inwieweit die medizinischen Gutachter und insbesondere auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben. Vorliegend wurden offenbar keine Angaben von Drittpersonen, insbesondere auch keine aktuellen Angaben des behandelnden Psychiaters gewürdigt (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 35), obwohl Arztberichte des Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (act. 105 und 140) in den Akten lagen, in welchen eine anhaltende und chronifizierte Störung festgehalten wurde (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 24). Zudem geht auch der psychiatrische Gutachter davon aus, dass bei psychosozialen Belastungsfaktoren (berufliche und finanzielle Unsicherheit) eine gewisse psychogene Überlagerung im Sinne der Diagnose nach ICD-10 F54 durchaus anzunehmen sei. Aufgrund der fehlenden (substanzierten) Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte erweist sich die Frage der rentenausschliessenden Aggravation noch nicht als hinreichend abgeklärt.

### **E. 7.4.4**

Der psychiatrische Gutachter hat sich überdies in Bezug auf die von ihm festgestellte Aggravation im Wesentlichen auf die Feststellungen des orthopädischen Gutachters gestützt. Die vorstehend dargelegten gutachterlichen Feststellungen (E. 7.4.3.1 hievor) lassen in der Tat auf mehrere Inkonsistenzen schliessen. Allerdings bestehen offensichtlich auch verselbständigte Gesundheitsschäden, welche die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigen. Aus dem B. \_\_\_\_\_-Gutachten geht diesbezüglich nicht mit hinreichender Klarheit hervor, welcher Anteil der attestierten Arbeitsfähigkeit im Haushalt und in einer angepassten Tätigkeit auf die Aggravation zurückzuführen ist bzw. in welchem Umfang der orthopädische Gutachter der ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung Rechnung getragen hat (vgl. dazu E. 7.4.1 hievor). Die blosser Schlussfolgerung, es hätte sich auf dem orthopädisch-traumatologischen Fachgebiet keine zu objektivierende und dem Alter vorausschreitende Erkrankung gefunden, welche eine Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) in angepasster Tätigkeit beeinträchtigen würde (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 56), genügt in diesem Zusammenhang den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Prüfung von chronischen Schmerzkrankheiten (E. 5.8 hievor) nicht. Auch die Schlussfolgerung des orthopädischen Gutachters, dass die geklagten Symptome und Funktionseinbussen - zumindest im demonstrierten und berichteten Umfang - inkonsistent seien und durch die zu objektivierenden Untersuchungsergebnisse nicht hätten validiert werden können (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 56 f.), ermöglicht keine verlässliche Beurteilung bezüglich der für die verselbständigte Gesundheitsschädigung bestehenden Einschränkungen. Dass die zu objektivierenden Gesundheitsstörungen die Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen, hat der orthopädische Gutachter explizit anerkannt, indem er für eine Tätigkeit der Beschwerdeführerin in der Gastronomie oder in einer Bäckerei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hat (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 57).

### **E. 7.5.1**

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose

(BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Nach der neuen Rechtsprechung haben sich die Gutachter an der Umschreibung der Diagnose in den medizinischen Klassifikationssystemen zu orientieren. Überdies haben sie dem diagnose-inhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen. Weil die Verwaltung und die Gerichte für diese Feststellungen nicht kompetent sind, müssen die Sachverständigen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender sie nachvollziehen können (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und 2.2). In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten genügt das B.\_\_\_\_\_-Gutachten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Diagnosestellung, zumal die Diagnosen nach der ICD-10 klassifiziert werden. Demgegenüber hat der orthopädische Gutachter die von ihm angeführten Diagnosen nicht nach einem medizinischen Klassifikationssystem eingeordnet (vgl. dazu B.\_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 8 und 55) und auch keine Einschätzung in Bezug auf den diagnose-inhärenten Schweregrad der jeweiligen Diagnosen vorgenommen. Daraus folgt, dass ein wesentlicher Teil der Diagnosen nicht schlüssig bzw. jedenfalls nicht hinreichend detailliert begründet ist. Diesbezüglich erweist sich das B.\_\_\_\_\_-Gutachten als unvollständig.

### **E. 7.5.2**

Mit Bezug auf den Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Nicht in jeder Hinsicht umfassend geklärt wurde vorliegend von den Gutachtern die Frage, in welcher Ausprägung die diagnoserelevanten Befunde bestehen. Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist nach der neuesten Rechtsprechung vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108; 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Diesem Kriterium kommt erhebliche Bedeutung zu (Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 21 Rz. 109 mit zahlreichen Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung). Diesbezüglich ist insbesondere dem orthopädischen Teilgutachten keine eigentliche Verbindung zwischen den erhobenen Befunden und deren Ausprägung und den gestellten Diagnosen zu entnehmen. Aus dem B.\_\_\_\_\_-Gutachten können keine in jeder Hinsicht zuverlässigen Aussagen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome abgeleitet werden. In dieser Hinsicht fehlt es demnach an einer hinreichend schlüssigen Begründung (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C\_198/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.4.1).

### **E. 7.5.3**

In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Unter dem Aspekt der Komorbiditäten ist vorab darauf hinzuweisen, dass Beschwerden als Begleiterkrankungen nur dann als rechtlich relevant eingestuft werden können, wenn ihnen eine eigenständige, invalidisierende Bedeutung zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Vorliegend haben die Gutachter nicht abschliessend geklärt, inwiefern zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen Wechselwirkungen bestehen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017 E. 4.2.4). Mit Blick auf die in den Akten mehrfach festgehaltene chronische Schmerzstörung (vgl. dazu E. 5.4 und E. 5.6 - 5.8 hievore) wäre eine Würdigung dieser Wechselwirkungen zwingend notwendig gewesen. Auch in dieser Hinsicht erweist sich das B.\_\_\_\_\_-Gutachten als unvollständig.

#### **E. 7.5.4**

Was den Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) anbelangt, hat der psychiatrische Gutachter bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung festgestellt (B.\_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 9 und 35). Unter dem Aspekt der Ressourcen wurde die aktuelle Partnerbeziehung angeführt (B.\_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235 S. 9 und 40).

#### **E. 7.5.5**

Mit Blick auf den «sozialen Kontext» sollen rechtsprechungsgemäss nicht nur belastende, sondern auch positive Lebensumstände berücksichtigt werden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). In dieser Hinsicht geht aus dem B.\_\_\_\_\_-Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin zu ihren in Serbien lebenden Geschwistern telefonischen Kontakt pflegt und ihre Nichte und ihre Schwägerin noch persönlich sieht (act. 235, S. 32). Ein sozialer Rückzug kann folglich ausgeschlossen werden, und es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus ihrem sozialen Umfeld auf einige mobilisierbare Ressourcen zurückgreifen kann.

#### **E. 7.5.6**

Was die Konsistenzprüfung betrifft, kann auf die vorstehenden Ausführungen (E. 7.4.3 und 7.4.4 hievore) verwiesen werden.

#### **E. 7.6**

Nicht stichhaltig begründet wird vom psychiatrischen Gutachter überdies, weshalb die im Zuge des stationären Aufenthaltes diagnostizierte rezidivierende depressive Störung nicht nachvollziehbar sein soll (B.\_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 39). Ebenfalls nicht plausibel dargelegt wird, aus welchen Gründen nach der «Beschreibung der Versicherten und auch unter Berücksichtigung der Unterlagen» von einer «eher mässig ausgeprägten chronisch depressiven Verstimmung im Sinne einer Dysthymia» nach ICD-10 F34.1 auszugehen sein soll (act. 235, S. 39), zumal aus dem psychiatrischen Teilgutachten nicht hervorgeht, auf welche Unterlagen der Psychiater sich bei seiner Schlussfolgerung bezogen hat. Der psychiatrische Gutachter hat es diesbezüglich auch unterlassen, sich substantiiert mit den abweichenden Beurteilungen der Fachärzte der psychiatrischen Klinik Uelzen (Entlassungsbericht vom 18. Mai 2016) sowie der weiteren behandelnden Ärzte, welche bei der Beschwerdeführerin allesamt eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert haben (act. 85, 105 und 114), auseinander zu setzen (vgl. zur entsprechenden Begründungspflicht: Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 59).

#### **E. 7.7**

Hinzu kommt, dass nach den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016, S. 23) bei der Prognose der Leistungsfähigkeit die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen nicht nur im «Hier und Jetzt» (Querschnitt) untersucht, sondern grundsätzlich auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden müssen, 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 als zu

oberflächlich, zumal er keine eingehende Diskussion und Beurteilung des dokumentierten Verlaufs der Symptomatik und der berichteten Befunde im Längsschnitt vorgenommen hat (vgl. Urteil des BVGer C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 E. 6.5.8.2). Die Annahme des psychiatrischen Gutachters, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik am 11. Mai 2016 dauerhaft und wesentlich verbessert habe (vgl. E. 6.12.1 und 6.12.2 hievore), findet in den Akten jedenfalls keine Stütze. Im Gegenteil hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in ihrem zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstatteten Gutachten vom 15. März 2017 explizit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-0 F33.11), fest (act. 114, S. 7 f.). Auch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 15. Dezember 2017 aus, dass die Störung anhaltend und chronifiziert sei und die Beschwerdeführerin langfristig nicht in der Lage sei, in einem Arbeitsverhältnis 3 Stunden oder mehr zu arbeiten, weshalb aus psychiatrischer Sicht von einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung auszugehen sei (act. 140; in diesem Sinn auch: Bericht vom 10. August 2016, act. 88). Die vom psychiatrischen Gutachter angenommene Verbesserung ist folglich nicht belegt. Vielmehr lassen die vorliegenden Akten auf eine weiterhin relevante psychiatrische Leistungsbeeinträchtigung schliessen. Die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes respektive der Leistungsfähigkeit im relevanten Vergleichszeitraum vom 25. Oktober 2013 bis 30. Januar 2020 nicht anzunehmen sei, stützt sich folglich nicht auf eine beweiskräftige Beurteilungsgrundlage. Aus orthopädischer Sicht hat Dr. med. L. \_\_\_\_\_ für den Vergleichszeitraum sodann mehrere neue Befunde und Diagnosen festgehalten. Eine substantiierte Würdigung der Ausprägung dieser neuen Diagnosen und eine plausible und substantiierte Begründung des Einflusses dieser neuen Krankheitsbilder auf die Entwicklung der Leistungsfähigkeit im Vergleichszeitraum geht aus dem orthopädischen Teilgutachten indes nicht hervor (vgl. zu diesem Erfordernis Urteile des BGer 9C\_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1; 9C\_710/2014 vom 26. März 2015 E. 2). Der pauschale Hinweis, dass die subjektive Beschwerdewahrnehmung nicht den zu objektivierenden Gesundheitseinschränkungen entspreche (B. \_\_\_\_\_-Gutachten, act. 235, S. 60), genügt den revisionsrechtlichen Beweisanforderungen nicht. In internistischer Hinsicht wurden demgegenüber keine neuen Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten, so dass die Schlussfolgerung von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, dass sich der Gesundheitszustand im Referenzzeitraum nicht relevant verändert habe (SAMB-Gutachten, act. 235, S. 74 - 78), stichhaltig und daher nicht zu beanstanden ist.

### **E. 7.8**

Aus dem B. \_\_\_\_\_-Gutachten geht schliesslich nicht nachvollziehbar hervor, weshalb bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Hilfskraft in einer Bäckerei eine seit Jahren bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, während dem für den Bereich des Haushaltes lediglich eine Einschränkung von 4.7 % besteht und darüber hinaus die gesamte Wohnungs- und Hauspflege, einschliesslich der Reinigung der sanitären Anlagen (abgesehen von der gründlichen Reinigung mit einer 20%igen Einschränkung), ohne Einschränkung möglich sein soll (act. 255, S. 3 f.).

### **E. 7.9**

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die Medizinischen Dienste der (deutschen) Krankenversicherung in ihrem Gutachten vom 22. März 2019 per 1. Oktober 2018 einen Grad der Behinderung (GdB) von 80 bzw. einen Pflegegrad 3 festgehalten

haben (act. 264). Die Bezeichnungen «Grad der Behinderung» in Deutschland und «Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit» in der Schweiz sind indes nicht vergleichbar. Der GdB gemäss den Bestimmungen im Sinne des IX. SGB (bzw. gemäss dem deutschen Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 26. August 1986 [BGBl I S. 1421, 1550; SchwbG] als dessen Rechtsvorgänger) ist - anders als der Invaliditätsgrad in der schweizerischen Invalidenversicherung, der sich, wie erwähnt, aus der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit und der damit einhergehenden finanziellen Erwerbseinbusse herleitet - nicht oder nur sehr bedingt ein wirtschaftlicher Begriff (vgl. Urteile des BVGer C-260/2020 vom 21. April 2021 E. 3; C-4875/2018 vom 22. Mai 2019 E. 3.6; C-7767/2007 vom 11. Dezember 2009 E. 6.6 m.H.). Daher können hieraus keine verlässlichen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Einschränkung der Leistungsfähigkeit respektive die Erwerbsunfähigkeit gezogen werden. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung gilt es diese Berichte aber dennoch zu prüfen. Dies zumal im Gutachten vom 22. März 2019 zahlreiche Beeinträchtigungen hervorgehoben werden, welche weder von den Experten der B. \_\_\_\_\_ noch von den versicherungsinternen Ärzten (vgl. dazu Kurzbericht vom 9. Oktober 2019, act. 275, S. 1 f.) berücksichtigt oder gar umfassend gewürdigt worden sind und die Leistungsfähigkeitsbeurteilungen zueinander in einem offensichtlichen Widerspruch stehen. Insbesondere wurde im genannten Gutachten auf die Notwendigkeit zur Benutzung eines Rollators bzw. Rollstuhls und auf das Hilfsmittel der Inkontinenzhosen/Pants hingewiesen, wobei die Fortbewegung innerhalb und ausserhalb der Wohnung mit personeller Hilfe erfolge und das Treppensteigen nicht möglich sei (act. 264, S. 2 f.). Überdies machte die Beschwerdeführerin auch Hörbeschwerden geltend (act. 264, S. 4). Ferner wurden der Beschwerdeführerin kognitive Einschränkungen im Kurzzeitgedächtnis mit Vergesslichkeit und Merkfähigkeitsstörungen und ein nicht ausreichender Antrieb und eine nicht ausreichende Motivation zur selbständigen Beschäftigung attestiert. Als neue Diagnose wurde überdies eine bösartige Neubildung der Brustdrüse (ICD-10 C50) festgehalten (act. 264, S. 6). Das Verlassen der Wohnung sei überwiegend bis vollständig unselbständig, und es sei die Hilfe durch zwei Personen erforderlich. Die Fortbewegung innerhalb und ausserhalb der Wohnung erfolge im Rollstuhl mit personeller Hilfe. In Bezug auf die Haushaltsführung wurde ferner festgehalten, dass die Beschwerdeführerin für das Einkaufen für den täglichen Bedarf überwiegend unselbständig sei. Gleiches gelte auch für einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten. In Bezug auf die Zubereitung einfacher Mahlzeiten sowie die Durchführung von aufwändigen Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschliesslich Wäschepflege, sei sie vollkommen unselbständig (act. 264, S. 13). Diese im Pflegegutachten festgehaltenen Einschränkungen werden weder in der ergänzenden Beurteilung der B. \_\_\_\_\_-Gutachter vom 16. April 2019 (vgl. E. 6.14 hievore) noch in der Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 3./10. Oktober 2019 (act. 275) gewürdigt. Der blosser Hinweis, die im Pflegegutachten festgehaltenen Einschränkungen hätten nicht objektiviert werden können, genügt den an die substantiierte Begründung einer abweichenden Auffassung gestellten Anforderungen (Riemer-Kafka, a.a.O., S. 59) nicht. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den diskrepanten Angaben wäre schon deshalb geboten gewesen, weil Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder weitere Hinweise auf Aggravation hätten untersucht werden müssen. Zudem haben die B. \_\_\_\_\_-Gutachter die Leistungsfähigkeit im Haushalt als kaum beeinträchtigt eingestuft, da sie der Beschwerdeführerin in den Bereichen der Wohnungs- und Haushaltspflege, d.h. beim Aufräumen, Abstauben und Staubsaugen in selbst gewählter

Geschwindigkeit, bei der Bodenpflege in selbst gewählter Geschwindigkeit und mit entsprechenden Hilfsmitteln, bei der Reinigung der sanitären Anlagen, beim Wechseln der Bettwäsche, der Pflanzen-, Garten- und Umgebungspflege sowie bei der Abfallentsorgung und der Haustierhaltung keinerlei Einschränkungen attestiert haben (vgl. E. 6.14 hievov). Mit Blick auf die dargelegten Diskrepanzen wäre die Vorinstanz verpflichtet gewesen, sich eingehend mit den attestierten Einschränkungen auseinander zu setzen und ihren Standpunkt substantiiert zu begründen.

#### **E. 7.10**

Damit steht fest, dass der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Es kann mithin nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Eine antizipierte Beweiswürdigung fällt demnach ausser Betracht. Insgesamt fehlt es nach dem Gesagten an einer der bundesgerichtlichen Rechtsprechung genügenden medizinischen Beurteilungsgrundlage.

#### **E. 7.11**

Die Beschwerdeführerin beantragt subeventualiter die Durchführung einer Begutachtung in einem Drittstaat. Diesem Antrag kann indes nicht stattgegeben werden, denn nach der konstanten Rechtsprechung besteht kein Rechtsanspruch auf eine Begutachtung im Ausland (vgl. dazu Urteile des BGer 8C\_828/2013 vom 19. März 2014 E. 4.2; 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des EVG I 172/02 vom 7. Februar 2003 E. 4.5; Urteile des BVGer C-1331/2020 vom 28. April 2021 E. 5.5; C-2437/2017 vom 11. April 2019 E. 3.3.3 m.w.H.).

#### **E. 8**

Die Beschwerdeführerin macht mit Replik ihres Rechtsvertreters vom 7. Juli 2020 geltend, sie sei korrekterweise als Vollerwerbstätige einzustufen, da sie ihre letzte Erwerbstätigkeit krankheitsbedingt habe aufgeben müssen und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen auch aus finanziellen Gründen weiterhin einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre (BVGer act. 11, S. 2 f.). Dagegen wendet die Vorinstanz in ihrer Duplik ein, die Anwendung der gemischten Methode sei nie zur Diskussion gestanden. Auch das Bundesverwaltungsgericht habe in seinem Urteil C-180/2014 vom 29. Januar 2016 in E. 5 (act. 77, S. 19 f.) explizit festgehalten, dass sie die Rentenbemessung zu Recht in Anwendung der spezifischen Methode vorgenommen habe. Wenn jetzt replikweise etwas anderes vorgebracht werde, erfolge dies offensichtlich in aktenwidriger Weise. Die im Rahmen der Neuanmeldung eingeholten Informationen hätten keine Hinweise auf einen zwischenzeitlich eingetretenen Statuswechsel ergeben (BVGer act. 13).

#### **E. 8.1**

Ob eine versicherte Person als ganztätig 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 Haushaltsabklärung 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 weiterhin zu 100 % im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig wäre. Folglich hat sie den Invaliditätsgrad anhand der spezifischen Methode ermittelt. Soweit sie zur Begründung der Statusfrage auf das Urteil C-180/2014 verweist, kann ihr allerdings nicht gefolgt werden. Denn das Bundesverwaltungsgericht hat darin ausdrücklich festgehalten, dass die IVSTA die Frage, ob sich allenfalls in der Zwischenzeit ein Statuswechsel ergeben habe, im Rahmen der Neuanschuldung zu prüfen habe (E. 5 in fine; act. 77, S. 20). Aus dem Fragebogen für Versicherte, datiert vom 30. Mai 2017, kann für die hier zur Diskussion stehende Statusfrage nichts Entscheidendes abgeleitet werden, da die entscheidende Frage, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen erwerbstätig wäre, darin nicht gestellt wurde (act. 119). Gleiches gilt für den von der Beschwerdeführerin am 25. Juli 2017 vervollständigten und unterzeichneten Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten (act. 126). Im Fragebogen für die Versicherte, datiert vom 28. Juni 2018, wurde die massgebliche Frage zwar gestellt, von der Beschwerdeführerin allerdings nicht beantwortet. Die Antwort der Beschwerdeführerin, sie habe sich aufgrund diverser Erkrankungen seit ca. 2002 nur noch um ihre Gesundheit kümmern können, ist indes immerhin ein Indiz dafür, dass sie aufgrund ihrer Erkrankungen keinen Wiedereinstieg ins Erwerbsleben hat vornehmen können (act. 212, S. 5). Zudem gilt es auch die angespannte finanzielle Situation der Beschwerdeführerin (vgl. dazu Zwischenverfügung vom 7. Mai 2020; BVGer act. 7) als Indiz für eine Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall zu werten; letzteres wurde von der Vorinstanz soweit ersichtlich nicht in die Würdigung miteinbezogen. 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. 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 teilweiser 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. Dabei wird die Vorinstanz vorab die Statusfrage eingehend abzuklären haben, bevor sie die polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gibt. 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 hier die Abklärung der Statusfrage noch nicht erfolgt ist. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens ist demnach abzusehen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde zudem 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 BVGer 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 eingeräumt (vgl. Urteil des BVGer 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 und 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 substanziierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse stützen (vgl. Urteile des BVGer C-7026/2013 vom 9. September 2015 E. 5.5.1; C-4491/2013 vom 4. Mai 2015 E. 6.9), 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, Orthopädie 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 beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen

Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVer 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 BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 9.4**

Bei der erneuten Begutachtung sind neben den bereits dargelegten medizinischen Diskrepanzen (E. 7.4 - 7.9 hievore) auch die folgenden aus den vorliegenden Akten hervorgehenden Unklarheiten und Widersprüche zu klären: Im Haushaltfragebogen vom 20. September 2012 machte die Beschwerdeführerin geltend, das Rüsten und Schneiden von Gemüse könne sie nur manchmal vornehmen und auch Einkäufe könne sie nur manchmal erledigen (act. 5, S. 8). Demgegenüber wird im Entlassungsbericht der Klinik Uelzen vom 18. Mai 2016 ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe Aufgaben für die Patientengemeinschaft mit fast täglichen Küchendiensten übernommen (act. 85, S. 4). Im genannten Entlassungsbericht wird in der soziobiografischen Anamnese überdies festgehalten, die Beschwerdeführerin habe als Hintergrund ihrer schweren seelischen Verfassung mehrere Krankheiten und die Kriegserlebnisse in Serbien mit gewaltsamen Fällen mit Tod und Leiden von Angehörigen angeführt (act. 85, S. 2). Im Widerspruch hierzu wird im B.\_\_\_\_\_ -Gutachten festgehalten, laut Angaben der Beschwerdeführerin sei sie nicht stark vom Krieg betroffen gewesen; sie habe weder Gräueltaten noch Verletzte oder Tote gesehen, und auch ihre Familie und Verwandtschaft habe keine Verletzten oder Toten zu beklagen gehabt. Sie denke normalerweise gar nicht an den damaligen Krieg (act. 235, S. 30). In der psychosozialen Anamnese des Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2016 wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe die Ehe als «eigentlich gut» beschrieben. Ihr Ehemann könne aufgrund seiner Krankheit auch nicht arbeiten (act. 101, S. 2). Demgegenüber hat die Beschwerdeführerin laut Entlassungsbericht der Psychiatrischen Klinik Uelzen vom 18. Mai 2016 ausgeführt, dass ihr Ehemann immer untreu gewesen und fremdgegangen sei. Vor ein paar Jahren habe er auch eine andere Frau kennen gelernt, lebe aber weiterhin bei der Familie (act. 85, S. 2). Laut den Ausführungen der Beschwerdeführerin in der B.\_\_\_\_\_ -Begutachtung helfe ihr Ehemann ihrer Nichte, welche ein Restaurant in Uelzen betreibe, häufig am Wochenende beim Kochen (act. 235, S. 32).

### **E. 9.5**

Der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass nach der geltenden Rechtslage kein Rechtsanspruch auf Beizug sämtlicher Sozialversicherungsakten des ausländischen Sozialversicherungsträgers besteht. Soweit die Beschwerdeführerin diesen in ihrem Eventualantrag fordert, kann ihr demnach nicht gefolgt werden. Der

Beschwerdeführerin ist es indes unbenommen, der Vorinstanz weitere, aus ihrer Sicht relevante Akten einzureichen.

#### **E. 10**

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 30. Januar 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen 9.1 - 9.4 über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

#### **E. 11**

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

##### **E. 11.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 9C\_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist damit hinfällig geworden. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die obsiegende, rechtsanwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist dabei nur für Dienstleistungen geschuldet, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für die Beschwerdeführerin mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (vgl. Urteil des BVer C-6983/2009 vom 12. April 2010). 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 wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE). Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten. Die Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 3 VGKE keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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