

BVGer C-1989/2020 vom 6. März 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1989_2020

FR: TAF C-1989/2020 du 6 mars 2023

IT: TAF C-1989/2020 del 6 marzo 2023

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes (VGG, SR 173.32) Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG, SR 172.021). Die IVSTA gehört als Behörde nach Art. 33 VGG zu den Vorinstanzen des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine das Sachgebiet betreffende Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist für die Beurteilung der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 26bis und Art. 28 bis 70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht

C-1989/2020 Seite 6 mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat sich am vorinstanzlichen Verfahren beteiligt, ist direkte Adressatin der angefochtenen Verfügung und mit der Abweisung ihres Leistungsbegehrens formell und materiell beschwert. Sie kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG).

E. 1.4

Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin bezeichnet als wahrscheinlich, dass die Vorinstanz einen Ambulanzbericht des Krankenhaus F. _____ (vom 6. Juni 2019; nicht nummerierte Beschwerdebeilage) nicht berücksichtigt habe. Sie begründet damit zwar in erster Linie den Antrag auf neuerliche Begutachtung, macht aber sinngemäss auch eine Gehörsrüge geltend. Diese ist aufgrund der formellen Natur des rechtlichen Gehörs vorab zu prüfen (statt Vieler: Urteil des BGer 2C_551/2021 vom 24. Januar 2022 E. 2.1 m.w.H.).

E. 2.2

Der Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verlangt unter anderem, dass die Behörde die rechtserheblichen Vorbringen der Parteien hört und bei der Entscheidungsfindung angemessen berücksichtigt. Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (statt Vieler: BGE 139 V 496 E. 5.1; Urteil des BGer 1C_32/2022 vom 14. Juli 2022 E. 2.2).

E. 2.3

Der genannte Ambulanzbericht ist Teil der Akten. Er ist in anderer Gestaltung und teils mit abweichendem Befunddatum im Briefkopf vom 7. Juni 2019, aber mit identischem Wortlaut in einem Bericht von Dr. E. _____ vom 18. Juni 2019 enthalten (IV-act. 123, 132). Er wird in dieser Gestalt im Bericht des Medizinischen Dienstes vom 2. November 2019 (IV-act. 138) ausdrücklich zitiert und insbesondere auch dem Gesamtgutachten vom 13. Mai 2019 (IV-act. 81) gegenübergestellt. Dieser Bericht wiederum ist

C-1989/2020 Seite 7 Grundlage des Vorbescheides vom 5. Mai 2019 und der angefochtenen Verfügung. Der Ambulanzbericht floss mithin in die Beurteilung des Gesuches ein, auch wenn dies der kurzen Begründung des Vorbescheides und der angefochtenen Verfügung nicht mit einer konkreten Quellenangabe zu entnehmen ist. Ob er korrekt gewürdigt wurde, ist keine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern der materiellen Beurteilung.

E. 2.4

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt somit nicht vor.

E. 2.5

cm breiten Flüssigkeitssaum ventral der Leber; ein ergänzendes PET-

C-1989/2020 Seite 17 CT habe eine Mehranreicherung, korrelierend zum Ultraschallbefund gezeigt. Im chirurgischen Konsilium sei ein konservatives Vorgehen empfohlen worden. Mit dem Rückgang der Entzündungsparameter sei die parenterale Antibiose eingestellt, die orale beibehalten worden. Die Entlassung erfolgte nach Besserung der Beschwerden und angesichts regredienter Entzündungswerte, bei laufender oraler Antibiose. 5.4.10 Das ärztliche Gesamtgutachten vom 20.05.2019 von Dr. P. _____, Facharzt für Innere Medizin (IV-act. 81), basiert auf einer Untersuchung vom 13. Mai 2019 sowie vorliegenden Akten, namentlich dem Arztbrief der Kliniken O. _____ vom 3. April 2019 (vorne, E. 5.4.7); zur Vorgeschichte wird auf das ärztliche Gesamtgutachten von Dr. Q. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, vom 7. August 2018 (IV-act. 64)

verwiesen. Als Hauptdiagnose werden die ausgeprägten Leber-/Nierenzysten, der Leberbefall symptomatisch mit Bauchbeschwerden (autosomal dominante polyzystische Leber-/Nierenerkrankung; ICD-10: Q44.6, Q61.3) genannt. Als Nebendiagnosen führt das Gutachten wiederkehrende Kreuzbeinschmerzen, Zustand nach operativer Bandscheibenentfernung, Bluthochdruck, Nikotinkonsum, Zustand nach operativer Dickdarmentfernung 2008 (bei Divertikulitis) auf. Geschildert würden die Beschwerden von Seiten des Abdomens; hier seien ausgeprägte Leberzysten im Rahmen der Leber-/Nierenerkrankung diagnostiziert; der Leberbefall sei als deutlich symptomatisch gewertet. Es sei eine Lebertransplantation geplant, die Evaluation sei im Gange. «Chronisch» seien weiter die wiederkehrenden lumboschialgieformen Beschwerden mit Zustand nach operativen Eingriffen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Arbeiten nicht gegeben, der Effekt der geplanten Therapie (Lebertransplantation) abzuwarten, weshalb eine Nachuntersuchung in 12 bis 18 Monaten zu erfolgen habe; eine Besserung des Zustandes für den Therapieerfolg wurde als möglich deklariert (Ziff. 10 und 14). 5.4.11 Gemäss Ambulanzberichten des Krankenhaus F._____ vom 15. und 22. Mai 2019 (IV-act. 130 f) stellte sich die Beschwerdeführerin je am nämlichen Tag mit weiterhin bestehenden Bauchschmerzen, verbunden mit stärkerem Druckgefühl, vor allem im Oberbauch, vor. Die Nierenfunktion war verbessert, ebenso zeigte sich der CRP-Wert als leicht gebessert, aber noch immer erhöht. Es sei mit der Patientin abgesprochen worden, nach Abheilung des Infekts die Voruntersuchung für die Lebertransplantation in die Wege zu leiten.

C-1989/2020 Seite 18 5.4.12 Laut Ambulanzbericht vom 6. Juni 2019 des Krankenhaus F._____, Abteilung für Innere Medizin III (IV-act. 123, 132) stellte sich die Beschwerdeführerin am nämlichen Tag vor. Diagnostiziert wurden im Wesentlichen eine chronische Nierenkrankheit (ICD-10: N18.3), autosomal dominante polyzystische Leber und Nieren-Erkrankung (ICD-10: Q61.2), Leberzysteninfekt und Zystenruptur 5/2019; bei starker Zunahme der Beschwerdesymptomatik stelle sich eine Leber-, allenfalls auch Nierentransplantation («LTX (+/- NTX)») als einziger kurativer Ansatz dar, aktuell sei auf Patientenwunsch mit einem Listungsersuchen noch zuzuwarten. Die Beschwerdeführerin sei guter Stimmung erschienen, mit Ausnahme leichten Druckgefühls im rechten Unterbauch (und Ohrenbeschwerden) beschwerdefrei. Die Nierenfunktion war weiter verbessert, Leukozytose nicht mehr nachweisbar, der CRP noch «minimalst erhöht». Es wurde empfohlen, die Antibiose abzusetzen. Mit der Beschwerdeführerin sei der Befund besprochen worden, dass eine Lebertransplantation der einzige kurative Therapieansatz (und eine chirurgische Intervention der symptomatischen Leberzysten nicht sinnvoll möglich) sei, wobei die Indikation lediglich die klinische Symptomatik sei. In Abwägung der aktuellen Beschwerdesituation und der mit einer Transplantation und der langfristigen Immunsuppression einhergehenden Risiken und Nebenwirkungen entschied sich die Beschwerdeführerin vorerst gegen ein Listungsersuchen, vorbehaltlich deutlicher Zunahme der Beschwerdesymptomatik oder Komplikationsrate. 5.4.13 Im Zusammenhang mit berichteten, wiederkehrenden lumboschialgieformen Schmerzen wurde am 26. Juni 2019 ein MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt (Dr. R._____, IV-act.129) und in der Folge mit dem Orthopäden Dr. L._____ am 9. Juli 2019 besprochen (IV-act. 124). Partiiell seien die riesigen, bis ins Becken reichenden, schon am 7. September 2006 befundeten Zystennieren abgebildet. Namentlich wurden eine relative Spinalkanalstenose mit Rezessusstenose L4/5, durchbaue Spondylodese L5/S1, Stenose im Bereich des operierten Segments festgestellt, die Schmerzen vorab mit der Rezessusstenose in Verbindung

gebracht. Orientiert über konservative und operative Möglichkeiten, habe die Patientin eine operative Therapie gewünscht. Eine entsprechende Überweisung wurde in Angriff genommen. 5.4.14 Mit dem Einwand vom 10. Dezember 2019 legte die Beschwerdeführerin neben dem bereits bekannten definitiven Entlassungsbericht des Krankenhauses D._____ vom 19. November 2018 (IV-act. 125, 146 vgl. E. 5.4.2) ein Sachverständigen Gutachten nach der Einschätzungsverordnung von Dr. C._____, Facharzt für Orthopädie, vom 28. Oktober 2019

C-1989/2020 Seite 19 ins Recht (IV-act. 145). Hierin wird – unter Bezugnahme auf ein nicht aktenkundiges, aber zitiertes Gutachten vom 25. Januar 2019 – eine Neufestsetzung des Grades der Behinderung vorgenommen. Der Gutachter legt den Gesamtgrad der Behinderung auf 70 % fest. Im Vordergrund sieht er den Chronischen Kreuzbeinschmerz nach Versteifung L5/S1 und unfallbedingtem Bruch des Kreuzbeines (2014) mit fortschreitender Degeneration in den Anschlusssegmenten und einer Einengung des Wirbelkanals. Hier sei gegenüber dem Gutachten vom Januar 2019 eine Verschlechterung in der Schmerzsituation festzustellen, weil die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln der WHO-Stufe 3 erforderlich geworden sei; da das Vorgutachten schlüssig einen Dauerzustand festgesetzt habe, schliesse er sich dem an. Der Grad der Behinderung für diese Diagnose wurde auf 60 % festgesetzt, heraufgesetzt um eine Stufe wegen der unveränderten Beschwerden aufgrund der zystischen Erkrankung von Leber und Niere und der ebenfalls unveränderten Einschätzungen zu den Nebendiagnosen «ausgedehnte Vernarbungen nach einer Bauchdeckenstraffung» und Bluthochdruck. Der Gutachter bejahte die (in einer Ja/Nein-Auswahlfrage erfragte) Wahrscheinlichkeit, in einem geschützten Arbeitsplatz oder integrativen Betrieb, allenfalls mit Unterstützungsstrukturen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. 5.5 Der Medizinische Dienst der IVSTA (Dr. B._____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Nephrologie) hielt in seinen Beurteilungen vom

E. 3.1

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

E. 3.2

Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 1408/71, SR 0.831.109.268.1) haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 3.3

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte – wie vorliegend – keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens – unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität – sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invali-

C-1989/2020 Seite 8 denversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

E. 3.4

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 18. März 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.5

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 18. März 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.6

Die Beschwerdeführerin kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 4.1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanschuldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies durch eine Nichteintretensverfügung (BGE 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b).

C-1989/2020 Seite 9

E. 4.1.2

Vorliegend trat die Vorinstanz nach dem ersten Gesuch vom 19. April 2010 (Sachverhalt Bst. A.b) auf zwei Folgegesuche nicht ein, weil eine für den Anspruch erhebliche Veränderung der Invalidität nicht eingetreten sei (Sachverhalt Bst. A.c und A.d). Auf das hier zu prüfende Gesuch trat die Vorinstanz ein und wies es ab. Die Vorinstanz erachtete damit die Verschiebung der Gewichtung betreffend die rentenrelevanten Diagnosen zwar als glaubhaft, beurteilte diese in der eingehenden Prüfung aber nicht als genügend, um einen Rentenanspruch zu begründen. Zu prüfen ist somit im Rechtsmittelverfahren nicht, ob eine Veränderung im relevanten Grade glaubhaft gemacht wurde, sondern ob die veränderte Diagnosegewichtung den Rentenanspruch zu begründen vermag.

E. 4.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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. 4.3

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

E. 4.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist

C-1989/2020 Seite 10 es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 4.5

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versiche- rungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wür- digen.

E. 4.5.1

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Unter- suchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurtei- lung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medi- zinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Exper- ten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der ein- gereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 4.5.2

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten auf- zustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, wel- che aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Be- funde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit wei- teren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind auf- grund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vor- behalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein

C-1989/2020 Seite 11 praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Ur- teil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). In diesem Zu- sammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzun- gen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdi- gung zu berücksichtigen, zumal die Behörde und das Gericht auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen medizinischen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Erkenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen können (vgl. dazu die Urteile des BGer 4A_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 und 9C_468/2009 vom

E. 4.5.3

Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersu- chungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fach- ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachver- halts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Per- son in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom

21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungs-internen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. Urteil des BGer 9C_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1 in fine).

C-1989/2020 Seite 12

E. 4.6

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, gemischte Methode, spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a IVG). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 4.7

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 in Kraft stehenden Fassung]).

E. 4.8

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. auch BGE 138 V 475 E. 3).

E. 4.9

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten einer Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 und 130 V 71 E. 3.2.3). Diese Prüfung muss dabei denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfassen, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanmeldung stützt (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2009 [= SVR 2010 IV Nr. 54] vom 26. März 2010 E. 2.1). Zeitliche Referenzpunkte bilden im vorliegenden Fall der 15. Juni 2011 (Datum der letzten materiellen Beurteilung) und der 18. März 2020 (letzte ablehnende Verfügung nach Prüfung des Anspruchs).

C-1989/2020 Seite 13 5. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. Der IVSTA standen zur Beurteilung des Gesuchs im Wesentlichen folgende Unterlagen zur Verfügung: 5.1 Dem ersten Gesuch vom 19. April 2010 waren ein ärztliches Gutachten von Dr. G. _____, Facharzt für Unfallchirurgie, vom 15. März 2020 (IV-act. 3) und ein ärztliches Gesamtgutachten von Dr. H. _____, Ärztin für Allgemeinmedizin vom 25. Januar 2010 (IV-act. 2) vorausgegangen. Im Vordergrund stand die Diagnostik zu den Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule; die erbliche Nieren- und Lebererkrankung wurde nur im Gesamtgutachten als Zusatzbefund (Ziff. 7) erwähnt, dessentwegen Schmerzmedikamente nur spärlich eingenommen würden (Ziff. 10). Diese Zurückhaltung gründete auf ärztlichem Anraten: Gemäss nachgereichtem Arztbericht von Dr. E. _____ (Ärztin für Allgemeinmedizin) vom 10. Juni 2010 über eine Befunderhebung der Ambulanz für Nephrologie und Dialyse vom 16. Juni 2008 (IV-act. 11) war eine autosomal dominant polyzystische Nierenerkrankung (ICD-10: Q61.3) bekannt. Divertikulose und Divertikulitis sowie die Leberzysten seien im Rahmen dieser Grunderkrankung zu sehen. Es wurde angeraten, das Medikament Diclobene (das wegen der Lumboischialgie bei Bedarf verordnet war) nur sparsam einzunehmen und den Nikotinabusus einzustellen. Der Verdacht auf die Nierenerkrankung wurde in einem MRT vom 8. Februar 2008 aufgegriffen (IV-act. 19), fand aber im ersten Verfahren keinen weiteren Niederschlag in den Berichten; der Bericht des Ärztlichen Dienstes (Dr. I. _____) vom 27. März 2011 (IV-act. 35) erwähnt die Diagnose einzig als Nebendiagnose, die keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit habe. Die zitierten Gutachten (IV-act. 2 f.) und ihnen folgend die Beurteilung des Ärztlichen Dienstes schlossen auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten, mit gewissen Einschränkungen (wechselnde Körperhaltung, ohne Zwangshaltung und ohne Kälte- und Nässeexposition). 5.2 Im Rahmen der Behandlung des zweiten Gesuches vom 13. März 2015 standen Einschränkungen des Bewegungsapparates im Vordergrund, neben der Problematik im Bereich der Lendenwirbelsäule namentlich auch die Folgen eines Verkehrsunfalles (IV-act. 52). Die Leber- und Nierenzysten finden nur beiläufig Erwähnung (IV-act. 52 f.), nicht jedenfalls im ärztlichen Gesamtgutachten vom 29. Mai 2015 (IV-act. 47). Dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestätigt den Befund des ärztlichen Gesamtgutachtens vom 25. Januar 2010 (IV-act. 2).

C-1989/2020 Seite 14 5.3 Im Zuge der Behandlung des dritten Gesuches vom 13. Juni 2018 wurden die Zystenleber und Zystenniere einmalig unter dem Punkt «familiäre Anamnese» in einem Kur-Austrittsbericht vom 17. Juni 2018 erwähnt (IV-act. 65). Bezüglich der

Arbeitsfähigkeit unterschied sich das ärztliche Gesamtgutachten vom 7. August 2018 (IV-act. 64) insofern von den früheren Beurteilungen, als sich die Arbeitsfähigkeit nurmehr auf leichte körperliche Arbeiten beschränke (und nicht mehr auch auf mittelschwere). Der Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (Dr. J. _____) vom 27. November 2018 bestätigte die vollschichtige Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten und beurteilte die «bekannte Zystenleber und Zystennieren [als] bislang nicht einschränkend» (IV-act. 70).

5.4 Im Zusammenhang mit dem vorliegend zu beurteilenden Gesuch liegen folgende Berichte vor:

5.4.1 In einem CT-Befund vom 3. Mai 2011 (IV-act. 135) stellte Dr. K. _____, (...), im Wesentlichen eine polyzystische Nierenerkrankung mit multiplen Leberzysten mit entsprechenden Organvergrösserungen sowie mehrere, potentiell eingeblutete Nierenzysten fest. Die grösste Leberzyste weise einen Querdurchmesser von 10 cm auf.

5.4.2 Gemäss Arztbrief von Dr. L. _____ (Facharzt Orthopädie und orthopädische Chirurgie) vom 15. März 2018 (IV-act. 94, 97) wurde die Beschwerdeführerin am selben Tag wegen neueren, belastungsabhängigen Schmerzen bei der Arbeit nach längerer Zufriedenheit mit dem Status der Lendenwirbelsäule untersucht. Es wurde eine akute pseudoradikuläre Lumboischialgie rechts, Zustand nach Diskektomie L3/4 LWS 2009 diagnostiziert. Therapeutisch wurde nach Mobilisierung eine Röntgenkontrolle (vgl. Dr. Ammann, 30. März 2018, IV-act. 92, 96) und Physiotherapie angeordnet.

5.4.3 Am 28. Mai 2018 wurde die Beschwerdeführerin aus einer Kur heraus nach einer hypertensiven Entgleisung mit Begleitstenokardien und Ausstrahlung in den linken Arm und linksseitigen Kopfschmerzen mit ungerichteten Schwindel im Krankenhaus M. _____ ambulant untersucht. Gemäss Kurzbericht vom selben Tag konnte ein ACS (Akutes Koronarsyndrom) ausgeschlossen werden, eine neurologische Untersuchung lehnte die Patientin ab (IV-act. 93).

5.4.4 Vom 26. bis 30. September 2018 war die Beschwerdeführerin gemäss vorläufigem Austrittsbericht des Krankenhauses D. _____ vom

C-1989/2020 Seite 15 30. September 2018 wegen einer Lumboischialgie L5 rechts (ICD-10: M 54.4) hospitalisiert. Neben einem MRT wurde sie analgetisch behandelt und Physiotherapie empfohlen (IV-act. 91).

5.4.5 Gemäss vorläufigem Entlassungsbericht des Krankenhauses D. _____ vom 23. Oktober 2018 (IV-act. 90, 146) war die Beschwerdeführerin vom 19. bis 23. Oktober zur Schmerztherapie bei Leberzyste mit Kapselspannung hospitalisiert. Soweit hier von Interesse wurden eine grosse Leberzyste mit Kapselspannung und Abdominalgien (ICD-10: K76.8), multipelste Leber- und Nierenzysten bei bekannter autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD, ICD-10: Q61.2) mit sehr langsam progredientem Verlauf a.e. Typ 2 (Mutation im Polycystin 2 Gen), chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 (ICD-10: N18.3) diagnostiziert. Das Aufnahmelabor wies eine eingeschränkte Nierenfunktion – entsprechend einer chronischen Niereninsuffizienz II. bis III. Grades – und mit Ausnahme einer isolierten GGT-Erhöhung unauffälligen Leberwerten, minimal erhöhte Entzündungswerte und normwertige Leukozyten aus. Die akuten Beschwerden wurden auf eine grössenprogrediente, subkapsulär gelegene Leberzyste in der Dimension von 10x8x8cm zurückgeführt. Nach analgetischer Therapie mit Schmerzmitteln wurde die Patientin nach Hause entlassen, mit Nachsorge beim Hausarzt, gegebenenfalls Wiedervorstellung in der Nephrologie des Krankenhauses F. _____. Die definitive Fassung des Entlassungsbriefs vom 19. November 2018 enthält keine inhaltlichen Änderungen (IV-act. 125).

5.4.6 Der Ambulanzbericht des Krankenhauses F. _____ vom 9. November 2018 (IV-act. 89; vgl. auch IV-act. 86) hält als Diagnosen – soweit hier von Interesse – eine autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung im klinischen Stadium G3aA3 und Leberbeteiligung im Rahmen der Grunderkrankung mit riesigen

Leberzysten fest. Die Erkrankung sei bekannt und die Beschwerdeführerin sei in regelmässiger nephrologischer Kontrolle im Krankenhaus F._____. Die Leberzysten stünden im Vordergrund der klinischen Symptomatik; sie verursachten Schmerzen und erschwerten durch die Kompression des Magens die Nahrungszufuhr. Die CT-Bilder würden an die transplantationschirurgische Abteilung der Klinik N._____ übermittelt mit der Fragestellung, ob eine Lebertransplantation (wohl in Kombination mit einer Nierentransplantation) indiziert sei. 5.4.7 Ein Ambulanzbericht der Kliniken O._____ (Universitätskliniken) Klinik N._____ für Innere Medizin I, vom 3. April 2019 (IV-act. 83, 104, 127, 137) weist als Diagnosen – soweit hier von Interesse – eine autosomal

C-1989/2020 Seite 16 dominante polyzystische Leber-/Nierenerkrankung, symptomatischen Leberbefall mit Bauchschmerzen, Sigmaresektion bei Divertikulitis 2008, Operation einer Gebärmutterzyste 2008, aus. Im Sinne einer Zwischenanamnese wurde die Nierenfunktion gegenwärtig und in jüngerer Vergangenheit als normal beschrieben und symptomatische Leberzysten mit entsprechender Oberbauchschmerzsymptomatik beschrieben. Besprochen wurde die Evaluierung einer Lebertransplantation. Der Wunsch der Patientin, die einer Transplantation «eher kritisch bis abwartend» gegenüberstehe, wäre eine chirurgische Intervention mit Erhalt der Leber; eine solche sei bei der Schwester mit Erfolg durchgeführt worden. Dieser Ansatz war bei einer früheren Vorstellung am 23. November 2018 als erste Option besprochen worden (IV-act. 87); nunmehr erschien aufgrund der Anzahl, Grösse und Verteilungsmuster der Leberzysten eine solche Intervention «im Sinne eines unroofings/einer Fenestrierung oder dergleichen» nicht sinnvoll, die Transplantation sei der einzige kurative Therapieansatz. «Bei an sich intakter Leber- und Nierenfunktion [ergebe] sich die Indikation zur [Transplantations]-Evaluierung im Prinzip lediglich aus der klinischen Symptomatik, spricht der Schmerzfrequenz und des Leidensdrucks der Patientin». Das Heimatkrankenhaus wurde ersucht, diverse Untersuchungen für die Vorstellung in der Transplantationsprechstunde vorzunehmen. 5.4.8 Gemäss vorläufigem Entlassungsbericht des Krankenhaus D._____ vom 19. April 2019 (IV-act. 83, 105, 136) war die Beschwerdeführerin vom 15. bis 19. April 2019 wegen einer Lumboischialgie hospitalisiert. In der Folge wurde sie gemäss Verlegungsbericht des Krankenhaus F._____ vom 25. April 2019 (IV-act. 84, 106, 134) am 23. April 2019 in der dortigen Orthopädie aufgenommen. Der angedachte Sakralblock wurde infolge einer Exacerbation der Infektparameter (vorerst) nicht durchgeführt, die Beschwerdeführerin stattdessen an die Nephrologie überwiesen. 5.4.9 In der Folge war sie gemäss Arztbrief vom 7. Mai 2019 (IV-act. 128) vom 23. April 2019 bis zum 7. Mai 2019 in der Abteilung für Nephrologie und Dialyse des Krankenhaus F._____ stationär aufgenommen. Die bereits in der Orthopädie begonnene Antibiose wurde fortgesetzt. Sonographisch zeigten sich multiple Leberzysten, insbesondere eine grosse Leberzyste von 5 cm Durchmesser. Die lumboischialgiformen Beschwerden waren unter Schmerztherapie gut zu kontrollieren. Ein infolge massiver Bauchschmerzen durchgeführtes CT zeigte einen neu nachweisbaren ca.

E. 5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. Der IVSTA standen zur Beurteilung des Gesuchs im Wesentlichen folgende Unterlagen zur Verfügung:

E. 5.1

Dem ersten Gesuch vom 19. April 2010 waren ein ärztliches Gutachten von Dr. G._____, Facharzt für Unfallchirurgie, vom 15. März 2020 (IV-act. 3) und ein ärztliches Gesamtgutachten von Dr. H._____, Ärztin für Allgemeinmedizin vom 25. Januar 2010 (IV-act. 2) vorausgegangen. Im Vordergrund stand die Diagnostik zu den Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule; die erbliche Nieren- und Lebererkrankung wurde nur im Gesamtgutachten als Zusatzbefund (Ziff. 7) erwähnt, dessentwegen Schmerzmedikamente nur spärlich eingenommen wurden (Ziff. 10). Diese Zurückhaltung gründete auf ärztlichem Anraten: Gemäss nachgereichtem Arztbericht von Dr. E._____, (Ärztin für Allgemeinmedizin) vom 10. Juni 2010 über eine Befunderhebung der Ambulanz für Nephrologie und Dialyse vom 16. Juni 2008 (IV-act. 11) war eine autosomal dominant polyzystische Nierenerkrankung (ICD-10: Q61.3) bekannt. Divertikulose und Divertikulitis sowie die Leberzysten seien im Rahmen dieser Grunderkrankung zu sehen. Es wurde angeraten, das Medikament Diclobene (das wegen der Lumboischialgie bei Bedarf verordnet war) nur sparsam einzunehmen und den Nikotinabusus einzustellen. Der Verdacht auf die Nierenerkrankung wurde in einem MRT vom 8. Februar 2008 aufgegriffen (IV-act. 19), fand aber im ersten Verfahren keinen weiteren Niederschlag in den Berichten; der Bericht des Ärztlichen Dienstes (Dr. I._____) vom 27. März 2011 (IV-act. 35) erwähnt die Diagnose einzig als Nebendiagnose, die keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit habe. Die zitierten Gutachten (IV-act. 2 f.) und ihnen folgend die Beurteilung des Ärztlichen Dienstes schlossen auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten, mit gewissen Einschränkungen (wechselnde Körperhaltung, ohne Zwangshaltung und ohne Kälte- und Nässeexposition).

E. 5.2

Im Rahmen der Behandlung des zweiten Gesuches vom 13. März 2015 standen Einschränkungen des Bewegungsapparates im Vordergrund, neben der Problematik im Bereich der Lendenwirbelsäule namentlich auch die Folgen eines Verkehrsunfalles (IV-act. 52). Die Leber- und Nierenzysten finden nur beiläufig Erwähnung (IV-act. 52 f.), nicht jedenfalls im ärztlichen Gesamtgutachten vom 29. Mai 2015 (IV-act. 47). Dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestätigt den Befund des ärztlichen Gesamtgutachtens vom 25. Januar 2010 (IV-act. 2).

E. 5.3

Im Zuge der Behandlung des dritten Gesuches vom 13. Juni 2018 wurden die Zystenleber und Zystenniere einmalig unter dem Punkt «familiäre Anamnese» in einem Kur-Austrittsbericht vom 17. Juni 2018 erwähnt (IV-act. 65). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit unterschied sich das ärztliche Gesamtgutachten vom 7. August 2018 (IV-act. 64) insofern von den früheren Beurteilungen, als sich die Arbeitsfähigkeit nurmehr auf leichte körperliche Arbeiten beschränke (und nicht mehr auch auf mittelschwere). Der Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (Dr. J._____) vom 27. November 2018 bestätigte die vollschichtige Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten und beurteilte die «bekannte Zystenleber und Zystennieren [als] bislang nicht einschränkend» (IV-act. 70).

E. 5.4

Im Zusammenhang mit dem vorliegend zu beurteilenden Gesuch liegen folgende Berichte vor:

E. 5.4.1

In einem CT-Befund vom 3. Mai 2011 (IV-act. 135) stellte Dr. K._____, (...), im Wesentlichen eine polyzystische Nierenerkrankung mit multiplen Leberzysten mit entsprechenden Organvergrößerungen sowie mehrere, potentiell eingeblutete Nierenzysten fest. Die grösste Leberzyste weise einen Querdurchmesser von 10 cm auf.

E. 5.4.2

Gemäss Arztbrief von Dr. L._____ (Facharzt Orthopädie und orthopädische Chirurgie) vom 15. März 2018 (IV-act. 94, 97) wurde die Beschwerdeführerin am selben Tag wegen neueren, belastungsabhängigen Schmerzen bei der Arbeit nach länger Zufriedenheit mit dem Status der Lendenwirbelsäule untersucht. Es wurde eine akute pseudoradikuläre Lumboischialgie rechts, Zustand nach Diskektomie L3/4 LWS 2009) diagnostiziert. Therapeutisch wurde nach Mobilisierung eine Röntgenkontrolle (vgl. Dr. Ammann, 30. März 2018, IV-act. 92, 96) und Physiotherapie angeordnet.

E. 5.4.3

Am 28. Mai 2018 wurde die Beschwerdeführerin aus einer Kur heraus nach einer hypertensiven Entgleisung mit Begleitstenokardien und Ausstrahlung in den linken Arm und linksseitigen Kopfschmerzen mit ungerichtetem Schwindel im Krankenhaus M._____ ambulant untersucht. Gemäss Kurzbericht vom selben Tag konnte ein ACS (Akutes Koronarsyndrom) ausgeschlossen werden, eine neurologische Untersuchung lehnte die Patientin ab (IV-act. 93).

E. 5.4.4

Vom 26. bis 30. September 2018 war die Beschwerdeführerin gemäss vorläufigem Austrittsbericht des Krankenhaus D._____ vom 30. September 2018 wegen einer Lumboischialgie L5 rechts (ICD-10: M 54.4) hospitalisiert. Neben einem MRT wurde sie analgetisch behandelt und Physiotherapie empfohlen (IV-act. 91).

E. 5.4.5

Gemäss vorläufigem Entlassungsbericht des Krankenhaus D._____ vom 23. Oktober 2018 (IV-act. 90, 146) war die Beschwerdeführerin vom 19. bis 23. Oktober zur Schmerztherapie bei Leberzyste mit Kapselspannung hospitalisiert. Soweit hier von Interesse wurden eine grosse Leberzyste mit Kapselspannung und Abdominalgien (ICD-10: K76.8), multipelste Leber- und Nierenzysten bei bekannter autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung (ADPKD, ICD-10: Q61.2) mit sehr langsam progredientem Verlauf a.e. Typ 2 (Mutation im Polycystin 2 Gen), chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 (ICD-10: N18.3) diagnostiziert. Das Aufnahmelabor wies eine eingeschränkte Nierenfunktion - entsprechend einer chronischen Niereninsuffizienz II. bis III. Grades - und mit Ausnahme einer isolierten GGT-Erhöhung unauffälligen Leberwerten, minimal erhöhte Entzündungswerte und normwertige Leukozyten aus. Die akuten Beschwerden wurden auf eine grössenprogrediente, subkapsulär gelegene Leberzyste in der Dimension von 10x8x8cm zurückgeführt. Nach analgetischer Therapie mit Schmerzmitteln wurde die Patientin nach Hause entlassen, mit Nachsorge beim Hausarzt, gegebenenfalls Wiedervorstellung in der Nephrologie des Krankenhaus F._____. Die definitive Fassung des Entlassungsbriefs vom 19. November 2018 enthält keine inhaltlichen Änderungen (IV-act. 125).

E. 5.4.6

Der Ambulanzbericht des Krankenhaus F._____ vom 9. November 2018 (IV-act. 89; vgl. auch IV-act. 86) hält als Diagnosen - soweit hier von Interesse - eine autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung im klinischen Stadium G3aA3 und Leberbeteiligung im Rahmen der Grunderkrankung mit riesigen Leberzysten fest. Die Erkrankung sei bekannt und die Beschwerdeführerin sei in regelmässiger nephrologischer Kontrolle im Krankenhaus F._____. Die Leberzysten stünden im Vordergrund der klinischen Symptomatik; sie verursachten Schmerzen und erschwerten durch die Kompression des Magens die Nahrungszufuhr. Die CT-Bilder würden an die transplantationschirurgische Abteilung der Klinik N._____ übermittelt mit der Fragestellung, ob eine Lebertransplantation (wohl in Kombination mit einer Nierentransplantation) indiziert sei.

E. 5.4.7

Ein Ambulanzbericht der Kliniken O._____ (Universitätskliniken) Klinik N._____ für Innere Medizin I, vom 3. April 2019 (IV-act. 83, 104, 127, 137) weist als Diagnosen - soweit hier von Interesse - eine autosomal dominante polyzystische Leber-/Nierenerkrankung, symptomatischen Leberbefall mit Bauchschmerzen, Sigmaresektion bei Divertikulitis 2008, Operation einer Gebärmutterzyste 2008, aus. Im Sinne einer Zwischenanamnese wurde die Nierenfunktion gegenwärtig und in jüngerer Vergangenheit als normal beschrieben und symptomatische Leberzysten mit entsprechender Oberbauchschmerzsymptomatik beschrieben. Besprochen wurde die Evaluierung einer Lebertransplantation. Der Wunsch der Patientin, die einer Transplantation «eher kritisch bis abwartend» gegenüberstehe, wäre eine chirurgische Intervention mit Erhalt der Leber; eine solche sei bei der Schwester mit Erfolg durchgeführt worden. Dieser Ansatz war bei einer früheren Vorstellung am 23. November 2018 als erste Option besprochen worden (IV-act. 87); nunmehr erschien aufgrund der Anzahl, Grösse und Verteilungsmuster der Leberzysten eine solche Intervention «im Sinne eines unroofings/einer Fenestrierung oder dergleichen» nicht sinnvoll, die Transplantation sei der einzige kurative Therapieansatz. «Bei an sich intakter Leber- und Nierenfunktion [ergebe] sich die Indikation zur [Transplantations]-Evaluierung im Prinzip lediglich aus der klinischen Symptomatik, sprich der Schmerzfrequenz und des Leidensdrucks der Patientin». Das Heimatkrankenhaus wurde ersucht, diverse Untersuchungen für die Vorstellung in der Transplantationsprechstunde vorzunehmen.

E. 5.4.8

Gemäss vorläufigem Entlassungsbericht des Krankenhaus D._____ vom 19. April 2019 (IV-act. 83, 105, 136) war die Beschwerdeführerin vom 15. bis 19. April 2019 wegen einer Lumboischialgie hospitalisiert. In der Folge wurde sie gemäss Verlegungsbericht des Krankenhaus F._____ vom 25. April 2019 (IV-act. 84, 106, 134) am 23. April 2019 in der dortigen Orthopädie aufgenommen. Der angedachte Sakralblock wurde infolge einer Exacerbation der Infektparameter (vorerst) nicht durchgeführt, die Beschwerdeführerin stattdessen an die Nephrologie überwiesen.

E. 5.4.9

In der Folge war sie gemäss Arztbrief vom 7. Mai 2019 (IV-act. 128) vom 23. April 2019 bis zum 7. Mai 2019 in der Abteilung für Nephrologie und Dialyse des Krankenhaus F._____ stationär aufgenommen. Die bereits in der Orthopädie begonnene Antibiose wurde fortgesetzt. Sonographisch zeigten sich multiple Leberzysten, insbesondere eine grosse Leberzyste von 5 cm Durchmesser. Die lumboischialgiformen Beschwerden waren

unter Schmerztherapie gut zu kontrollieren. Ein infolge massiver Bauchschmerzen durchgeführtes CT zeigte einen neu nachweisbaren ca. 2.5 cm breiten Flüssigkeitssaum ventral der Leber; ein ergänzendes PET-CT habe eine Mehranreicherung, korrelierend zum Ultraschallbefund gezeigt. Im chirurgischen Konsilium sei ein konservatives Vorgehen empfohlen worden. Mit dem Rückgang der Entzündungsparameter sei die parenterale Antibiose eingestellt, die orale beibehalten worden. Die Entlassung erfolgte nach Besserung der Beschwerden und angesichts regredienter Entzündungswerte, bei laufender oraler Antibiose.

E. 5.4.10

Das ärztliche Gesamtgutachten vom 20.05.2019 von Dr. P. _____, Facharzt für Innere Medizin (IV-act. 81), basiert auf einer Untersuchung vom 13. Mai 2019 sowie vorliegenden Akten, namentlich dem Arztbrief der Kliniken O. _____ vom 3. April 2019 (vorne, E. 5.4.7); zur Vorgeschichte wird auf das ärztliche Gesamtgutachten von Dr. Q. _____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, vom 7. August 2018 (IV-act. 64) verwiesen. Als Hauptdiagnose werden die ausgeprägten Leber-/Nierenzysten, der Leberbefall symptomatisch mit Bauchbeschwerden (autosomal dominante polyzystische Leber-/Nierenerkrankung; ICD-10: Q44.6, Q61.3) genannt. Als Nebendiagnosen führt das Gutachten wiederkehrende Kreuzbeinschmerzen, Zustand nach operativer Bandscheibenentfernung, Bluthochdruck, Nikotinkonsum, Zustand nach operativer Dickdarmentfernung 2008 (bei Divertikulitis) auf. Geschildert würden die Beschwerden von Seiten des Abdomens; hier seien ausgeprägte Leberzysten im Rahmen der Leber-/Nierenerkrankung diagnostiziert; der Leberbefall sei als deutlich symptomatisch gewertet. Es sei eine Lebertransplantation geplant, die Evaluation sei im Gange. «Chronisch» seien weiter die wiederkehrenden lumboischialgieformen Beschwerden mit Zustand nach operativen Eingriffen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Arbeiten nicht gegeben, der Effekt der geplanten Therapie (Lebertransplantation) abzuwarten, weshalb eine Nachuntersuchung in 12 bis 18 Monaten zu erfolgen habe; eine Besserung des Zustandes für den Therapieerfolg wurde als möglich deklariert (Ziff. 10 und 14).

E. 5.4.11

Gemäss Ambulanzberichten des Krankenhaus F. _____ vom 15. und 22. Mai 2019 (IV-act. 130 f) stellte sich die Beschwerdeführerin je am nämlichen Tag mit weiterhin bestehenden Bauchschmerzen, verbunden mit stärkerem Druckgefühl, vor allem im Oberbauch, vor. Die Nierenfunktion war verbessert, ebenso zeigte sich der CRP-Wert als leicht gebessert, aber noch immer erhöht. Es sei mit der Patientin abgesprochen worden, nach Abheilung des Infekts die Voruntersuchung für die Lebertransplantation in die Wege zu leiten.

E. 5.4.12

Laut Ambulanzbericht vom 6. Juni 2019 des Krankenhaus F. _____, Abteilung für Innere Medizin III (IV-act. 123, 132) stellte sich die Beschwerdeführerin am nämlichen Tag vor. Diagnostiziert wurden im Wesentlichen eine chronische Nierenkrankheit (ICD-10: N18.3), autosomal-dominante polyzystische Leber und Nieren-Erkrankung (ICD-10: Q61.2), Leberzysteninfekt und Zystenruptur 5/2019; bei starker Zunahme der Beschwerdesymptomatik stelle sich eine Leber-, allenfalls auch Nierentransplantation («LTX (+/- NTX)») als einziger kurativer Ansatz dar, aktuell sei auf Patientenwunsch mit einem Listungsersuchen noch zuzuwarten. Die Beschwerdeführerin sei guter Stimmung

erschieden, mit Ausnahme leichten Druckgefühls im rechten Unterbauch (und Ohrenbeschwerden) beschwerdefrei. Die Nierenfunktion war weiter verbessert, Leukozytose nicht mehr nachweisbar, der CRP noch «minimalst erhöht». Es wurde empfohlen, die Antibiose abzusetzen. Mit der Beschwerdeführerin sei der Befund besprochen worden, dass eine Lebertransplantation der einzige kurative Therapieansatz (und eine chirurgische Intervention der symptomatischen Leberzysten nicht sinnvoll möglich) sei, wobei die Indikation lediglich die klinische Symptomatik sei. In Abwägung der aktuellen Beschwerdesituation und der mit einer Transplantation und der langfristigen Immunsuppression einhergehenden Risiken und Nebenwirkungen entschied sich die Beschwerdeführerin vorerst gegen ein Listungsersuchen, vorbehaltlich deutlicher Zunahme der Beschwerdesymptomatik oder Komplikationsrate.

E. 5.4.13

Im Zusammenhang mit berichteten, wiederkehrenden lumboischialgiformen Schmerzen wurde am 26. Juni 2019 ein MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt (Dr. R. _____, IV-act.129) und in der Folge mit dem Orthopäden Dr. L. _____ am 9. Juli 2019 besprochen (IV-act. 124). Partiiell seien die riesigen, bis ins Becken reichenden, schon am 7. September 2006 befundenen Zystennieren abgebildet. Namentlich wurden eine relative Spinalkanalstenose mit Rezessusstenose L4/5, durchbaue Spondylodese L5/S1, Stenose im Bereich des operierten Segments festgestellt, die Schmerzen vorab mit der Rezessusstenose in Verbindung gebracht. Orientiert über konservative und operative Möglichkeiten, habe die Patientin eine operative Therapie gewünscht. Eine entsprechende Überweisung wurde in Angriff genommen.

E. 5.4.14

Mit dem Einwand vom 10. Dezember 2019 legte die Beschwerdeführerin neben dem bereits bekannten definitiven Entlassungsbericht des Krankenhaus D. _____ vom 19. November 2018 (IV-act. 125, 146 vgl. E. 5.4.2) ein Sachverständigengutachten nach der Einschätzungsverordnung von Dr. C. _____, Facharzt für Orthopädie, vom 28. Oktober 2019 ins Recht (IV-act. 145). Hierin wird - unter Bezugnahme auf ein nicht aktenkundiges, aber zitiertes Gutachten vom 25. Januar 2019 - eine Neufestsetzung des Grades der Behinderung vorgenommen. Der Gutachter legt den Gesamtgrad der Behinderung auf 70 % fest. Im Vordergrund sieht er den Chronischen Kreuzbeinschmerz nach Versteifung L5/S1 und unfallbedingtem Bruch des Kreuzbeines (2014) mit fortschreitender Degeneration in den Anschlusssegmenten und einer Einengung des Wirbelkanals. Hier sei gegenüber dem Gutachten vom Januar 2019 eine Verschlechterung in der Schmerzsituation festzustellen, weil die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln der WHO-Stufe 3 erforderlich geworden sei; da das Vorgutachten schlüssig einen Dauerzustand festgesetzt habe, schliesse er sich dem an. Der Grad der Behinderung für diese Diagnose wurde auf 60 % festgesetzt, heraufgesetzt um eine Stufe wegen der unveränderten Beschwerden aufgrund der zystischen Erkrankung von Leber und Niere und der ebenfalls unveränderten Einschätzungen zu den Nebendiagnosen «ausgedehnte Vernarbungen nach einer Bauchdeckenstraffung» und Bluthochdruck. Der Gutachter bejahte die (in einer Ja/Nein-Auswahlfrage erfragte) Wahrscheinlichkeit, in einem geschützten Arbeitsplatz oder integrativen Betrieb, allenfalls mit Unterstützungsstrukturen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

E. 5.5

Der Medizinische Dienst der IVSTA (Dr. B. _____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Nephrologie) hielt in seinen Beurteilungen vom 12. November 2019 (IV-act. 138) und 14. März 2020 (IV-act. 151) dafür, die vorgelegten medizinischen Unterlagen vermöchten die bisherige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person nicht zu verändern. Die polyzystisch veränderten Nieren und Leber seien seit langem bekannt, jedenfalls auch 2006 dokumentiert. Im Frühjahr 2019 sei eine akute Erkrankung respektive Komplikation im Sinne eines akuten Zysteninfekts respektive einer Zystenruptur aufgetreten, die eine stationäre Behandlung mittels Analgetika und Antibiotika erfordert hätte. Das zeitlich abgeschlossene Geschehen begründe keine rentenrelevante Änderung der Arbeitsfähigkeit. Die Nierenfunktion sei nur wenig eingeschränkt, ohne renale Anämie oder sekundären Hyperparathyreoidismus, die Leberfunktion normal. Die Lebertransplantation - die der Beurteilenden bei normaler Leber- und nur wenig eingeschränkter Nierenfunktion nicht indiziert scheint - werde von der versicherten Person derzeit abgelehnt; zudem sei sie ausweislich des Arztberichts vom 18. Juni 2019 als «gutgelaunte und bis auf etwas Druckgefühl im rechten Unterbauch beschwerdefreie» Patientin erschienen. Das ärztliche Gesamtgutachten vom 13. Mai 2019 sei nicht nachvollziehbar und in der akuten Phase des Zysteninfektes respektive der Zystenruptur entstanden.

E. 6.1

Die Vorinstanz hielt im angefochtenen Entscheid fest, die Entscheide ausländischer Sozialversicherungen seien nicht bindend. Nach schweizerischem Recht sei der Einfluss der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend. Den Akten sei keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres zu entnehmen. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich und eine gewinnbringende Teilzeittätigkeit in rentenausschliessender Weise zumutbar. Das akute Leiden im Frühling/Sommer 2019 begründe keine rentenrelevante Änderung der bisherigen Arbeitsfähigkeit. Die Nierenfunktion sei nach Feststellung des ärztlichen Dienstes nur wenig eingeschränkt, und die Leberfunktion sei normal. Der vom österreichischen Bundessozialamt festgesetzte Grad der Behinderung sei nicht massgebend, da dieser auf anderen Kriterien beruhe als sie im Recht der Invalidenversicherung zur Anwendung gelangten. Mangels andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht, sei das Vorliegen einer Invalidität zu verneinen.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin führt in der Beschwerde aus, auch im österreichischen Recht sei nicht nur die Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern deren Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit massgebend. Der Berichtslage sei zu entnehmen, dass der einzige kurative Ansatz für ihre Leberprobleme eine Lebertransplantation sei. Vorerst werde wegen der aktuellen Beschwerdesituation und der mit der Transplantation einhergehenden Immunsuppression nicht an eine solche gedacht und folglich konservativ behandelt. Im Falle einer Zunahme [von akuten Phasen] käme nurmehr eine Transplantation in Frage. Es sei aufgrund der Feststellungen des Krankenhaus F. _____ vom 6. Juni 2019 (Beschwerdebeilage 2, IV-act. 123, 132; vorne E. 2.3 und 5.4.12) eine neuerliche Untersuchung im Hinblick auf die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorzunehmen.

E. 6.3

Die Vorinstanz weist in ihrer Vernehmlassung darauf hin, dass sich die Frage der anspruchserheblichen Invalidität auch im Anwendungsbereich des

Freizügigkeitsabkommens nach schweizerischem Recht beantworte und die Beurteilung des Rentenanspruchs ausländischer Versicherungsträger für die schweizerischen Behörden nicht bindend seien. Gemäss schweizerischem Recht handle es sich bei der Invalidität nicht um einen medizinischen, sondern um einen erwerblichen Begriff, d.h. um die Unfähigkeit, als Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ein Erwerbseinkommen zu erzielen, sofern die Erwerbsunfähigkeit nicht aus objektiver Sicht überwindbar sei. Die bekannte polyzystische Leber- und Nierenerkrankung habe bisher nicht zu einer relevanten Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion geführt. Der bereits im Verfügungszeitpunkt bekannte Bericht des Krankenhaus F. _____ beschreibe einen stationär behandelten Leberzysteninfekt und eine Zystenruptur im Mai 2019. Gemäss ärztlichem Dienst sei ein solches akutes Leiden von vorübergehender Dauer und die Behandlungsdauer jeweils kurz. Die Nierenfunktion sei wenig eingeschränkt, die Leberfunktion normal. Die Lebertransplantation werde von der Beschwerdeführerin abgelehnt und sei auch nicht indiziert. Aus einer auf Beschwerdeebene eingeholten Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vom 6. Juni 2020 (Vernehmlassungsbeilage 4) gehe hervor, dass keine begründbare Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit als Verkäuferin oder für Haushaltstätigkeiten bestehe. Auch seien die - umfassend gewürdigten - medizinischen Unterlagen für die Beurteilung der Sachlage ausreichend.

E. 6.4

In der erwähnten Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vom 6. Juni 2020 (Dr. med. B. _____) werden im Wesentlichen die Beurteilungen gemäss den Stellungnahmen vom 12. November 2019 und 14. März 2020 (vorne, E. 5.5) bestätigt. Es wird dargestellt, dass die polyzystische Leber- und Nierenerkrankung (aktuelles Stadium 2) seit mindestens 2010 dokumentiert sei; grosse Zystennieren, die bis ins Becken reichten, seien seit September 2006 befundet. Die Erkrankung habe bislang aber zu keiner relevanten Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion geführt. Ein Verlust der Organfunktion verlaufe nicht parallel zur zystischen Umwandlung der Organe Leber oder Niere. Mögliche Komplikationen - wie Platzen, Einbluten oder Infektion der Zysten oder Verursachung eines Kapselschmerzes könnten in der Regel symptomatisch behandelt werden und bedingten nur ausnahmsweise einen operativen Eingriff. Durch die jeweils kurze Behandlungsdauer entstehe keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit. Konkret dokumentiert seien eine Hospitalisation wegen eines Leberzysteninfekts mit Verdacht auf Zystenruptur im Mai 2019 und eine schmerzende Kapselspannung einer Leberzyste im Oktober 2018, beide seien konservativ behandelt worden. Davon abgesehen hätten die Organvergrösserungen keine anhaltenden oder dokumentierten Beschwerden verursacht und nicht zu einer rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit geführt. Abdominale Beschwerden aufgrund dieser Erkrankung seien im Ärztlichen Gesamtgutachten nicht erwähnt. Die früheren Beurteilungen des Medizinischen respektive Regionalen Ärztlichen Dienstes, die jeweils eine für den Anspruch erhebliche Änderung der Arbeitsunfähigkeit verneint hätten, seien korrekt.

E. 7.1

Die dokumentierte Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin weist - abgesehen Nebendiagnosen wie beispielsweise dem gut kontrollierten Bluthochdruck - vor allem zwei Diagnoselinien auf, die für die Frage der Invalidität im Vordergrund stehen: die Lumboischialgie und die autosomal-dominante polyzystische Nieren-/Lebererkrankung. Auffallend ist, dass das mit dem vierten Gesuch übermittelte ärztliche Gesamtgutachten

Letztere im Vordergrund sieht, das mit dem Einwand eingereichte Sachverständigengutachten aber Erstgenannte. Dies erklärt sich aus dem Hintergrund des Gutachtens.

E. 7.2

Das Sachverständigengutachten vom 28. Oktober 2019 legt - wie ausgeführt - einen Gesamtgrad der Behinderung von insgesamt 70 % fest. Es handelt sich dabei nicht um ein Gutachten, das die Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität beurteilt, sondern den Grad der Behinderung einer begünstigten Person im Rahmen der Regelung des österreichischen Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG, BGBl. Nr. 22/1970). In der Systematik der Rechtsgrundlage dieses Gutachtens - der Verordnung des Bundesministers [der Republik Österreich] für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung, BGBl. II Nr. 261/2010, i.d.F. gem. Novelle vom 13. Juli 2012, BGBl. II Nr. 251/2012) - erfolgt die Festsetzung des Grades der Behinderung nach Art und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung in festen Sätzen oder Rahmensätzen, die in der Anlage der genannten Verordnung festgelegt sind (§ 2 Abs. 1 Einstellungsverordnung). Beim Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen ist ein Gesamtgrad der Behinderung festzulegen. Dieser erfolgt nicht durch Addition, sondern es wird von der Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten Wert ausgegangen und sodann geprüft, ob die weitere(n) Beeinträchtigung(en) dessen Erhöhung gebieten (§ 3 Einstellungsverordnung). Bei den gegebenen Diagnosen war die Festsetzung des Grades der Behinderung für die orthopädische Diagnose mit 60 % und für die nephrologische Diagnose mit 40 % zumindest in der Grössenordnung nahezu zwingend - wie auch der Umstand, dass in diesem Gutachten die orthopädische Diagnose mit dem höheren Rahmensatz als vorrangig behandelt wird (vgl. Anhang zur Einstellungsverordnung, Ziff. 02.01.03 und 07.05.04).

E. 7.3

Die Beurteilungen des RAD auf Stufe des vorinstanzlichen Verfahrens wurden zwar mit dem Fokus auf die Fragestellung erstellt, ob eine Verschlechterung erkennbar sei (vgl. IV-act.138 und 151, Fragestellung). Indessen erfolgten sie in Kenntnis der gesamten Akten und auf der Grundlage dessen, dass gegenüber den ersten drei Gesuchen eine andere Hauptdiagnose als invalidisierend angeführt wurde. Inhaltlich deckt sie sich mit der auf Beschwerdebene im Zuge der Vernehmlassung vorgenommenen neuerlichen Analyse der Berichtslage (oben, E. 6.4). Die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes erscheinen als knappe, aber konzise Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes. Das Gericht kann sich, wie sogleich auszuführen ist, den Schlussfolgerungen der Stellungnahmen anschliessen.

E. 7.4

Beide Hauptdiagnoselinien weisen eine gewisse Stabilität auf.

E. 7.4.1

Die polyzystische autosomal-dominante Nieren-/Lebererkrankung ist seit Jahren dokumentiert. Bereits 2006 wurden die bis ins Becken reichenden Zystennieren bildgebend erfasst; die Dimension der grossen Leberzyste wurde spätestens 2011 in der aktuellen Grössenordnung dargestellt (oben, E. 5.4.13 und 5.4.1). Die Zysten verursachten in den letzten Jahren zwei akute Phasen, die weitgehend mit konservativer, analgetischer und antibiotischer, Therapie behandelt und abgeschlossen werden konnten. Eine Behebung der Grunderkrankung mittels operativer Behandlung der Zysten selbst - wie sie bei der

Schwester der Beschwerdeführerin offenbar mit Erfolg durchgeführt werden konnte - musste aufgrund der Anzahl, Grösse und Verteilungsmuster der Zysten verworfen werden. Seit dem April 2019 hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Grunderkrankung einzig mit einer Lebertransplantation (idealerweise im Verbund mit einer Nierentransplantation) angegangen werden kann. Indessen steht diese Erkenntnis nicht im Zusammenhang mit einer eingetretenen Verschlechterung, etwa einer Verminderung der Organfunktion oder drohendem Organversagen, sondern einzig mit deren Alternativlosigkeit. Die Funktion von Leber und Niere ist an sich intakt, die Indikation für eine Transplantation ergibt sich aus der klinischen Symptomatik, d.h. aus der Schmerzfrequenz und dem Leidensdruck der Patientin (E. 5.4.7). Angesichts der Risiken, Nebenwirkungen und der notwendigen Immunsuppression nach Transplantation sah die Beschwerdeführerin in der Folge denn auch vorerst von dem Eingriff ab (E. 5.4.12). Für das ärztliche Gesamtgutachten vom 20. Mai 2019 (IV-act. 81, E. 5.4.10) wurde die Beschwerdeführerin am 13. Mai 2019 untersucht, wenige Tage nach Entlassung aus der Nephrologie des Krankenhaus F. _____ (vgl. E. 5.4.9). Die kausale Verbindung zwischen dem Nieren- und Leberleiden und dem möglichen Verlust der Arbeitsfähigkeit ist im Gutachten nicht nachvollziehbar dargestellt; zumal eine mögliche Besserung abhängig vom Therapieerfolg vorbehalten wurde und die vorgesehene Therapiemassnahme (ausschliesslich) mit einer Lebertransplantation gleichgesetzt wird (vgl. IV-act. 81, Ziff. 10 a.E. und Ziff. 14), scheint diese Verbindung in der Gebotenheit der Transplantation zu liegen. Nach dem Gesagten erscheint die Transplantation zwar als einzig mögliche Therapie, um die Grunderkrankung zu beheben, ist aber bei der gegebenen Organfunktion gerade eben nicht zwingend, sondern elektiv. Die im Zeitpunkt der Untersuchung geklagten Beschwerden stehen mit Blick auf die gesamte Berichtslage und die Chronologie in starkem Zusammenhang mit der kurz davor eingetretenen akuten Phase, die wenig später, im Juni 2019, weitgehend abgeschlossen war, so dass die Beschwerdeführerin, wie erwähnt, vorerst von einem Leistungsersuchen absah (vgl. E. 5.4.12).

E. 7.4.2

Die Beschwerdeführerin beruft sich auf Beschwerdeebene an sich nicht auf die orthopädische Diagonelinie. Betreffend die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule beschränkt sich das Gesamtgutachten auf die Feststellung «chronisch sind auch die wiederkehrenden lumboischialgieformen Beschwerden mit bekanntem Zustand nach operativen Eingriffen». Das ist in dieser Knappheit mit Blick auf die Krankengeschichte zwar korrekt; es ist aber nicht ersichtlich, inwieweit sich der orthopädische Zustand gegenüber den ärztlichen Gesamtgutachten vom 25. Januar 2010 (IV-act. 2), 29. Mai 2015 (IV-act. 47) und namentlich vom 7. August 2018 (IV-act. 64) solcherart verschlechtert haben sollte, dass die zuletzt noch als zumutbar geschilderte Verrichtung leichter körperlicher Arbeiten nicht mehr möglich sein sollte. Von einer Verschlechterung der orthopädischen Situation spricht einzig das Sachverständigengutachten vom 28. Oktober 2019 (IV-act. 145). Der Gutachter begründet dies namentlich mit chronischen Schmerzen, die eine regelmässige Gabe von Schmerzmitteln der «WHO Stufe 3» erforderten. Die Mobilität sei zumindest für kurze Wegstrecken nicht eingeschränkt. Der Gutachter schliesst sich der Meinung des Vorgutachters (vom Januar 2019) an, dass ein Dauerzustand vorliege. Allerdings waren die in die linke Seite ausstrahlenden, chronischen lumbalen Schmerzen nach zweimaliger Bandscheibenproblematik bereits zentrales Thema der soeben zitierten früheren Gesamtgutachten, also seit zumindest 2010. Die mit dem vierten Gesuch geprüften

Arztberichte, die sich mit der orthopädischen Beschwerdelage befassen, lassen eine erhebliche Verschlechterung zum Vorzustand, der eine körperlich leichte Arbeit noch erlaubte, nicht erkennen. In der Regel konnten die Beschwerden mit analgetischer und Physiotherapie aufgefangen werden. Ob die Feststellung des ärztlichen Gesamtgutachtens vom 29. Mai 2015, die Physiotherapie werde nicht ausgeschöpft (IV-act. 47, Ziff. 10), Bestand hat, ist nicht bekannt. Aus der vermehrten Schmerzmitteleinnahme kann jedenfalls nicht direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, zumal in der Vergangenheit Schmerzmittel mit Rücksicht auf das Nieren-/Leberleiden bewusst sehr zurückhaltend genommen wurden.

E. 7.5

Insgesamt ist die Beurteilung des Ärztlichen Dienstes der IVSTA und die darauf aufbauende Sachverhaltswürdigung der Vorinstanz nicht zu beanstanden. Der auf Beschwerdebene (erneut) eingereichte Ambulanzbericht des Krankenhaus F. _____ vom 6. Juni 2019 vermag daran nichts zu ändern. Es ist auch nicht erkennbar, und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht ausgeführt, inwiefern dieser Bericht Anlass zu einer Begutachtung geben sollte.

E. 8.1

Anlässlich der letzten rechtskräftigen materiellen Überprüfung im Jahr 2011 wurde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit eine nur kurzfristige Arbeitsunfähigkeit erlebte, also das Erfordernis, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen zu sein, nicht erfüllte. Wie dargelegt, zeigt sich im Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs zum Sachverhalt im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (18. März 2002) keine rentenbegründende erhebliche Veränderung der Verhältnisse; auch in diesem Zeitpunkt ist in ihrer bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin nur von einer nur kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die das für eine Invalidenrente notwendige Ausmass nicht erreicht. Auch im Haushalt ist nicht von einer Einschränkung auszugehen. Die Statusfrage, also die Frage, ob die Beschwerdeführerin als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen wäre, kann bei diesem Ergebnis offenbleiben. Eine Berechnung des Invaliditätsgrades mittels Einkommensvergleich erübrigt sich ebenfalls.

E. 8.2

Die Vorinstanz hat das Vorliegen einer rentenbegründenden Invalidität im Sinne von Art. 28 IVG zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung ist im Lichte von Art. 49 VwVG nicht zu beanstanden, die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 9

September 2009 E. 3.3).

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind vorliegend keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, nachdem ihrem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 6. Oktober 2020 stattgegeben wurde.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

C-1989/2020 Seite 27

E. 12

November 2019 (IV-act. 138) und 14. März 2020 (IV-act. 151) dafür, die vorgelegten medizinischen Unterlagen vermöchten die bisherige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person nicht zu verändern. Die polyzystisch veränderten Nieren und Leber seien seit langem bekannt, jedenfalls auch 2006 dokumentiert. Im Frühjahr 2019 sei eine akute Erkrankung respektive Komplikation im Sinne eines akuten Zysteninfektes respektive einer Zystenruptur aufgetreten, die eine stationäre Behandlung mittels Analgetika und Antibiotika erfordert hätte. Das zeitlich abgeschlossene Geschehen begründe keine rentenrelevante Änderung der Arbeitsfähigkeit. Die Nierenfunktion sei nur wenig eingeschränkt, ohne renale Anämie oder sekundären Hyperparathyreoidismus, die Leberfunktion normal. Die Lebertransplantation – die der Beurteilenden bei normaler Leber- und nur wenig eingeschränkter Nierenfunktion nicht indiziert scheint – werde von der versicherten Person derzeit abgelehnt; zudem sei sie ausweislich des Arztberichts vom 18. Juni 2019 als «gutgelaunte und bis auf etwas Druckgefühl im rechten Unterbauch beschwerdefreie» Patientin erschienen. Das ärztliche Gesamtgutachten vom 13. Mai 2019 sei nicht nachvollziehbar und in

C-1989/2020 Seite 20 der akuten Phase des Zysteninfektes respektive der Zystenruptur entstanden. 6. 6.1 Die Vorinstanz hielt im angefochtenen Entscheid fest, die Entscheide ausländischer Sozialversicherungen seien nicht bindend. Nach schweizerischem Recht sei der Einfluss der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend. Den Akten sei keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres zu entnehmen. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich und eine gewinnbringende Teilzeittätigkeit in rentenaus-schliessender Weise zumutbar. Das akute Leiden im Frühling/Sommer 2019 begründe keine rentenrelevante Änderung der bisherigen Arbeitsfähigkeit. Die Nierenfunktion sei nach Feststellung des ärztlichen Dienstes nur wenig eingeschränkt, und die Leberfunktion sei normal. Der vom österreichischen Bundessozialamt festgesetzte Grad der Behinderung sei nicht massgebend, da dieser auf anderen Kriterien beruhe als sie im Recht der Invalidenversicherung zur Anwendung gelangten. Mangels andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht, sei das Vorliegen einer Invalidität zu verneinen. 6.2 Die Beschwerdeführerin führt in der Beschwerde aus, auch im österreichischen Recht sei nicht nur die Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern deren Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit massgebend. Der Berichtslage sei zu entnehmen, dass der einzige kurative Ansatz für ihre Leberprobleme eine Lebertransplantation sei. Vorerst werde wegen der aktuellen Beschwerdesituation und der mit der Transplantation einhergehenden Immunsuppression nicht an eine solche gedacht und folglich konservativ

be- handelt. Im Falle einer Zunahme [von akuten Phasen] käme nurmehr eine Transplantation in Frage. Es sei aufgrund der Feststellungen des Krankenhaus F. _____ vom 6. Juni 2019 (Beschwerdebeilage 2, IV-act. 123, 132; vorne E. 2.3 und 5.4.12) eine neuerliche Untersuchung im Hinblick auf die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorzunehmen. 6.3 Die Vorinstanz weist in ihrer Vernehmlassung darauf hin, dass sich die Frage der anspruchserheblichen Invalidität auch im Anwendungsbereich des Freizügigkeitsabkommens nach schweizerischem Recht beantworte und die Beurteilung des Rentenanspruchs ausländischer Versicherungs- träger für die schweizerischen Behörden nicht bindend seien. Gemäss schweizerischem Recht handle es sich bei der Invalidität nicht um einen

C-1989/2020 Seite 21 medizinischen, sondern um einen erwerblichen Begriff, d.h. um die Unfähigkeit, als Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ein Erwerbseinkommen zu erzielen, sofern die Erwerbsunfähigkeit nicht aus objektiver Sicht überwindbar sei. Die bekannte polyzystische Leber- und Nierenerkrankung habe bisher nicht zu einer relevanten Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion geführt. Der bereits im Verfügungszeitpunkt bekannte Bericht des Krankenhaus F. _____ beschreibe einen stationär behandelten Leberzysteninfekt und eine Zystenruptur im Mai 2019. Gemäss ärztlichem Dienst sei ein solches akutes Leiden von vorübergehender Dauer und die Behandlungsdauer jeweils kurz. Die Nierenfunktion sei wenig eingeschränkt, die Leberfunktion normal. Die Lebertransplantation werde von der Beschwerdeführerin abgelehnt und sei auch nicht indiziert. Aus einer auf Beschwerdeebene eingeholten Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vom 6. Juni 2020 (Vernehmlassungsbeilage 4) gehe hervor, dass keine begründbare Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit als Verkäuferin oder für Haushaltstätigkeiten bestehe. Auch seien die – umfassend gewürdigten – medizinischen Unterlagen für die Beurteilung der Sachlage ausreichend. 6.4 In der erwähnten Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vom 6. Juni 2020 (Dr. med. B. _____) werden im Wesentlichen die Beurteilungen gemäss den Stellungnahmen vom 12. November 2019 und 14. März 2020 (vorne, E. 5.5) bestätigt. Es wird dargestellt, dass die polyzystische Leber- und Nierenerkrankung (aktuelles Stadium 2) seit mindestens 2010 dokumentiert sei; grosse Zystennieren, die bis ins Becken reichten, seien seit September 2006 befundet. Die Erkrankung habe bislang aber zu keiner relevanten Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion geführt. Ein Verlust der Organfunktion verlaufe nicht parallel zur zystischen Umwandlung der Organe Leber oder Niere. Mögliche Komplikationen – wie Platzen, Einbluten oder Infektion der Zysten oder Verursachung eines Kapselschmerzes könnten in der Regel symptomatisch behandelt werden und bedingen nur ausnahmsweise einen operativen Eingriff. Durch die jeweils kurze Behandlungsdauer entstehe keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit. Konkret dokumentiert seien eine Hospitalisation wegen eines Leberzysteninfekts mit Verdacht auf Zystenruptur im Mai 2019 und eine schmerzende Kapselspannung einer Leberzyste im Oktober 2018, beide seien konservativ behandelt worden. Davon abgesehen hätten die Organvergrösserungen keine anhaltenden oder dokumentierten Beschwerden verursacht und nicht zu einer rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit geführt. Abdominale Beschwerden aufgrund dieser Erkrankung seien im Ärztlichen

C-1989/2020 Seite 22 Gesamtgutachten nicht erwähnt. Die früheren Beurteilungen des Medizinischen respektive Regionalen Ärztlichen Dienstes, die jeweils eine für den

Anspruch erhebliche Änderung der Arbeitsunfähigkeit verneint hätten, seien korrekt. 7. 7.1 Die dokumentierte Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin weist – abgesehen Nebendiagnosen wie beispielsweise dem gut kontrollierten Bluthochdruck – vor allem zwei Diagnoselinien auf, die für die Frage der Invalidität im Vordergrund stehen: die Lumboischialgie und die autosomal- dominante polyzystische Nieren-/Lebererkrankung. Auffallend ist, dass das mit dem vierten Gesuch übermittelte ärztliche Gesamtgutachten Letztere im Vordergrund sieht, das mit dem Einwand eingereichte Sachverständigengutachten aber Erstgenannte. Dies erklärt sich aus dem Hintergrund des Gutachtens. 7.2 Das Sachverständigengutachten vom 28. Oktober 2019 legt – wie ausgeführt – einen Gesamtgrad der Behinderung von insgesamt 70 % fest. Es handelt sich dabei nicht um ein Gutachten, das die Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität beurteilt, sondern den Grad der Behinderung einer begünstigten Person im Rahmen der Regelung des österreichischen Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG, BGBl. Nr. 22/1970). In der Systematik der Rechtsgrundlage dieses Gutachtens – der Verordnung des Bundesministers [der Republik Österreich] für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend nähere Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung (Einschätzungsverordnung, BGBl. II Nr. 261/2010, i.d.F. gem. Novelle vom 13. Juli 2012, BGBl. II Nr. 251/2012) – erfolgt die Festsetzung des Grades der Behinderung nach Art und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung in festen Sätzen oder Rahmensätzen, die in der Anlage der genannten Verordnung festgelegt sind (§ 2 Abs. 1 Einstellungsverordnung). Beim Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen ist ein Gesamtgrad der Behinderung festzulegen. Dieser erfolgt nicht durch Addition, sondern es wird von der Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten Wert ausgegangen und sodann geprüft, ob die weitere(n) Beeinträchtigung(en) dessen Erhöhung gebieten (§ 3 Einstellungsverordnung). Bei den gegebenen Diagnosen war die Festsetzung des Grades der Behinderung für die orthopädische Diagnose mit 60 % und für die nephrologische Diagnose mit 40 % zumindest in der Größenordnung nahezu zwingend – wie auch der Umstand, dass in diesem Gutachten die orthopädische Diagnose mit dem höheren Rahmensatz als vorrangig behandelt wird (vgl. Anhang zur Einstellungsverordnung, Ziff. 02.01.03 und 07.05.04).

C-1989/2020 Seite 23 7.3 Die Beurteilungen des RAD auf Stufe des vorinstanzlichen Verfahrens wurden zwar mit dem Fokus auf die Fragestellung erstellt, ob eine Verschlechterung erkennbar sei (vgl. IV-act.138 und 151, Fragestellung). In dessen erfolgten sie in Kenntnis der gesamten Akten und auf der Grundlage dessen, dass gegenüber den ersten drei Gesuchen eine andere Hauptdiagnose als invalidisierend angeführt wurde. Inhaltlich deckt sie sich mit der auf Beschwerdeebene im Zuge der Vernehmlassung vorgenommenen neuerlichen Analyse der Berichtslage (oben, E. 6.4). Die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes erscheinen als knappe, aber konzise Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes. Das Gericht kann sich, wie sogleich auszuführen ist, den Schlussfolgerungen der Stellungnahmen anschließen. 7.4 Beide Hauptdiagnoselinien weisen eine gewisse Stabilität auf. 7.4.1 Die polyzystische autosomal-dominante Nieren-/Lebererkrankung ist seit Jahren dokumentiert. Bereits 2006 wurden die bis ins Becken reichenden Zystennieren bildgebend erfasst; die Dimension der grossen Leberzyste wurde spätestens 2011 in der aktuellen Größenordnung dargestellt (oben, E. 5.4.13 und 5.4.1). Die Zysten verursachten in den letzten Jahren zwei akute Phasen, die weitgehend mit konservativer, analgetischer und antibiotischer, Therapie behandelt und abgeschlossen werden konnten. Eine Behebung der Grunderkrankung mittels operativer Behandlung der Zysten selbst – wie sie bei der Schwester der Beschwerdeführerin

offenbar mit Erfolg durchgeführt werden konnte – musste aufgrund der Anzahl, Grösse und Verteilungsmuster der Zysten verworfen werden. Seit dem April 2019 hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Grunderkrankung einzig mit einer Lebertransplantation (idealerweise im Verbund mit einer Nierentransplantation) angegangen werden kann. Indessen steht diese Erkenntnis nicht im Zusammenhang mit einer eingetretenen Verschlechterung, etwa einer Verminderung der Organfunktion oder drohendem Organversagen, sondern einzig mit deren Alternativlosigkeit. Die Funktion von Leber und Niere ist an sich intakt, die Indikation für eine Transplantation ergibt sich aus der klinischen Symptomatik, d.h. aus der Schmerzfrequenz und dem Leidensdruck der Patientin (E. 5.4.7). Angesichts der Risiken, Nebenwirkungen und der notwendigen Immunsuppression nach Transplantation sah die Beschwerdeführerin in der Folge denn auch vorerst von dem Eingriff ab (E. 5.4.12). Für das ärztliche Gesamtgutachten vom 20. Mai 2019 (IV-act. 81, E. 5.4.10) wurde die Beschwerdeführerin am 13. Mai 2019 untersucht, wenige

C-1989/2020 Seite 24 Tage nach Entlassung aus der Nephrologie des Krankenhaus F._____ (vgl. E. 5.4.9). Die kausale Verbindung zwischen dem Nieren- und Leberleiden und dem möglichen Verlust der Arbeitsfähigkeit ist im Gutachten nicht nachvollziehbar dargestellt; zumal eine mögliche Besserung abhängig vom Therapieerfolg vorbehalten wurde und die vorgesehene Therapiemassnahme (ausschliesslich) mit einer Lebertransplantation gleichgesetzt wird (vgl. IV-act. 81, Ziff. 10 a.E. und Ziff. 14), scheint diese Verbindung in der Gebotenheit der Transplantation zu liegen. Nach dem Gesagten erscheint die Transplantation zwar als einzig mögliche Therapie, um die Grunderkrankung zu beheben, ist aber bei der gegebenen Organfunktion gerade eben nicht zwingend, sondern elektiv. Die im Zeitpunkt der Untersuchung geklagten Beschwerden stehen mit Blick auf die gesamte Berichtslage und die Chronologie in starkem Zusammenhang mit der kurz davor eingetretenen akuten Phase, die wenig später, im Juni 2019, weitgehend abgeschlossen war, so dass die Beschwerdeführerin, wie erwähnt, vorerst von einem Leistungsersuchen absah (vgl. E. 5.4.12).

7.4.2 Die Beschwerdeführerin beruft sich auf Beschwerdeebene an sich nicht auf die orthopädische Diagnoselinie. Betreffend die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule beschränkt sich das Gesamtgutachten auf die Feststellung «chronisch sind auch die wiederkehrenden lumboschialgieformen Beschwerden mit bekanntem Zustand nach operativen Eingriffen». Das ist in dieser Knappheit mit Blick auf die Krankengeschichte zwar korrekt; es ist aber nicht ersichtlich, inwieweit sich der orthopädische Zustand gegenüber den ärztlichen Gesamtgutachten vom 25. Januar 2010 (IV-act. 2), 29. Mai 2015 (IV-act. 47) und namentlich vom 7. August 2018 (IV-act. 64) solcherart verschlechtert haben sollte, dass die zuletzt noch als zumutbar geschilderte Verrichtung leichter körperlicher Arbeiten nicht mehr möglich sein sollte. Von einer Verschlechterung der orthopädischen Situation spricht einzig das Sachverständigengutachten vom 28. Oktober 2019 (IV-act. 145). Der Gutachter begründet dies namentlich mit chronischen Schmerzen, die eine regelmässige Gabe von Schmerzmitteln der «WHO Stufe 3» erforderten. Die Mobilität sei zumindest für kurze Wegstrecken nicht eingeschränkt. Der Gutachter schliesst sich der Meinung des Vorgutachters (vom Januar 2019) an, dass ein Dauerzustand vorliege. Allerdings waren die in die linke Seite ausstrahlenden, chronischen lumbalen Schmerzen nach zweimaliger Bandscheibenproblematik bereits zentrales Thema der soeben zitierten früheren Gesamtgutachten, also seit zumindest 2010. Die mit dem vierten Gesuch geprüften Arztberichte, die sich mit der orthopädischen Beschwerdelage befassen, lassen eine erhebliche Verschlechterung zum Vorzustand, der eine körperlich leichte Arbeit noch

erlaubte,

C-1989/2020 Seite 25 nicht erkennen. In der Regel konnten die Beschwerden mit analgetischer und Physiotherapie aufgefangen werden. Ob die Feststellung des ärztlichen Gesamtgutachtens vom 29. Mai 2015, die Physiotherapie werde nicht ausgeschöpft (IV-act. 47, Ziff. 10), Bestand hat, ist nicht bekannt. Aus der vermehrten Schmerzmitteleinnahme kann jedenfalls nicht direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, zumal in der Vergangenheit Schmerzmittel mit Rücksicht auf das Nieren-/Leberleiden bewusst sehr zurückhaltend genommen wurden. 7.5 Insgesamt ist die Beurteilung des Ärztlichen Dienstes der IVSTA und die darauf aufbauende Sachverhaltswürdigung der Vorinstanz nicht zu beanstanden. Der auf Beschwerdebene (erneut) eingereichte Ambulanzbericht des Krankenhaus F._____ vom 6. Juni 2019 vermag daran nichts zu ändern. Es ist auch nicht erkennbar, und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht ausgeführt, inwiefern dieser Bericht Anlass zu einer Begutachtung geben sollte. 8. 8.1 Anlässlich der letzten rechtskräftigen materiellen Überprüfung im Jahr 2011 wurde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit eine nur kurzfristige Arbeitsunfähigkeit erlebte, also das Erfordernis, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen zu sein, nicht erfüllte. Wie dargelegt, zeigt sich im Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs zum Sachverhalt im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (18. März 2002) keine rentenbegründende erhebliche Veränderung der Verhältnisse; auch in diesem Zeitpunkt ist in ihrer bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin nur von einer nur kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die das für eine Invalidenrente notwendige Ausmass nicht erreicht. Auch im Haushalt ist nicht von einer Einschränkung auszugehen. Die Statusfrage, also die Frage, ob die Beschwerdeführerin als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen wäre, kann bei diesem Ergebnis offenbleiben. Eine Berechnung des Invaliditätsgrades mittels Einkommensvergleich erübrigt sich ebenfalls. 8.2 Die Vorinstanz hat das Vorliegen einer rentenbegründenden Invalidität im Sinne von Art. 28 IVG zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung ist im Lichte von Art. 49 VwVG nicht zu beanstanden, die Beschwerde ist abzuweisen.

C-1989/2020 Seite 26 9.

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