

BVGer C-1988/2018 vom 22. März 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1988_2018

FR: TAF C-1988/2018 du 22 mars 2019

IT: TAF C-1988/2018 del 22 marzo 2019

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. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist (BVGer act. 6) und sie mithin keinen Kostenvorschuss zu leisten hat, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG).

E. 2

In formeller Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren zwei unterschiedliche Aktendossiers und -verzeichnisse erstellt und ins Recht gelegt hat.

E. 2.1.1

Nach ständiger Rechtsprechung bildet die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden das Gegenstück zum (aus Art. 29 Abs. 2 BV fließenden) Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt (BGE 130 II 473 E. 4.1; 124 V 372 E. 3b; 124 V 389 E. 3a).

E. 2.1.2

Die Behörde ist verpflichtet, ein vollständiges Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren und bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können. Die Behörde hat alles in den Akten festzuhalten, was zur Sache gehört (BGE 124 V 372 E. 3b; 115 Ia 97 E. 4c). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (SVR 2011 IV Nr. 44 [8C_319/2010] E. 2.2.1; Urteil des BGer 5A_341/2009 vom 30. Juni 2009 E. 5.2). Für die dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts unterstellten Versicherer wurde in Art. 46 ATSG die Aktenführungspflicht auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (BGE 138 V 218 E. 8.1.2). Ferner sind die

Unterlagen von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen; bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier zudem durchgehend zu paginieren. In der Regel ist auch ein Aktenverzeichnis zu erstellen, welches eine chronologische Auflistung sämtlicher in einem Verfahren gemachter Eingaben enthält (Urteil des BGer 2C_327/2010 vom 19. Mai 2011 E. 3.2 [nicht publiziert in BGE 137 I 247]; Urteil des BGer 8C_616/ 2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1).

E. 2.1.3

Das von der Vorinstanz im Beschwerdeverfahren mit Vernehmlassung vom 13. Juni 2018 eingereichte Dossier (gemäss Aktenverzeichnis vom 6. Juni 2018; BVGer act. 4 samt Beilagen) genügt den dargelegten Anforderungen an eine vollständige Aktenführung nicht, da es offensichtlich weniger Aktenstücke (act. 1 - 201) beinhaltet als die dem Rechtsvertreter im vorinstanzlichen Verfahren zur Verfügung gestellten Akten (act. 1 - 230 gemäss Aktenverzeichnis vom 26. September 2018). Durch die Einreichung zweier unterschiedlicher Aktendossiers (mit unterschiedlicher Nummerierung) wird zum einen die effiziente Wahrung der Rechtsansprüche der Beschwerdeführerin unnötig behindert. Zum andern wird dadurch für die Rechtsmittelbehörde(n) die Erarbeitung der Übersicht über den massgeblichen Sachverhalt und die verlässliche Referenzierung der Akten erschwert. Die Vorinstanz wird daher angehalten, in künftigen Fällen sämtliche Akten chronologisch zu führen und im Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren stets eine einheitliche Nummerierung der Akten sicherzustellen.

E. 2.1.4

Wird im Beschwerdeverfahren - wie hier - lediglich ein Teil der Vorakten eingereicht, so verletzt dieses Vorgehen grundsätzlich den Gehörsanspruch. Nachdem die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren indes über sämtliche relevanten Akten verfügt, ist ihr durch das Vorgehen der Vorinstanz im Ergebnis kein Rechtsnachteil erwachsen. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs kann demnach geheilt werden. Dem bei der Rechtsvertretung entstandenen Mehraufwand kann überdies im Rahmen der Bemessung der Parteientschädigung angemessen Rechnung getragen werden (vgl. hierzu nachfolgende E. 7.5).

E. 2.2.1

In ihrer Stellungnahme vom 4. Februar 2019 beantragt die Beschwerdeführerin unter anderem, die "falschen Akten, d.h. die Zeugnisse mit falscher [recte: falschen] Diagnosen" seien aus den Akten zu entfernen (BVGer act. 21, S. 2).

E. 2.2.2

Diesem Antrag kann aus folgenden Gründen nicht gefolgt werden: Das Akteneinsichtsrecht als zentraler Teilgehalt des verfassungsrechtlich garantierten rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 BV; Art. 6 Ziff. 1 EMRK) ist eine Vorbedingung dafür, dass der Gehörsanspruch wirksam wahrgenommen werden kann (Stephan C. Brunner, in: Auer/Müller/Schindler, Kommentar zum VwVG, 2. Aufl. 2019, Art. 26 NN. 1 f.). Die in Ergänzung zu Art. 47 Abs. 1 ATSG anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen in Art. 26 f. VwVG (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 47 NN. 21 ff.) umschreiben den Umfang und die Verweigerung der Akteneinsicht. Dem Einsichtsrecht unterliegen gemäss Art. 26 Abs. 1 VwVG insbesondere sämtliche als Beweismittel dienenden Aktenstücke (Bst. b). Dieses Einsichtsrecht ist weit zu verstehen. Es umfasst nicht nur die im konkreten Fall tatsächlich als Beweismittel herangezogenen Aktenstücke, sondern alle Unterlagen, welche

grundsätzlich geeignet sind, als Beweismittel zu dienen (Stephan C. Brunner, a.a.O., Art. 26 NN. 33 ff.). Das Recht auf Akteneinsicht gewährleistet überdies auch einen Anspruch darauf, fehlerhafte Akten zu korrigieren und unnötige Einträge aus den Akten zu weisen (Jörg Paul Müller/Markus Schefer, Grundrechte in der Schweiz, 4. Aufl. 2008, S. 871). Die Behörde darf die Einsichtnahme in die Akten gemäss Art. 27 Abs. 1 VwVG nur verweigern, wenn wesentliche öffentliche Interessen des Bundes oder der Kantone, insbesondere die innere oder äussere Sicherheit der Eidgenossenschaft, die Geheimhaltung erfordern (Bst. a), wesentliche private Interessen, insbesondere von Gegenparteien, die Geheimhaltung erfordern (Bst. b) oder das Interesse einer noch nicht abgeschlossenen Untersuchung es erfordert (Bst. c). Die Beurteilung der Frage, ob und gegebenenfalls in welcher Hinsicht gestellte Diagnosen unrichtig gestellt worden sind, bildet Gegenstand der Abklärung im Verwaltungsverfahren wie auch der richterlichen Beweiswürdigung. Die von der Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten Beweismittel werden durch das Bundesverwaltungsgericht gewürdigt und - soweit entscheidrelevant - auch grundsätzlich berücksichtigt (vgl. dazu im Einzelnen André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204; BGE 132 V 215 E. 3.1.1; Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-4354/2015 vom 20. Dezember 2016 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin hat von der Möglichkeit der Nachreichung von Beweismitteln im Hinblick auf die geltend gemachte Berichtigung der gestellten Diagnosen Gebrauch gemacht (BVGer act. 21 samt Beilagen). Damit ist ihr Gehörsanspruch hinreichend gewahrt, ohne dass bestehende Beweismittel formell aus dem Recht gewiesen werden müssten. Besondere Gründe für die Verweigerung der Akteneinsicht bringt die Beschwerdeführerin nicht vor, so dass kein Anlass besteht, Beweismittel aus den Akten zu weisen. Die Beschwerdeführerin lässt zudem ausser Acht, dass die Überprüfung der Parteibehauptung betreffend eine (geltend gemachte) falsche Diagnose voraussetzt, dass die massgeblichen Akten dem Gericht vorliegen, miteinander verglichen und auch eingehend gewürdigt werden können.

E. 3

Streitig und zu prüfen ist der Renten- und Eingliederungsanspruch der Beschwerdeführerin. Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

E. 3.1

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA (SR 0.142.112.681) und der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; bzw. bis 31. März 2012 Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.2

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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU/EFTA und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 3.4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

E. 3.4.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 3.4.3

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil des BGer 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2).

E. 3.5

In einem am 3. Juni 2015 ergangenen Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmehmodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur,

Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds anderseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereich und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

E. 3.6

Mit BGE 143 V 409 und 418 (beide vom 30. November 2017) hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung geändert und festgestellt, dass die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern vermag. Weiter hat es erkannt, dass sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, welches bislang bei Vorliegen somatoformer Schmerzstörungen anhand eines Katalogs von Indikatoren durchgeführt wurde. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff., E. 3.4 - 3.6 und 4.1 S. 291 ff.; vgl. dazu auch Thomas Gächter/Michael E. Meier, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018).

E. 3.7

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 3.8

In einem EU-Staat wohnhafte Versicherte können aus dem FZA keinen (unbedingten) Anspruch ableiten, in der Schweiz begutachtet zu werden; eine Entscheidung kann grundsätzlich auf im Wohnsitzstaat verfertigte ärztliche Berichte abgestützt werden. Gleichzeitig besteht keine Regel, wonach abschliessend auf im Wohnsitzstaat ausgefertigte

ärztliche Berichte abzustellen wäre. Da sich der Leistungsanspruch nach dem materiellen Recht des Vertragsstaats bestimmt, leitet sich auch aus dem einzelstaatlichen Recht ab, welche Fragen der ärztlichen Klärung bedürfen, welche Anforderungen an den Nachweis des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gestellt werden und mit welchen Mitteln dieser Nachweis geführt wird (Urteil des BGer 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4). Es ist mithin nicht von vornherein unzulässig, einzig auf im Wohnsitzstaat des Versicherten erstellte ärztliche Berichte abzustellen (Urteile des BGer 9C_818/2013 vom 24. Februar 2014 E. 4.1.2 und 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1).

E. 4

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 4.1

Im Hinblick auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2018 liegen insbesondere die folgenden medizinischen Stellungnahmen und Arztberichte vor:

- Mit Bericht vom 19. Juli 2011 diagnostizierte Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital L. _____, einen Status nach Traumatisierung des Bewegungsapparates des Sternoclavikulargelenkes links als Folge eines Skisturzes vom 21. Februar 2011. Ferner führte er aus, dass die Beschwerdeführerin eine persistierende Beschwerdesymptomatik im Bereich des Schultergürtels sowie der HWS-Muskulatur zeige. Klinisch bestehe der Verdacht einer Luxation oder Subluxation der Clavicula. Im Hinblick auf die genaue Beurteilung der Verhältnisse habe er eine Magnetresonanztomografie veranlasst (UV-act. 22 = Beilage 3a zu BVGer act. 21).
- Dr. med. M. _____, Chefarzt Orthopädie/Traumatologie am Kantonsspital L. _____, führte mit Bericht vom 30. August 2011 aus, das Arthro-MRT habe eine Tendinose des Supra- und Infraspinatus sowie eine AC-Gelenksarthrose mit kleinen Zysten in der lateralen Clavicula ergeben (Beilage 4a zu BVGer act. 21).
- Mit Bericht vom 26. September 2011 führte Dr. med. K. _____ aus, die subacromiale Infiltration sowie die AC-Gelenksinfiltration vom 6. September 2011 hätten zu einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik im Schulterbereich geführt. Es bestehe aber dennoch eine persistierende Beschwerdesymptomatik im Bereich des SC-Gelenkes mit einer leichten Schmerzsymptomatik. Die Inkongruenz der Gelenkflächen mache sich weiterhin bemerkbar; eventuell bestehe auch noch eine Instabilität des SC-Gelenkes. Aufgrund der persistierenden Beschwerden habe er mit der Beschwerdeführerin die operative Revision vereinbart (Beilage 1b zu BVGer act. 19 [korrigierte Version von UV-act. 38]).
- Im Anschluss an den am 26. September 2011 durchgeführten operativen Eingriff (offene Reposition des Sternoclavikulargelenkes, sparsame Knochenresektion im kaudalen Anteil des Gelenksanteils der Clavicula, Refixation der costo-claviculären Bandstruktur, transossäre Refixation der Clavicula an der ersten Rippe und am Sternum sowie Kapselbandnaht) führte Dr. med. K. _____ aus, dass der Arm für die nächsten sechs Wochen ruhigzustellen sei. In den ersten beiden postoperativen Wochen solle nur eine passive Mobilisation erfolgen. Danach könne zu einer aktiv assistierten Mobilisation bis zu einer maximalen Abduktion von 90° übergegangen werden (OP-Bericht vom 29.09.2011; UV-act. 39).
- Dr. med. J. _____, FMH Orthopädische Chirurgie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erstattete am 10. Juli 2012 das von der Unfallversicherung (C. _____) in Auftrag gegebene orthopädische Gutachten. Darin hielt

der Facharzt gestützt auf die vorliegenden Dokumente und eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin als Diagnosen Schmerzen am Sternoclavikulargelenk (bei Status nach operativer Sanierung am 29. September 2011) sowie unspezifische Schmerzen im AC- und im Schultergelenk links fest. Ferner führte er aus, eine Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der persönlich erhobenen klinischen Befunde nicht mehr abgeleitet werden. Die geringe Subluxation im Sternoclavikulargelenk links werde lebenslang verbleiben und habe funktionell keine messbare Auswirkung. Die noch angegebenen Schmerzen seien zwar nachvollziehbar, würden jedoch kein dauerhaftes leistungsausschliessendes Ausmass aufweisen. Die im Zusammenhang mit der Arbeit als Servicefachangestellte bei der neuen Stelle (40%-Pensum) aufgetreten vermehrten Schmerzen seien zwar nachvollziehbar; sie seien allerdings damit zu erklären, dass ein Trainingsmangel im Sinne einer seit Monaten bestehenden Arbeitsbelastungsreduktion vorliege. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei spätestens ab Mitte Juli 2012 nicht mehr ausgewiesen, und es sei der Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf möglich und zumutbar. Grundsätzlich sei ihr natürlich auch jede andere berufliche Tätigkeit vollumfänglich zumutbar, wobei es wünschenswert erscheine, dass das regelmässige Tragen von schweren Lasten (> 10 - 15 kg) und das Bedienen von Vibrationswerkzeugen möglichst vermieden werden oder nur ausnahmsweise erfolgen sollte. Eine medikamentöse Schmerztherapie sei zwar möglich, solle aber zunehmend nicht mehr notwendig sein (act. 28, S. 48 - 67 gemäss Aktenverzeichnis der IVSTA vom 06.06.2018). -In einem Bericht vom 24. Oktober 2012 hielt Dr. med. K._____ fest, inspektorisch bestehe ein unauffälliges SC-Gelenk. Es zeige sich jedoch eine deutliche Druckdolenz im proxymalen Anteil des Gelenks und über dem cranialen Anteil des medialen Claviculaendes. Weiterhin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (Beilage 7a zu BVGer act 21). -Dr. med. N._____, FMH Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 2. November 2012 zuhanden der Unfallversicherung fest, die Beschwerdeführerin leide nach wie vor an starken belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des SC-Gelenkes linksseitig mit Ausstrahlungen gegen den Hals, in den Schultergürtel und nach kaudal. Aufgrund des langwierigen Schmerzzustandes würden neben Schmerzmitteln auch Antidepressiva (Surmontil und Remeron) verabreicht (UV-act. 132). -Dr. med. K._____ führte mit Bericht vom 13. Dezember 2012 aus, bei der Beschwerdeführerin seien die Schmerzen im Bereich des SC-Gelenkes erneut deutlich aufgetreten. Es sei eine Infiltration im Bereich des SC-Gelenkes geplant. Bis zur nächsten Verlaufskontrolle in 3 - 4 Wochen bleibe die Arbeitsunfähigkeit bei 100 % (UV-act. 130). -Mit Bericht vom 15. April 2013 diagnostizierte Dr. med. O._____, FMH Allgemeinmedizin, eine schmerzhafte AC-Gelenksarthrose links (bei Status nach offener Reposition und Kapselbandnaht vom 26.09.2011). Ferner hielt er fest, dass eine schmerztherapeutische Intervention geplant sei. Aufgrund der körperlichen Schmerzen sei keine Belastung des linken Armes respektive des linken Schultergelenks möglich, so dass das Heben von Lasten sowie das Bewegen des linken Armes schmerzbedingt nicht möglich sei. Als Servicefachangestellte sei sie seit dem 22. Oktober 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (act. 23). -Dr. med. P._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, diagnostizierte mit Bericht vom 9. Juli 2013 eine schmerzhafte posttraumatische Sternoclavicular(SC)-Gelenksarthrose links und führte in seiner Beurteilung aus, insgesamt sei die Beschwerdesymptomatik etwas rückläufig. Eine Revisionsoperation sei nicht sinnvoll, zumal das kosmetische Resultat praktisch nicht verbessert werden könne und ein Eingriff zur Schmerzbehandlung äusserst schwierig sei (act. 28). -Nach Durchführung verschiedener Schmerztherapien (Medikamenteneinnahme

[Mephadolor, Celebrex, Lyrica, Novalgin, Tramal, Voltaren, Xefo, Seractil, Zalidiar, Ponstan, Felden, Targin, Pantoprazol, Surmontil], Lokalinfiltrationen mit Anästhetikum, manuelle Behandlung, Physio- und Radiotherapie; act. 24 - 52) - welche nicht zu einer dauerhaften, wesentlichen Verbesserung des Schmerzbildes geführt hatten - hielt Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie am Kantonsspital L._____, fest, dass die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin noch im Umfang von 1 - 2 Tagen pro Woche zumutbar sei. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, weil eine verminderte Kraft bestehe und bei Belastung Schmerzen auftreten würden (act. 53).

-RAD-Arzt Dr. med. Q._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, kam gestützt auf eine Aktenbeurteilung mit Bericht vom 16. April 2014 zum Schluss, dass die somatisch ausgerichteten Behandlungsansätze letztlich erstaunlich erfolglos verlaufen seien. Daneben liege eine letztlich diffuse und wechselhafte Beschwerdesymptomatik vor (myofasziales Schmerzsyndrom, neurologisch unklare Dysästhesie bei der linken Hand sowie Schmerzen in der Rückenmuskulatur). Unfallkausal wie auch unfallfremd sei ab dem von Dr. med. J._____ angegebenen Zeitpunkt (spätestens Mitte Juli 2012) keine massgebliche dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit in der fraglichen Tätigkeit als Mitarbeiterin im Service (leichte körperliche Arbeit, stehend und gehend) mehr ausgewiesen (act. 67).

-PD Dr. med. R._____, Chefarzt Rheumatologie an der Universitätsklinik S._____, hielt mit Bericht vom 21. Januar 2015 fest, insgesamt interpretiere er die Beschwerden der Beschwerdeführerin im Sinne eines ausgeprägten neuropathischen Schmerzsyndroms mit klinisch sympathisch vermittelten Schmerzen. Aktuell bestünden keine Anhaltspunkte für ein florides Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS). Auf medikamentöser Ebene sehe er zurzeit keine spezifischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation. Er empfehle eine schmerztherapeutische Begleitung mit Evaluation der Ansprechbarkeit auf Opiate. Es bestehe derzeit weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 79).

-Mit Bericht vom 23. März 2015 kamen Dres. med. T._____ und U._____, Anästhesisten beim V._____-Zentrum, zum Schluss, es hätten sich - ausgehend von einem relativ geringfügigen Trauma - ein ausgedehntes Schmerzbild respektive Ganzkörperschmerzen entwickelt. Es zeige sich eine Vielzahl von Symptomen, welche somatisch nicht zu erklären seien. Die Beschwerdeführerin solle Opioide nur nach Rücksprache mit ihren behandelnden Ärzten einnehmen und auch die zeitliche Staffelung einhalten. Es sei ferner eine Standortbestimmung in der Schmerzpsychologie zur Evaluation einer psychischen Komorbidität und zur Verbesserung von Pacing und Coping geplant (UV-act. 185).

-Mit undatiertem Bericht (Eingang IV-Stelle: 28.09.2015) hielten Dres. med. U._____ und T._____ als Diagnosen insbesondere Schulter-Arm-Schmerzen (ICD-10 M 53.1), Ganzkörperschmerzen (ICD-10 R 52.9), ein sensibles Hemisyndrom links (ICD-10 R 20.8), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F 32.0) fest. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung führten sie aus, es bestehe ein chronifiziertes Schmerzbild im Hals-Schulter-Armbereich links bei Status nach Luxation des SC-Gelenks links. Ausgehend von diesem Trauma habe sich ein ausgedehntes Schmerzbild respektive ein Ganzkörperschmerz entwickelt. Im Bereich der linken Körperhälfte bestehe ein Hemisyndrom. Das Schmerzbild sei nicht allein somatisch zu erklären. Psychosozial habe mittlerweile ein sozialer Rückzug stattgefunden, die Stimmung scheine aber aktuell kompensiert und biete wenig klinische Hinweise für eine Depression. Nichtsdestotrotz bestehe ein inadäquater Umgang mit der Schmerzerkrankung, einhergehend mit

Rückzugstendenzen und wenig ausgeprägten Pacing- und Copingstrategien. Darüber hinaus bestehe die Tendenz zur Selbstmedikation und Selbsttherapie ohne ärztliche Rücksprache sowie eine andauernde Arbeitslosigkeit. Aufgrund der hohen Schmerzchronifizierung (Stadium III nach Gebershagen), der bisher nicht greifenden somatischen Therapieansätze sowie einer psychosozialen Komorbidität sei von einer schlechten Prognose auszugehen. Die geplante Wiederaufnahme einer multimodalen und interdisziplinären Schmerztherapie in der Klinik S. _____ sei aus ihrer Sicht zu befürworten. Im Hinblick auf eine verlässliche (nicht auf den subjektiven Angaben der Patientin respektive der behandelnden Ärzte und Therapeuten beruhende) Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (zum Beispiel am W. _____ AG in [...]) zu empfehlen (act. 97). -Dr. med. X. _____, stellvertretende Chefarztin Rheumatologie bei der Universitätsklinik S. _____, und Dr. med. Y. _____, Assistenzärztin Rheumatologie, hielten mit Bericht vom 3. November 2015 als Diagnosen ein neuropathisches Schmerzsyndrom (linker Hemothorax, bestehend seit Februar 2011) sowie ein fortgeschrittenes Glaukom rechts (grüner Star; Sammelbezeichnung für verschiedene Erkrankungen des Auges; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 775) mit fast erloschenem Gesichtsfeld und Offenwinkelglaukom links mit beginnendem Gesichtsfelddefekt (ED 2/2015) fest. Derzeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %; die Beschwerdeführerin beschreibe bei jeglichem Einsatz des linken Armes stärkste Schmerzen. Medizinisch-theoretisch sei vorstellbar, dass wechselbelastende, sehr leichte Tätigkeiten noch möglich wären. Während der Hospitalisation habe sich jedoch auch bei deren Ausführung eine ausgeprägte Schmerzexazerbation gezeigt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Bei jeglichen Belastungen sowie vermehrten Bewegungen des linken Armes würden stärkste Schmerzen empfunden. Aktuell seien - wegen der raschen Schmerzauslösung - keine Tätigkeiten mit Gebrauch des linken Armes mehr möglich. Grundsätzlich wären am ehesten sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, möglichst mit wenig oder ohne Einsatz des linken Armes, vorstellbar (act. 92). -Mit Stellungnahme vom 15. Februar 2016 empfahl Dr. med. E. _____ der IV-Stelle, es seien im Hinblick auf die Beantwortung der offenen Fragen (Eingliederungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit sowie Klärungsbedürftigkeit durch Begutachtung) weitere Berichte einzuholen (act. 91). -Im Anschluss an einen vom 17. bis 23. März 2016 befristeten stationären Aufenthalt in der Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte ein neuropathisches Schmerzsyndrom über C 4 bis Th 2 links, bei chronischer (unterer) Armplexusläsion links (Differenzialdiagnose: traumatisch, reaktiv chronisch-entzündlich nach Trauma der linken Schulter 2011 mit Fraktur und Luxation des Sternoclaviculargelenks links), eine Trichterbrust beidseits (Differenzialdiagnose: Rachitis) sowie ein Glaukom beidseits (rechtsbetont). Das durchgeführte MRT habe unauffällige Befunde (keine nachweisbare Plexusläsion, keinen Hinweis für eine extrakranielle Gefäßdissektion, in Untersuchungsposition linkskonvexe BWS-Skoliose) ergeben (Bericht vom 13. Mai 2016; act. 150). -RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, FMH Allgemeine Medizin, FMH physikalische Medizin und Rehabilitation und zertifizierte Medizinerin SIM, kam in ihrer medizinischen Stellungnahme vom 15. Juli 2016 zum Schluss, es sei trotz der umfangreichen medizinischen Dokumentation schwierig, sich eine Vorstellung vom Gesundheitszustand der Versicherten und von ihren funktionellen Einschränkungen zu machen. Dementsprechend seien beim Deutschen Rentenversicherer neurologische und orthopädische Untersuchungen respektive Berichte zu veranlassen, aus welchen die aktuellen Beschwerden und die funktionellen Einschränkungen hervorgingen.

Mit Blick auf die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) sei auch eine psychiatrische Untersuchung zu fordern (act. 156). -Am 26. September 2016 erstattete Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ([...]/DE), das von der Deutschen Rentenversicherung veranlasste neurologisch-psychiatrische Gutachten (act. 168, S. 2 - 15) sowie am 27. September 2016 einen ausführlichen ärztlichen Bericht (act. 169, S. 1 - 10). Darin hielt der Facharzt als Diagnosen unter anderem eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4 G), einen Zustand nach Fraktur und Luxation des Sternoclaviculargelenks sowie eine Gesichtsfeldstörung rechts infolge Glaukom (ICD-10 H 53.8 G) fest. In seiner zusammenfassenden Beurteilung kam er zum Schluss, dass neben der somatoformen Schmerzstörung auch eine sichere sekundäre neurotische Fehlentwicklung bestehe. Fachspezifisch bestünden keine objektivierbaren Einschränkungen des beruflichen Leistungsvermögens. Neurologisch sei die Beschwerdeführerin in ihrer letzten Tätigkeit als Kellnerin und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig leistungsfähig. Eine orthopädische Zusatzbegutachtung erscheine erforderlich. -In ihrer Stellungnahme vom 29. November 2016 führte RAD-Ärztin Dr. med. F._____ aus, nach einer vorübergehenden Verbesserung des postoperativen Gesundheitszustandes sei die anschließende Entwicklung gekennzeichnet durch eine progressive Verschlechterung der Schmerzsymptomatik. Die zahlreichen Therapien (Medikamente, Physiotherapien, Infiltrationen, lokale Radiotherapie, interskalenäre Plexus-brachialis-Blockaden bzw. Anästhetikum-Schmerzblockaden des Sternganglions) hätten nicht zu einer erheblichen und dauerhaften Verbesserung geführt. Die klinischen Untersuchungen hätten keine bedeutende Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit ergeben. Aus orthopädischer Sicht stimmten die Berichte dahingehend überein, dass jeweils eine fehlende funktionelle Einschränkung attestiert werde. Diesbezüglich könne dem orthopädischen Gutachten aus dem Jahr 2012 gefolgt werden. Aus neurologischer Sicht rechtfertige die Einschränkung im linken Schulter-Arm-Bereich keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. 178). -Im Anschluss an eine vom 29. November 2016 bis 9. Dezember 2016 durchgeführte stationäre multimodale Schmerztherapie hielten die verantwortlichen Spezialisten der Klinik für Neurologie und Neuropsychologie Z._____ als Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom nach Gebershagen III mit somatischen und psychischen Faktoren, ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom links nach C 4 bis Th 2 links bei Verdacht auf Armplexusläsion links, ein Trauma der linken Schulter (2011) mit Fraktur und Luxation des Sternoclaviculargelenks links, ein Glaukom sowie den Verdacht auf eine Depression fest. Mit Blick auf den psychischen Befund führten sie aus, dass die Beschwerdeführerin wach, zu allen Qualitäten sicher orientiert und formal geordnet sei. Inhaltlich bestünden keine Anhaltspunkte für eine produktiv psychotische Symptomatik oder wahnhaftige Störungen. Affektiv wirke sie leicht bedrückt, und der Antrieb sei unauffällig (act. 196). -RAD-Ärztin Dr. med. H._____ führte in ihrer Stellungnahme vom 8. Februar 2017 namentlich aus, es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine mögliche Schädigung des linken Plexus brachialis mit neuropathischen Schmerzen (ICD-10 G 54.0). Für eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ab dem Unfall zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab Juni 2012 eine solche von 60 % und ab August 2012 eine solche von 0 % zu attestieren. Letzteres Datum entspreche der Beurteilung im orthopädischen Gutachten (act. 186). -Mit medizinischer Stellungnahme vom 15. März 2017 kam RAD-Ärztin Dr. med. I._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, gestützt auf eine

Aktenbeurteilung zum Schluss, dass neben der Schmerzstörung keine komorbide psychiatrische Erkrankung bestehe. Nach Diskussion der Standardindikatoren werde der Einschätzung des Gutachters gefolgt; es bestehe demnach aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zur Begründung dieser Schlussfolgerung führte sie an, durch die somatoforme Schmerzstörung bestehe im Ergebnis keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin befinde sich in somatischer Behandlung und habe bisher weder eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen noch Psychopharmaka zur Behandlung psychischer Beschwerden eingenommen (act. 191).

E. 4.2

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die beigezogenen Gutachten und Arztberichte eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht.

E. 4.2.1

Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung werden vorliegend nicht geltend gemacht und sind aus den Akten auch nicht ersichtlich, so dass von der Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nicht abgesehen werden darf.

E. 4.2.2

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). Im Vordergrund stehen vorliegend die Diagnosen der chronifizierten somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41), der Läsion des linken Plexus brachialis mit neuropathischen Schmerzen (ICD-10 G 54.0) sowie des Glaukoms (ICD-10 H 53.8). Diese Diagnosen sind schlüssig begründet und lassen sich anhand der klassifikatorischen Merkmale des ICD-10 nachvollziehen.

E. 4.2.3

Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). In dieser Kategorie sind die Komplexe der "Gesundheitsschädigung", der "Persönlichkeit" und des "sozialen Kontextes" zu unterscheiden.

E. 4.2.3.1

Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Nicht abschliessend geklärt wurde vorliegend vom psychiatrisch-neurologischen Gutachter die Frage, in welcher Ausprägung die diagnoserelevanten Befunde vorliegen. 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 praxisgemäss 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). Eine Prüfung der Standardindikatoren wurde im vorliegenden (von der Deutschen Rentenversicherung in Auftrag gegebenen) Gutachten nicht vorgenommen. Die von der Vorinstanz bei ihrem

medizinischen Dienst eingeholte Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 15. März 2017 trägt diesbezüglich nichts zur Klärung bei, zumal das Ergebnis der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung nur äusserst rudimentär zusammengefasst wird und lediglich auf die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung, welche im Ergebnis nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, verwiesen wird (act. 191, S. 2). Mit Blick auf den Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erweisen sich das neurologisch-psychiatrische Gutachten und die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes als unvollständig. Daraus lassen sich folglich keine zuverlässigen Aussagen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ableiten. In dieser Hinsicht fehlt es an einer schlüssigen Begründung (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C_198/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.4.1).

E. 4.2.3.2

Ferner stellen Verlauf und Ausgang der Therapien wichtige Schweregradindikatoren dar (Urteil des BGer 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; Meier, a.a.O., S. 25 f.). Eine fundierte Auseinandersetzung wurde vorliegend weder im neurologisch-psychiatrischen Gutachten noch in den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz (act. 178, S. 1 - 3; act. 186, S. 1 - 7; act. 191, S. 1 - 3) vorgenommen. Insbesondere hat sich Dr. med. I. _____ im Rahmen ihrer ergänzenden Beurteilung der Standardindikatoren vom 15. März 2017 auf die blosser Feststellung beschränkt, dass sich die Beschwerdeführerin in somatischer Behandlung befinde und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bisher nicht stattgefunden habe (act. 191, S. 2). RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ führte in ihrer Stellungnahme vom 29. November 2016 zwar aus, nach einer vorübergehenden Verbesserung des postoperativen Gesundheitszustandes hätten die zahlreichen Therapien (Medikamente, Physiotherapien, Infiltrationen, lokale Radiotherapie, interskalenäre Plexus-brachialis-Blockaden bzw. Anästhetikum-Schmerzblockaden des Sternganglions) zu keiner erheblichen und dauerhaften Verbesserung geführt (act. 178, S. 2). Eine Würdigung dieser Therapien und entsprechende Rückschlüsse auf den Schweregrad der Schmerzstörung und - daraus abgeleitet - auf die Leistungsfähigkeit finden sich indes auch in dieser Stellungnahme nicht. Dieser Indikator wurde folglich vom Gutachter und den versicherungsinternen Ärzten nicht hinreichend abgeklärt. Die zahlreichen, im Ergebnis erfolglos verlaufenen Therapien mit teilweise stationären Aufenthalten sprechen für einen starken Leidensdruck und sind zumindest als wesentlicher Hinweis für eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu werten.

E. 4.2.3.3

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). Vorliegend geht aus den medizinischen Akten hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein fortgeschrittenes Glaukom (ICD-10 H 53.8 G) rechts mit fast erloschenen Gesichtsfeld und Offenwinkelglaukom links mit beginnendem Gesichtsfelddefekt diagnostiziert worden ist (ED 2/2015; vgl. E. 4.1 hievor). Die Auswirkungen dieser Gesundheitsbeeinträchtigung auf das zumutbare Leistungsprofil und die Leistungsfähigkeit blieben vorliegend vollständig ungeklärt. Die blosser Aussage, dass in psychiatrischer Hinsicht keine Komorbidität bestehe, genügt in diesem Zusammenhang nicht (act. 191, S. 2). Es wäre diesbezüglich eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen - auch körperlicher Art - angezeigt

gewesen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301; Urteil 8C_198/2018 E. 3.4.3). Hinsichtlich der genannten Gesundheitsbeeinträchtigung bedarf es ebenfalls ergänzender medizinischer Abklärungen durch einen Ophthalmologen.

E. 4.2.3.4

Im Bereich des Komplexes "Persönlichkeit" geht es darum zu eruieren, über welche persönliche Ressourcen die versicherte Person noch verfügt. Hierbei müssen die zusätzlich belastenden wie auch die positiven Ressourcen in eine Gesamtwürdigung einbezogen werden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 und E. 4.3.2). Der pauschale Hinweis in der medizinischen Stellungnahme von Dr. med. I. _____, wonach kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung bestehe (act. 191, S. 2) erweist sich unter diesem Blickwinkel als ungenügend, zumal sich daraus kein verlässliches Bild über die belastenden Faktoren und positiven Ressourcen ergibt.

E. 4.2.4

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 neurologisch-psychiatrischen Gutachten lediglich hervor, dass die Beschwerdeführerin ledig und partnerlos sei, keine Kinder habe und den Alltag selbständig bewältigen könne, wobei sie von den Eltern unterstützt worden sei (act. 168, S. 5). Die versicherungsinterne Beurteilung durch Dr. med. I. _____ beschränkt sich auf die Wiedergabe dieser Feststellungen (act. 191, S. 3) und trägt demnach nichts zur Präzisierung und Klärung bei. Ob und gegebenenfalls inwiefern die Eltern respektive andere Verwandte oder Bekannte unterstützend auf die Beschwerdeführerin einwirken können, wurde jedenfalls nicht abgeklärt. Dementsprechend bleibt auch unklar, ob die Beschwerdeführerin auf mobilisierbare Ressourcen zurückgreifen kann (vgl. dazu z.B. Urteile des BGer 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 5.2.5; 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 4.1.3; 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.4).

E. 4.2.5

Bei der Konsistenzprüfung geht es um die Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den privaten Aktivitäten im Einklang stehen oder ob sich aus diesem Vergleich Widersprüche oder Unstimmigkeiten ergeben. Dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten ist diesbezüglich nichts zu entnehmen, und die versicherungsinternen Ärzte haben diese Frage ebenfalls nicht abgeklärt (vgl. dazu act. 191, S. 3). Bei dieser Ausgangslage kann der Beschwerdeführerin jedenfalls keine Diskrepanz zwischen dem Aktivitätsniveau im Alltag und der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit angelastet werden. Im Gegenteil ist aufgrund der von der Beschwerdeführerin bisher in Anspruch genommenen zahlreichen Therapien zur Linderung ihres Schmerzzustandes von einem hohen Leidensdruck auszugehen. Hinweise für eine fehlende Compliance oder die Nichtbeachtung medizinisch indizierter Therapien sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden von der Vorinstanz auch nicht geltend gemacht.

E. 4.3

Damit steht fest, dass das beigezogene neurologisch-psychiatrische Gutachten, auch unter Einbezug der vorliegenden Arztberichte und der versicherungsinternen Aktenbeurteilungen, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren nicht erlaubt. Es liegen folglich keine schlüssigen medizinischen Ausführungen vor, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten

Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden.

E. 4.4

Schliesslich gilt es zu beachten, dass sich weder im neurologisch-psychiatrischen Gutachten noch in den versicherungsinternen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte und Spezialisten (vgl. dazu act. 23, 79 und 92; E. 4.1 hievore) findet. Eine solche wäre indes für eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage zwingend geboten gewesen (vgl. zu diesem Erfordernis Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 25 und S. 57). Die Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen und dem Gutachten abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

E. 4.5

Insgesamt fehlt es demnach sowohl im neurologisch-psychiatrischen Gutachten wie auch in den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes an einer nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und an einer die bestehende Diskrepanzen ausräumenden Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte und Spezialisten. Wie vorstehend dargelegt, wurden zwar nachvollziehbare Diagnosen nach Massgabe der ICD-10 gestellt. Allerdings findet in der Folge keine respektive jedenfalls keine fundierte Auseinandersetzung in Bezug auf die Indikatoren der "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", des "Behandlungserfolgs oder der Behandlungsresistenz" und der "Komorbidität" statt. Auch zu den Komplexen der "Persönlichkeit" und des "sozialen Kontextes" ergeben sich aus den medizinischen Akten keine verlässlichen, verwertbaren Erkenntnisse. Schliesslich lässt sich auch der für die Konsistenzprüfung relevante Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht rechtsgenügend beurteilen. Es ist daher unabdingbar, ein neues Gutachten einzuholen, das die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Einklang mit der geltenden Rechtslage nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ermöglicht. Bei diesem Ergebnis braucht auf die im Übrigen geltend gemachten materiellen Mängel am Gutachten, den versicherungsinternen Stellungnahmen und an der angefochtenen Verfügung, insbesondere auch auf die Frage der Gewährung eines leidensbedingten Abzugs, nicht weiter eingegangen zu werden.

E. 4.6

Die Beschwerdeführerin beantragt zudem, es sei im Hinblick auf die verlässliche Leistungsbeurteilung eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zu veranlassen.

E. 4.6.1

Nach der geltenden Rechtsprechung besteht bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig

einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (vgl. SVR 2011 IV Nr. 6 S. 17, 9C_1035/2009 E. 4; Urteile des BGer 8C_312/2018 vom 21. September 2018 E. 5.1; 8C_711/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 3.5 mit Hinweis).

E. 4.6.2

Vorliegend haben die Schmerzspezialisten des V._____ eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (zum Beispiel am W._____ AG in [...]) explizit empfohlen (act. 97, S. 5). Weitere Empfehlungen zu einer EFL liegen bis dato nicht vor. Bei dieser Sachlage ist es dem pflichtgemässen Ermessen der zu benennenden Sachverständigen zu überlassen, ob sie nach eingehender polydisziplinärer Abklärung von einem schwierig einzuschätzenden Krankheitsbild ausgehen, dessen verlässliche Beurteilung einer ergänzenden EFL bedarf.

E. 4.7

Am Erfordernis der polydisziplinären Begutachtung vermag auch der bei den UV-Akten liegende Entscheid VB 16/022 des Verwaltungsgerichts des Kantons D._____ vom 27. September 2017 (UV-act. 303) nichts zu ändern. Zum einen ging es in diesem Entscheid im Wesentlichen um die Beurteilung der Frage, ob bereits im Zeitpunkt der ersten gerichtlichen Beurteilung der Streitsache durch das Verwaltungsgericht (Entscheid vom 18. Juni 2014) eine Läsion des Plexus brachialis links respektive eine anderweitige Schädigung der Nerven bestanden habe und ob gegebenenfalls ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 61 Bst. i ATSG anzunehmen sei, was das Gericht verneint hat (E. 5.1 und E. 5.2). Zum andern hat das Verwaltungsgericht den medizinischen Sachverhalt ausschliesslich unter dem Gesichtspunkt des (natürlichen) Kausalzusammenhanges als hinreichend abgeklärt eingestuft (E. 7). Mit Blick auf die (im Invalidenversicherungsrecht massgebliche) Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher (auch nicht unfallkausaler) Gesundheitsbeeinträchtigungen (vgl. zu den Voraussetzungen für die Annahme eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges im UVG im Allgemeinen BGE 134 V 109 E. 2.1 sowie BGE 115 V 133 bei psychischen Unfallfolgen im Speziellen; vgl. auch Urteile des BGer 8C_96/2017 vom 24. Januar 2018 [SVR 2018 UV Nr. 21] E. 4 und 5 sowie 8C_147/2017 vom 2. August 2017 [SVR 2018 UV Nr. 3] E. 3.1 und E. 5.1 - 5.5) ergeben sich aus dem genannten Entscheid keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Schliesslich ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass nach der konstanten Rechtsprechung keine Bindung der IV an die Invaliditätsschätzung der UV besteht (BGE 133 V 549 E. 6.1 S. 553 m. H., bestätigt mit Urteil des BGer 8C_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1).

E. 5

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf die Durchführung von beruflichen Massnahmen hat.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin bringt in diesem Zusammenhang vor, es drängten sich berufliche Massnahmen auf, um überhaupt herauszufinden, in welchen Tätigkeiten sie noch eingesetzt werden könne. Dagegen wendet die Vorinstanz ein, die Beschwerdeführerin erfülle die versicherungsmässigen Voraussetzungen für die Gewährung von beruflichen Massnahmen von vornherein nicht, da sie weder obligatorisch noch freiwillig versichert sei (BVGer act. 4, S. 2).

E. 5.2.1

Gemäss Anhang XI, Schweiz, Ziffer 8 der VO Nr. 883/2004 (in Kraft seit 1. April 2012) gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen bis zur Zahlung einer Invalidenrente und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt.

E. 5.2.2

Diese (Nachversicherungs-)Norm wurde in Ziffer 1011.2 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV (KSBIL; gültig ab 4. April 2016, Stand 1. Januar 2018) konkretisiert (vgl. hierzu auch IV-Rundschreiben Nr. 309). Gemäss dieser Bestimmung gelten schweizerische Staatsangehörige oder Personen mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Landes, die in der Schweiz ohne Wohnsitz zu haben eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmende oder Selbständigerwerbende ausgeübt haben und den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegen, weil sie ihre existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz in Folge Unfalls oder Krankheit aufgeben mussten, in Bezug auf den Anspruch von Eingliederungsmassnahmen als versichert. Dies gilt auch während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern sie keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnehmen. Der Nachversicherungsschutz endet hingegen beim Bezug einer (ganzen oder teilweisen) Invalidenrente, bei abgeschlossener erstmaliger Eingliederung oder beim Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes (BVGE 2017/V/7 E. 6.6 und 6.7; Urteil des BVGer C-5883/2013 vom 5. Oktober 2016 E. 9.3).

E. 5.2.3

Vorliegend ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz als Folge der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit hat aufgeben müssen (act. 22 f.) und in der Folge keine dauerhafte anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz mehr aufgenommen hat. Damit sind die Voraussetzungen für einen Nachversicherungsschutz im Sinne der genannten Bestimmungen erfüllt.

E. 5.2.4

Art. 1a lit. a und Art. 28 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG sowie Art. 7 ATSG statuieren den Grundsatz "Eingliederung vor Rente". Demnach gehen Eingliederungsmassnahmen den Rentenleistungen vor. Diese werden nur erbracht, wenn die versicherte Person nicht oder bloss in ungenügender Masse eingegliedert werden kann. Für die Abklärungspflicht der IV-Stelle bedeutet dies, dass sie zuerst prüfen muss, ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind, bevor der Rentenanspruch untersucht wird (Urteil des BGer 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 mit Hinweisen, in: SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86).

E. 6.1

Zusammengefasst folgt aus dem Gesagten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen Sachverhalt folglich unvollständig festgestellt hat. Die angefochtene

Verfügung ist deshalb aufzuheben. Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt 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 die Vorinstanz - wie vorliegend - den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (siehe E. 3.5 hievor) geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch völlig ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGER 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7). Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung der Beschwerdeführerin befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten einzuholen haben wird.

E. 6.2

Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Angesichts der multiplen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz anzuordnen (vgl. dazu Urteil des BGER 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Daran vermag die Vielzahl der bestehenden Arztberichte und medizinischen Stellungnahmen nichts zu ändern. Aufgrund der zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen drängt sich ein interdisziplinäres Gutachten insbesondere unter Einbezug der Fachbereiche der Neurologie und Psychiatrie (chronifizierte somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; ICD-10 F 45.41), der Orthopädie (Läsion des linken Plexus brachialis mit neuropathischen Schmerzen; ICD-10 G 54.0) und der Ophthalmologie (Glaukom; ICD-10 H 53.8) auf. Ob daneben noch Spezialisten aus weiteren Fachgebieten beizuziehen sind, wird dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter überlassen. Entsprechendes gilt auch für die Beurteilung der Frage, ob eine ergänzende Abklärungen im Rahmen einer EFL durchzuführen ist.

E. 6.3

Im Rahmen der erneuten Begutachtung in der Schweiz ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem zu ermitteln und sind der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 6.4

Im Anschluss an die umfassende und vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes wird die Vorinstanz in einem ersten Schritt vorab über das Gesuch um

berufliche Massnahmen zu befinden haben, bevor in einem zweiten Schritt gegebenenfalls über das Rentengesuch zu entscheiden ist.

E. 6.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2018 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 7.2

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat 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.

E. 7.3

Die Parteientschädigung umfasst dabei die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE das Anwaltshonorar (Bst. a), den Ersatz der Auslagen (Bst. b) und der Mehrwertsteuer (Bst. c), wobei Letztere nur dann geschuldet ist, wenn die zu entschädigende Partei Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz hat (vgl. dazu Urteile des BVGer C-3800/2012 vom 27. Mai 2014; C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 mit weiteren Hinweisen). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE), wobei der Stundensatz für Anwälte und Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 2 VGKE).

E. 7.4

Die Partei, die Anspruch auf Parteientschädigung erhebt, hat dem Bundesverwaltungsgericht vor dem Beschwerdeentscheid eine detaillierte Kostennote einzureichen, aus welcher hervorgehen muss, welche Arbeiten durchgeführt worden sind und wer wieviel Zeit zu welchem Tarif aufgewendet hat (Moser/Beusch/Kneubühler, a.a.O., Rz. 4.84 f.).

E. 7.5

Der Rechtsvertreter hat vorliegend mit Eingabe vom 24. August 2018 eine Kostennote mit einem geltend gemachten Arbeitsaufwand von 26.80 h, abgerechnet zu einem Stundenansatz von Fr. 230.-, und einem Betrag von Fr. 6'348.90 (inkl. MWSt von Fr. 488.85) eingereicht (Beilage zu BVGer act. 11). Der geltend gemachte Zeitaufwand übersteigt das in vergleichbaren Fällen als notwendig eingestufte Mass. Zu beachten gilt es auch, dass die Akten nicht überdurchschnittlich umfangreich sind, der Sachverhalt

überschaubar ist und auch nicht zu umfangreichen Rechtsabklärungen Anlass gegeben hat. Immerhin kann der durch die nachträgliche Stellungnahme zu den UV-Akten (BVGer act. 21 samt Beilagen) bedingte leichte Mehraufwand zu Gunsten der Beschwerdeführerin berücksichtigt werden. Mit der Argumentation des Rechtsvertreters in dessen Stellungnahme vom 23. August 2018 ist zudem davon auszugehen, dass die Verwendung voneinander abweichender Aktendossiers mit unterschiedlichen Dokumenten und unterschiedlicher Aktennummerierung die Übersicht erschwert und damit den notwendigen Aufwand für die Vertretung etwas erhöht hat. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt. (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.