

BVGer C-2402/2016 vom 29. Mai 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2402_2016

FR: TAF C-2402/2016 du 29 mai 2018

IT: TAF C-2402/2016 del 29 maggio 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Ecuador, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16.

September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 lit. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 2.2

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 2.3

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen).

E. 2.4

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 3. März 2016 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (3. März 2016) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 3. März 2016 das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

E. 3.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 3.4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil 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).

E. 3.4.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 122 V 157 E. 1d und 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 3.4.4

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 praxismässigen 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 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 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 4

Hypothyreose, ED 2007 (ICD-10 E03.9) - aktuell leicht übersubstituiert

E. 4.1

Die Vorinstanz stützte sich beim Erlass der Rentenverfügung vom 3. März 2016 auf das interdisziplinäre Gutachten des Instituts J. _____ vom 27. Oktober 2014 (IV-act. 251), welches im Rahmen der Abklärungen durch die IVSTA erstellt wurde. Das Gutachten des Instituts J. _____ sowie die Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA, nämlich die Berichte von Dr. med. P. _____ vom 18. Dezember 2014 und 3. Juli 2015, Dr. Q. _____ vom 8. Januar 2015, Dr. R. _____ vom 27. März 2015, die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. U. _____ vom 27. Mai 2015 und die Berichte von Dr. V. _____, Chefärztin des medizinischen Dienstes, vom 3. Juli 2015 sowie von Dr. W. _____ vom 4. Februar 2016 (IV-act. 255, 257 f., 267, 270, 277) sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 4.1.1

Im Gutachten des Instituts J. _____ vom 27. Oktober 2014 (IV-act. 251) wurde Folgendes festgehalten:

E. 4.1.1.1

In seiner allgemeininternistischen Beurteilung (IV-act. 251, S. 10 - 11) stellte Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, anlässlich der am 10. September 2014 erfolgten Untersuchung folgende Diagnosen: "1. Übergewicht (BMI 28 kg/m²) (ICD-10 E66.9) 2. V.a. arterielle Hypertonie (ICD-10 I10V) 3. Schwindel unklarer Ätiologie

E. 4.1.1.2

Im Teilgutachten auf dem Fachgebiet der Psychiatrie (IV-act. 251, S. 11 - 16) stellte Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich der am 10. September 2014 erfolgten Untersuchung die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit führte er eine Symptomausweitung (ICD-10 F54) auf (S. 14). Zusammengefasst gab Dr. med. L. _____ an, die Versicherte habe überempfindlich, auch dramatisierend gewirkt. Der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen; die Stimmung leicht depressiv. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck von Angst und Zwängen habe nicht bestanden. Sie sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Konzentration sei beeinträchtigt. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien sonst nicht beeinträchtigt gewesen. Die Versicherte habe vielmehr sehr aufmerksam gewirkt, bereits geringe Geräusche von Leuten, die im Gang normal geredet hätten, wahrzunehmen. Sie sei sehr reizempfindlich gewesen. Das Denken sei formal geordnet, aber eingeschränkt auf ihre Beschwerden. Inhaltlich seien im Denken keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen vorhanden gewesen. Die Urteilsbildung sei nicht gestört. Die Versicherte habe eigentlich normale Kontakte, aber mit Abhängigkeit wegen ihrer Beschwerden, angegeben. Impulsstörungen hätten nicht bestanden. Der Antrieb sei bei erhöhter Ermüdbarkeit mit erhaltener Intentionalität herabgesetzt. Die Selbstwertregulation sei erhalten; die Abwehrmechanismen seien nicht auffällig (S. 14). In der Beurteilung führte Dr. med. L. _____ aus, bei der Versicherten beständen vor allem somatische Beschwerden mit Schwindelbeschwerden, Nackenschmerzen und konsekutiv erhöhter Ermüdbarkeit mit Konzentrations- und zuweilen auch Schlafstörungen, aber vor allem mit starker Reiz- bzw. Gehörempfindlichkeit. Dazu müsse vor allem aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Aus psychiatrischer Sicht könne, insofern die Symptomatik durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden könne, eine psychische Überlagerung im Sinne einer Symptomausweitung diagnostiziert werden. Die psychischen Befunde begründeten die Diagnose einer leichten depressiven Episode, gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Die Versicherte sei nie in psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung gewesen und erhalte keine psychopharmakologische Medikation. Das Kriterium des chronischen Verlaufs sei hinreichend erfüllt. Ein schwerer sozialer Rückzug bestehe eigentlich nicht, sie habe durchaus Kontakte, sogar einige, auf die sie angewiesen sei. Dadurch könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung sei nicht erwiesen. Die Explorandin sei überzeugt, nicht mehr arbeiten zu können; sie habe auch keine Hoffnung auf Besserung und begründe dies mit ihren somatischen Beschwerden. Sie habe sich ihr Leben in Ecuador eingerichtet. Die Prognose sei ungünstig (S. 14 - 15). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. L. _____ dahingehend, dass eine Einschränkung von 20 % vorliege. Diese sei durch die leichte depressive Episode bedingt, wodurch es bei einer Arbeit zu einer verminderten Belastbarkeit mit erhöhter Ermüdbarkeit und vermehrten Pausenbedarf käme. Der Explorandin könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer somatisch angepassten und ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 80 % zu arbeiten, auch in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Da fachärztliche psychiatrische Befunde, auf die abgestützt werden könne, fehlten, könne die angegebene Arbeitsunfähigkeit auch seit der 100 %igen Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfallereignis 2006 angenommen werden (S. 15).

E. 4.1.1.3

Im anlässlich der Untersuchung vom 10. September 2014 erstellten rheumatologischen Teilgutachten (IV-act. 251, S. 16 - 20) wurden von Dr. med. M. _____, Facharzt für

Rheumatologie, folgende Diagnosen gestellt (S. 18): "a) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Chronisches zervikozephal bis zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M53.0/M53.1) - deutliche Oberkörperfehlhaltung (shift Oberkörperachse nach rechts mit konsekutiv skoliotischer thorakaler Fehllhaltung, deutlich betonte thorakale Hyperkyphose mit konsekutiv HWS- sowie Schulterprotraktionsfehlstellung - erhebliche Myogelose der Subokzipital-, Trapezius- sowie Levator scapulae - Muskulatur, objektiv identisch ausgeprägt, subjektiv nur auf der rechten Seite schmerzhaft im Rahmen einer muskulären Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen - radiomorphologisch: Seitliche Aufnahme dargestellt bis proximal C7. Normales Alignment von C2 - C5, diskrete Antepositionsstellung von C5 zu C6 von 1-2 mm und erneut diskrete Antepositionsfehlstellung von C7 zu C6 von zirka 1 mm. Insgesamt gut erhaltene Bandscheibenhöhen mit Spondylosen nach dorsal ausstrahlend der Deckplatte C5, C6 und Grundplatte C6. Im ap-Bild deutliche Schräghaltung bei Schulterhochstand links. Verdacht auf unkarthrotische Veränderungen C5/6, C6/7. - St. n. HWS-Beschleunigungstrauma I nach Quebec Task Force vom 16.06.2006 - aktenanamnestisch keine Hinweise auf posttraumatische ossäre Verletzungen b) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Keine"

Nach einer im Stehen, Sitzen und Liegen durchgeführten Untersuchung der Lenden-, Brust-, und Halswirbelsäule, der Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke sowie der Hüft-, Knie- und Fussgelenke hielt Dr. med. M. _____ in seiner Beurteilung zusammengefasst fest, im stehenden Status zeige sich eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen. Es bestehe eine deutliche Oberkörperfehlhaltung mit erheblichen reaktiven Myogelosen der Nacken- und Schultermuskulatur, wobei rein objektiv inspektorisch die Myogelosen auf beiden Seiten gleich ausgeprägt seien, während subjektiv nur auf den rechten paramedianen Seiten schmerzhafte Trigger Points beständen. Die Bewegungsfähigkeit der LWS und BWS sei allseits normal. Die HWS sei hinsichtlich der maximalen Rotation nach rechts, Lateralflexion nach rechts und der Reklination endphasig schmerzhaft eingeschränkt. Das aktuelle Halsröntgenbild ergebe eine leichte Verschiebung der Wirbelgelenke C5 zu C6 und C6 zu C7 im Sinne einer diskreten Anterolisthese. Im Schulterstatus bestehe passiv assistiert rechts eine leicht eingeschränkte Bewegungsfähigkeit. Bei aktiver Bewegungsprüfung sei jedoch die Elevation und Abduktion erheblich eingeschränkt, nicht wegen Schulter-, sondern eindeutig wegen Nacken-Schulter-Weich-teilbeschwerden rechts. Links sei der Gelenkstatus unauffällig. Der gesamte weitere periphere Gelenkstatus an den oberen wie auch an den unteren Extremitäten sei klinisch unauffällig (S. 19). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. M. _____ dahingehend, dass grundsätzliche jegliche körperlich mittel- bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten nicht möglich seien. Im Rahmen einer leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeit, vor allem auch im Sinne von administrativen Tätigkeiten, bestehe bei optimaler Arbeitsplatzergonomie eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit mit einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit, um regelmässig Pausen gewähren zu können. Der Explorandin müsse an einem theoretischen Arbeitsplatz die Möglichkeit geboten werden, ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln zu können. Insbesondere sei das fixierte anhaltende Arbeiten in Oberkörpervorneigeposition oder stereotype Rotationsbewegungen der HWS zu vermeiden. In der Schulterneutralstellung beständen keine Einschränkungen in Bezug auf die Gehfähigkeit. Dementsprechend sollten rheumatologisch-theoretisch vielfältige berufliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft

umsetzbar sein (S. 20).

E. 4.1.1.4

Im neurologischen Teilgutachten (IV-act. 251, S. 21 - 24) erwähnte Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, anlässlich der am 10. September 2014 erfolgten Untersuchung keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Diagnosen "Multifaktorieller Schwindel (ICD-10 R42) bei Zustand nach Verkehrsunfall 2006 mit möglicher Commotio cerebri (ICD-10 S06.0) und HWS-Distorsionstrauma (ICD-10 S13.4) sowie Symptomausweitung (ICD-10 F54), DD dissoziative Störung" genannt. Zusammengefasst hielt Dr. med. N._____- nach Untersuchungen von Kopf/Hals/Hirnnerven (mit Frenzelbrille), der Reflexe, Extremitäten, Motorik und Sensibilität zu den kognitiven Funktionen fest, die Explorandin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie biete eine sehr weitschweifige und dabei sehr langsame Schilderung ihrer Beschwerden beziehungsweise ihrer Krankheitsgeschichte. Sie unterbreche sich selbst mehrfach, halte den Kopf, stöhne, kneife die Augen zu. Sie betone vielfach, sie habe dies und jenes vergessen, sie müsse alles aufschreiben. Als jedoch das Gespräch auf ihre Lebensumstände in Ecuador komme, sei der Gedankenablauf normal, flüssiger und geordneter mit erhaltener Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit. Sie berichte dabei recht differenziert von den dortigen Verhältnissen. Erst als sie gefragt worden sei, was man in dem Dorf, in dem sie lebe, tun könne, ver falle sie in das Krankheitsmuster und gebe an, sie selbst könne gar nichts tun; sie könne auch nicht mehr Auto fahren. Beim Thema Krankheitsgeschichte habe die klagsame Explorandin, die auch etwas theatralisch wirkend ihre Kopfhörer trage, jedoch bei einem belanglosen Thema freundlich und gut schwingungsfähig gewirkt. In der neurologischen Beurteilung hielt Dr. med. N._____ fest, es finde sich bei der Untersuchung kein Hinweis für eine peripher oder zentral-vestibuläre Störung. Die Untersuchung sei von einer massiven, ja zum Teil grotesken Ausgestaltung gekennzeichnet. Diese Ausgestaltung sei derart, dass sich sogar die Frage einer dissoziativen Störung stelle, was aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen sei. Bei den angegebenen Gedächtnisstörungen und der Langsamkeit, mit der manche Dinge beantwortet oder durchgeführt würden, stelle sich noch die Frage einer hirnorganischen Störung, welche jedoch eindeutig verneint werden könne. Es liege eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung vor. Auch habe sich in der Vergangenheit nie ein Hinweis für eine substantielle Hirnschädigung ergeben (S. 23). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. N._____ aus, es beständen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Bei dem massiven funktionellen Schwindel werde man gleichwohl Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen vermeiden, beziehungsweise nicht zumuten, um der Explorandin Brücken zu bauen, beziehungsweise sie nicht völlig das Gesicht verlieren zu lassen. Die Einschränkungen des dissoziativen Anteils sei psychiatrischerseits festzulegen. Auch retrospektiv könne keine höhere Arbeitsunfähigkeit angenommen werden; lediglich für die ersten drei Monate nach dem Unfall.

E. 4.1.1.5

In seiner otorhinolaryngologischen Beurteilung (IV-act. 251, S. 24 - 30) stellte Dr. med. O._____, Facharzt für Otorhinolaryngologie, anlässlich der am 9. September 2014 erfolgten Untersuchung folgende Diagnose (S. 27): "a) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Hyperakusis (ICD-10 H93.2) - bei Phonophobie 2. Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82) bei - bei Verdacht auf pathologische visuelle Dominanz - Kinetose b) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Leichtgradige

Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links (ICD-10 H90.4)". Zusammengefasst hielt Dr. med. O. _____ fest, seitens der otorhinolaryngologischen Beschwerdesymptomatik leide die Explorandin im Anschluss an den Autounfall unter einer Schwindelsymptomatik mit Drehgefühl nach rechts, einem Ziehen nach hinten sowie fehlender Gleichgewichtskontrolle, wobei die Beschwerdesymptomatik wechselnd ausgeprägt sei. Im Liegen beständen hingegen keine Probleme. Insbesondere trete die Beschwerdesymptomatik bei Fixation von sich bewegenden Objekten, sowie beim Blick nach oben sowie links auf. Die Beschwerdesymptomatik sei von Übelkeit begleitet und über die Jahre eher progredient. Diesbezüglich bestehe auch eine akzentuierte Beschwerdesymptomatik bei Fahrten in Transportmitteln. Im Rahmen dieser Beschwerdesymptomatik seien diverse medikamentöse aber auch physikalische Therapien ohne eigentliche Besserung der Symptomatik erfolgt. Zusätzlich bestehe eine Geräuschempfindlichkeit, welche auch bei normalen Alltagsgeräuschen vorhanden sei; sie sei auch im Verlauf eher progredient. Diesbezüglich werde ein konstanter Lärmschutz betrieben. Das Gehör hingegen werde als stabil angegeben, sodass auditive Einschränkungen vor allem durch die Lärmempfindlichkeit hervorgerufen würden. Ein Tinnitus hingegen werde negiert (S. 26). In seiner Beurteilung gab Dr. med. O. _____ zusammenfassend an, im Rahmen der otorhinolaryngologischen Untersuchungsbefunde könne aktuell eine altersentsprechende Hörschwelle rechts, eine leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links; mit Hörverlust nach CPT-AMA Tabelle von 0.3 % rechts und 0.9 % links, resultierend einem Hörverlust für Einsilber rechts von 0 % objektiviert werden. Im Rahmen dieser Hörschwellen beständen durch die auditive Kapazität keine eigentlichen auditiven Einschränkungen. Bezüglich der angegebenen Hyperakustik wurde ausgeführt, vielmehr scheine eine Phonophobie und nicht eine organische Pathologie dafür verantwortlich zu sein. Seitens der peripheren vestibulären Funktion könnten unauffällige Befunde mit fehlenden pathologischen Nystagmen objektiviert werden, auch wenn eine kalorische Provokation bei Non-Compliance nicht durchgeführt werden können, sodass trotzdem von einer unauffälligen peripheren vestibulären Funktion ausgegangen werden könne. Des Weiteren könnten auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine Befunde einer zentral vestibulären Funktionsstörung oder einer Störung der Okkulomotorik nachgewiesen werden, wie dies bereits in den vorgängigen neurologischen Abklärungen in den Akten festgehalten worden sei. Die Explorandin habe Symptome einer Kinetose mit ausgesprochener Bewegungsempfindlichkeit angegeben, sodass subjektiv bereits Beschwerden beim Sitzen auf sich leicht beweglichen Stühlen auftreten könnten, wobei die Explorandin problemlos Kopfnicken oder Kopfschütteln, sowie das schnelle Wechseln vom Untersuchungsstuhl auf einen Bürostuhl toleriere. Auch diesbezüglich scheine eine deutliche Überlagerung vorhanden zu sein. Zusätzlich müsse im Rahmen der Reizdeprivation, welche von der Explorandin seit Jahren betrieben werde, von einer negativen Beeinflussung des Beschwerdebildes sowie des Verlaufs ausgegangen werden (S. 28). Aus otorhinolaryngologischer Sicht beständen zurzeit keine eigentlichen auditiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Einzig im Rahmen der Hyperakustik bei Phonophobie sollten Tätigkeiten unter einem gesteigerten Umgebungsgeräuschpegel sowie auditiv anspruchsvolle Tätigkeiten gemieden werden. Seitens des Verdachts auf die Entwicklung einer pathologischen visuellen Dominanz mit konsekutiven Schwindelbeschwerden beständen qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, sodass sturzgefährdete Tätigkeiten, Tätigkeiten mit häufigen Rotationsbewegungen, sowie

Tätigkeiten mit hohen visuellen Anforderungen von der Explorandin gemieden werden sollten. Zusätzlich müsse in Anbetracht des Gesamtbeschwerdebildes, trotz des Verdachts auf eine zusätzliche Überlagerung, von einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in dem Sinne ausgegangen werden, als dass der Explorandin vermehrte Erholungsphasen zugestanden werden sollten. Unter Berücksichtigung der Therapieresistenz über Jahre sowie der eher reservierten Prognose müsse diese Einschränkung mit 25 % beziffert werden. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit wurde angegeben, der Zeitpunkt des Auftretens der otoneurologischen Beschwerdesymptomatik könne mit den erstmalig festgehaltenen Befunden einer vorübergehenden peripheren vestibulären Funktionsstörung auf das Jahr 2006 zurückgeführt werden. Im weiteren Verlauf bestehe der Verdacht auf die Entwicklung einer pathologischen visuellen Dominanz.

E. 4.1.1.6

In Ziffer 5 des Gutachtens des Instituts J. _____ wurden die Diagnosen aus den Teilgutachten zusammengefasst (IV-act. 251, S. 30). In der Gesamtbeurteilung (IV-act. 251, S. 31 - 34), welche die unterzeichneten Untersucher in einem interdisziplinären Konsensus erarbeiteten, wurden die Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit aus den psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen, otorhinolaryngologischen Teilgutachten sowie aus dem allgemeininternistischen Gutachten wiedergegeben. Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Explorandin körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden könnten. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten, so auch für die angestammte Tätigkeit, bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %, unter der Berücksichtigung der in den entsprechenden Teilgutachten dargelegten qualitativen Einschränkungen. Die Einschränkungen aus psychiatrischer, rheumatologischer und otorhinolaryngologischer Sicht ergänzten sich bezüglich möglicher Pausen; es bestehe kein additiver Effekt. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht konklusiv möglich sei. Höchstwahrscheinlich könne wenige Wochen nach dem Unfallereignis, mit Sicherheit jedoch seit der aktuellen Untersuchung von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % in der angestammten Tätigkeit ausgegangen werden. Die Prognose bezüglich Reintegration in den Arbeitsprozess sei aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung der Explorandin, wonach keine Arbeitstätigkeit mehr möglich sein solle, als sehr ungünstig zu bezeichnen. Zu den im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingereichten Zusatzfragen des Rechtsvertreters äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass betreffend die geltend gemachten Schwindelanfälle und die Lärmintoleranz von einer zusätzlichen negativen Beeinflussung durch die von der Explorandin betriebenen Reizdeprivation aus ORL-Sicht ausgegangen werden müsse. Durch eine Retraining-Therapie unter psychologischer Unterstützung solle die Lärmintoleranz durchaus positiv beeinflussbar sein. Es bestehe auch eine Depression, die den Schwindel und auch die Lärmintoleranz beeinflussen könne und sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Deshalb sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht leichtgradig eingeschränkt. Zur Frage, ob aus medizinischer Sicht davon ausgegangen werden könne, dass ein aggravierendes Verhalten unter Inkaufnahme von sehr hohen Einschränkungen der Lebensqualität stattfinde, äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten - auch bei sekundärem Krankheitsgewinn - beständen. Objektiviert werden könne das hier bestehende Leiden nicht. Die Explorandin fühle sich krank und völlig arbeitsunfähig. Bei der Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit bzw. der Beurteilung der willentlichen Überwindbarkeit müssten neben den objektiven Befunden und den entsprechenden Diagnosen jeweils genau auch die täglichen Aktivitäten, die soziale Integration bzw. die Kontakte, die bisher erfolgten Behandlungen und der Längsverlauf mit dem Zustand vor der Erkrankung mit einbezogen werden.

E. 4.1.2

In der Folge wurde das interdisziplinäre Gutachten den Ärzten des medizinischen Dienstes der IVSTA unterbreitet. Dr. med. P._____, Fachärztin für Neurologie, nahm am 18. Dezember 2014 zum neurologischen und otorhinolaryngologischen Teilgutachten Stellung (IV-act. 255 f.). Sie fasste den medizinischen Verlauf, die im Gutachten des Instituts J._____, erwähnten Diagnosen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zusammen und empfahl auf die Ausführungen des neurologischen Gutachters abzustellen. In otorhinolaryngologischer Hinsicht hielt Dr. med. P._____ zusammengefasst fest, der Experte habe die Fragen vollständig beantwortet, zudem die Beschwerden und früheren Stellungnahmen diskutiert. Die Diagnose der pathologischen visuellen Dominanz als Ursache des Schwindels könne beibehalten werden, jedoch ohne Bestimmtheit. Allerdings - trotz Zweifel an der Diagnostik - könnten die von den Experten vorgeschlagenen funktionellen Einschränkungen mit einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % aus otorhinolaryngologischer Sicht berücksichtigt werden.

E. 4.1.3

Dr. med. Q._____, Facharzt für Rheumatologie, nahm am 8. Februar 2015 Stellung (IV-act. 257). Er fasste den Krankheitsverlauf sowie die Befunde des rheumatologischen Teilgutachtens zusammen und befand die Versicherte in der angestammten Tätigkeit seit 17. Juni 2006 zu 25 % arbeitsunfähig. Zusammengefasst führte er aus, in internistischer Hinsicht begründeten eine leicht übersubstituierte Hypothyreose sowie eine arterielle Hypertonie keine Arbeitsunfähigkeit. Das rheumatologische Teilgutachten entspreche den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie. Die Schlussfolgerungen seien klar und begründet; es lägen keine Zweifel an deren Objektivität oder Sachlichkeit vor. Die Ergebnisse des rheumatologischen Gutachters sowie der gesamten Expertise würden bestätigt.

E. 4.1.4

Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 27. März 2015 zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung (IV-act. 258). Er führte kurz den medizinischen Verlauf zusammen und wiederholte die im psychiatrischen Teilgutachten aufgeführten Diagnosen. Er befand die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit ab 2006 zu 20 % arbeitsunfähig. Zusammengefasst führte er aus, es bestehe ein Syndrom ohne Pathogenese (vermutetes Schleudertrauma). Aus rein psychiatrischer Sicht beständen funktionelle Einschränkungen wie erhöhte Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Das psychiatrische Teilgutachten entspreche den dazu vorgesehenen Richtlinien. Die Symptomausweitung sei eine Störung, die meist leicht sei, oft lange dauerte und keine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehe. Die Versicherte fühle sich nicht mehr arbeitsfähig. Es bestehe eine Selbstlimitierung, welche neben gewissen Inkonsistenzen die Symptomausweitung begründete.

E. 4.2

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens liess die Beschwerdeführerin weitere Berichte nachreichen:

E. 4.2.1

Im handschriftlichen Arztbericht der S._____ Associates von Dr. Y._____, Professor für klinische physikalische Therapie, vom 2. Oktober 2006 (IV-act. 264) wurde unter anderem festgehalten, die Versicherte leide an Schwindel mit Drehgefühl. Die Prognose sei gut. Ebenso wurde in der Evaluationszusammenfassung angegeben, die Versicherte schein Angst zu haben (S. 7). Im Bericht von T._____, NMD (naturopathic medical doctor) vom September 2010 (IV-act. 265) wurde festgehalten, die Versicherte habe ein "high impact trauma" während eines Autounfalls im Juni 2006 erlitten. Sie sei von Ärzten der Inneren Medizin, physikalischen Therapeuten, einem Professor der S._____ Associates, Chiropraktikern, Akupunkteuren, Neurologen, Professoren der Otoneurologie in den USA und der Schweiz sowie von einer deutschen Neurochirurgin behandelt worden. Im Weiteren wurden die bereits genannten Diagnosen aufgezählt. Zum Schwindel wurde ausgeführt, dieser sei zentralnervlichen Ursprungs. Therapien seien bislang erfolglos geblieben.

E. 4.2.2

Dr. U._____, Facharzt für Allgemeine Medizin und zertifizierter RAD-Arzt, dem die gesamten Unterlagen zur Beurteilung vorgelegt worden waren, äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2015 (IV-act. 267) zusammengefasst dahingehend, dass im Gegensatz zur gutachterlichen Beurteilung die internationale Literatur die Beschwerden und Behinderung der Versicherten durchaus in Verbindung mit dem Trauma bringe. Aus seiner Sicht spiele - unabhängig davon, ob es dem Verunfallten bewusst sei oder nicht - die Psyche bei jedem Trauma eine erhebliche Rolle und dürfe nicht vernachlässigt werden. Aus dem Gutachten sei ersichtbar, dass die persönlichen und klinischen Befunde sowie die Tatsache, dass es der Versicherten möglich gewesen sei, für die Begutachtung in die Schweiz zu reisen, dahingehend interpretiert worden seien, dass die Beschwerden zum grossen Teil willentlich überwindbar seien. Das Argument des sekundären Krankheitsgewinns stehe effektiv auf schwachen Beinen. Aufgrund der Akten könne ein Krankheitsgewinn weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Es sei im Gutachten auffällig, dass der Neurologe für dieselbe Diagnose (Schwindel) im Gegensatz zum Facharzt ORL keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sehe. Dr. U._____ schlug die Durchführung einer gründlichen neuropsychologischen Abklärung vor; die erfolgte psychiatrische Begutachtung ersetze diese aber nicht. Insgesamt war er der Meinung, dass die Versicherte für die bisherige Tätigkeit aufgrund des Transfers an den Arbeitsplatz sowie des Arbeitsumfelds und den Arbeitsanforderungen ab Unfalldatum nicht arbeitsfähig sei, während eine angepasste Tätigkeit, d.h. in einem ruhigen Umfeld, ohne Notwendigkeit, die Körperposition zu wechseln, teilweise zumutbar bleibe.

E. 4.2.3

Dr. med. P._____, welcher die Stellungnahme von Dr. U._____ vorgelegt worden war, führte in ihrer Antwort vom 3. Juli 2015 (IV-act. 270) aus, die kognitiven Beschwerden seien von den neurologischen und psychiatrischen Gutachtern evaluiert worden. Gemäss dem Neurologen weise die Patientin keine namhaften Gedächtnisstörungen auf; gemäss dem psychiatrischen Experten seien die Konzentrationsstörungen in der Diagnose der leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) enthalten. In Abwesenheit anderer kognitiven Beschwerden im Zeitpunkt der Expertise sei es nicht notwendig, das Endergebnis durch

weitere detaillierte neuropsychologische Tests zu ergänzen. Die Chefärztin, Dr. V. _____, bestätigte in der Folge die Stellungnahme von Dr. U. _____ vom 27. Mai 2015 ebenfalls nicht und begründete ihre Aussage damit, dass keine objektiven Argumente existierten, welche die Notwendigkeit einer neuropsychiatrischen Expertise in der Schweiz rechtfertigen würden (IV-act. 270, S. 2).

E. 4.2.4

Dr. W. _____, Fachärztin und Psychotherapeutin des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche im Rahmen des Anhörungsverfahrens aufgefordert worden war, Stellung zu den Standardindikatoren gemäss des IV-Rundschreibens Nr. 334 (Neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden [BGE 141 V 281]) betreffend das Gutachten des Instituts J. _____ zu nehmen, fasste in ihrer Stellungnahme vom 4. Februar 2016 die Diagnosen des psychiatrischen Gutachters von Dr. med. L. _____ zusammen. Sie führte zur Kategorie "funktioneller Schweregrad", Komplex "Gesundheitsschädigung" aus, die Diagnose der Symptomausweitung F54 in der Kategorie betreffe die Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den beschriebenen Schmerzen und dem Verhalten der Versicherten oder ihrer Anamnese. Die Charakterisierung der angegebenen intensiven Schmerzen bleibe vage. Die Versicherte befinde sich in keiner psychiatrischen Behandlung oder Therapie. Wichtige Einschränkungen im Alltag lägen vor ("des limitations importantes dans le quotidien sont alléguées"), allerdings bleibe das psychosoziale Umfeld unbeeinträchtigt (IV-act. 277).

E. 4.3.1

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 3.4.3 f. hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Die Ärzte des medizinischen Dienstes Dr. med. P. _____, Dr. med. Q. _____ und Dr. med. R. _____ beurteilten in ihren Stellungnahmen vom 18. Dezember 2014, 8. Februar und 27. März 2015 (IV-act. 255 f., 257 f., 258) die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihren Fachdisziplinen aufgrund der vorhandenen Akten, insbesondere des interdisziplinären Gutachtens des Instituts J. _____ vom 27. Oktober 2014 (IV-act. 251), in welchem die Versicherte für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten - so auch für die angestammte Tätigkeit - für 75 % arbeits- und leistungsfähig, jedoch für körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten für arbeitsunfähig erachtet wurde. Dr. U. _____ hingegen kam nach Einsicht in die gesamten Unterlagen in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2015 (IV-act. 267) zum Schluss, dass die Versicherte für die bisherige Tätigkeit aufgrund des Transfers an den Arbeitsplatz sowie des Arbeitsumfelds und den Arbeitsanforderungen ab Unfalldatum nicht arbeitsfähig sei, während eine angepasste Tätigkeit, d.h. in einem ruhigen Umfeld, ohne Notwendigkeit, die Körperposition zu wechseln, teilweise zumutbar bleibe. Er hielt eine gründliche neuropsychologische Abklärung für empfehlenswert. Hingegen stellten sich Dr. med. P. _____ und Dr. V. _____ am 3. Juli 2015 auf den Standpunkt, dass ein detaillierter neuropsychologischer Test nicht erforderlich sei (IV-act. 270). Es ist im Folgenden zu prüfen, ob auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes resp. der Ärzte des medizinischen Dienstes sowie auf das interdisziplinäre Gutachten des Instituts J. _____ abgestellt werden kann.

E. 4.3.2

Das Gutachten des Instituts J._____ basiert auf einer allgemeininternistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und otorhinolaryngologischen Untersuchung. Im Vordergrund der Beurteilung durch die Gutachter und der Ärzte des medizinischen Dienstes resp. des RAD standen folgende Beschwerden: starke Nackenschmerzen mit Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich, Einschränkungen der rechten Hand, Schwindel, Konzentrationsstörungen, Gleichgewichtstörungen sowie starke Reiz- bzw. Gehörempfindlichkeit.

E. 4.3.2.1

Dr. med. M._____ konnte nach Durchsicht der Akten und nach einer ausführlichen rheumatologischen Untersuchung im Sitzen, Stehen und Liegen zu keinem Zeitpunkt eigentliche posttraumatische Verletzungen im Bereich des Schädels oder der Halswirbelsäule feststellen (IV-act. 251, S. 18 f.). Die Versicherte berichtete anlässlich der rheumatologischen Anamnese, dass es im Verlauf der Jahre zunehmend zu einer Schief- und Schräghaltung des Oberkörpers nach rechts gekommen sei, der rechte Schultergürtel würde nach unten hängen, sie fühle sich massiv verspannt im rechten Nacken- und Schultergürtel und habe Schwierigkeiten, den rechten Arm über die Horizontale anzuheben. Sie verspüre intermittierend eine Schwäche und Kraftlosigkeit in der rechten Hand. Sie betonte, dass eindeutig die chronischen Schwindelsymptome und die deutliche Steh- und Koordinationsunsicherheiten im Vordergrund der Gesamtsymptomatik ständen (IV-act. 251, S. 16). Zu den in Bezug auf den Bewegungsapparat beklagten Leiden stellte Dr. med. M._____ die Diagnose eines zervikozephalen bis zervikobrachialen rechtsbetonten Schmerzsyndroms mit einer erheblichen Oberkörperfehlhaltungsposition und einer deutlichen muskulären Dekonditionierung mit reaktiven Myogelosen und beginnenden degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäulenabschnitte. Trotz einer möglichen psychosozialen Überlagerung des gesamten Schmerzbildes nahm er einen somatischen Kern der Beschwerdesymptomatik an (IV-act. 251, S. 18 f.). Er befand aktive rehabilitative Massnahmen im Sinne einer physiotherapeutischen Behandlung für sinnvoll, führte jedoch aus, dass aus finanziellen Gründen seit längerer Zeit keine solchen Massnahmen hätten durchgeführt werden können (IV-act. 251, S. 20). Betreffend die rheumatologische Symptomatik decken sich die Einschätzungen von Dr. med. M._____ mit den Aussagen der Beschwerdeführerin und den Untersuchungsergebnissen; sie sind nicht zu bemängeln. Die von Dr. med. K._____ durchgeführte allgemeininternistische Begutachtung inklusive der Laboruntersuchung sowie seine Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit betreffend das Übergewicht, die Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie und die Schilddrüsenproblematik sind ebenfalls nicht zu bemängeln (IV-act. 251, S. 10 f.). Hinzuweisen ist, dass sich in den Akten weder Arztberichte, welche sich auf Untersuchungen des Bewegungsapparates noch solche, die sich auf internistische Beschwerdebilder beziehen, befinden. Die Versicherte bringt denn auch beschwerdeweise keine Rügen hinsichtlich der rheumatologischen oder allgemeininternistischen Untersuchung vor. Insgesamt erstellten die untersuchenden Ärzte sowohl im internistischen Hauptgutachten (IV-act. 251, S. 10 - 11) als auch im Teilgutachten auf dem Fachgebiet der Rheumatologie (IV-act. 251, S. 16 - 20) betreffend die erwähnten internistischen Diagnosen sowie die Nackenschmerzen mit Verspannungen im Schulterbereich umfassende Diagnosen unter Verwendung der Diagnosecodes, nahmen Stellung zu den beklagten Leiden und begründeten ihre eigenen Einschätzungen und Schlussfolgerungen. Allerdings sind die

Ausführungen im Gutachten recht kurz ausgefallen, jedoch die Beurteilungen im Ergebnis zutreffend, sodass bezüglich dieser Diagnosen auf das Gutachten abgestützt werden kann.

E. 4.3.2.2

Die Beschwerdeführerin beklagte sich vordergründig über massiven Schwindel und einer starken Reiz- bzw. Gehörempfindlichkeit. Zum Schwindel gab sie an, dieser werde sowohl visuell als auch durch Bewegungen getriggert; dabei handle es sich um ein Drehgefühl nach rechts, insbesondere bei der Fixation von sich bewegenden Objekten. Zum Tagesablauf führte sie aus, am Morgen sei es regelmässig schwierig; sie habe eine lange Anlaufzeit, um den Schwindel zu überwinden. Durch die Schwindelbeschwerden könne sie weder Busfahren, noch selbst Autofahren. Die Tagesaktivitäten blieben komplett vage. Sie höre nicht Musik, könne nicht fernsehen und nur wenig lesen. Sie könne Geräusche nicht ausblenden und sei sehr lärmempfindlich, sodass sie stets Kopfhörer tragen müsse. Sie wolle absolute Ruhe und Geräuschlosigkeit (IV-act. 251, S. 8 f., 11, 13, 23, 26). Anlässlich der Begutachtungen erschien sie mit Kopfhörern und nahm diese zu keiner Zeit ab (IV-act. 251, S. 8 f., 26). Dr. med. O. _____ setze sich anlässlich der otorhinolaryngologischen Untersuchung mit den Schwindelbeschwerden und der Reiz- bzw. Gehörempfindlichkeit auseinander und diagnostizierte eine Hyperakusis und eine intermittierende Schwindelproblematik. Er nahm eine ohrmikroskopische Untersuchung sowie ein Reinton- und Sprachaudiogramm vor, konnte jedoch weder einen Spontannystagmus noch einen Kopfschüttelnystagmus feststellen und auch in der Lage- oder Lagerungsprüfung keine pathologischen Befunde betreffend eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels mit Nystagmen erheben. Ebenfalls stellte er keine eigentlichen auditiven Einschränkungen fest. Zur Gehörempfindlichkeit gab Dr. med. O. _____ an, es scheine vielmehr eine Phonophobie als eine organische Pathologie für die Hyperakustik verantwortlich zu sein. Seitens der peripheren vestibulären Funktion konnte er keine auffälligen Befunde objektivieren und ging von einer unauffälligen Funktion aus. Auch wurden während der otoneurologischen Untersuchung keine vegetativen Begleitreaktionen festgestellt. Ebenso schloss Dr. med. O. _____ sowohl eine retrocochleäre als auch eine zentral vestibuläre Pathologie im Rahmen der vorgängig durchgeführten Magnetresonanztomographie des Neurocraniums aus. Zusammenfassend bestand gemäss Dr. med. O. _____ aus otorhinolaryngologischer Sicht eine leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links, eine Hyperakustik bei Phonophobie sowie der Verdacht auf die Entwicklung einer pathologischen visuellen Dominanz und Kinetose. Trotz der unauffälligen peripheren vestibulären Funktion befand er die Versicherte aufgrund des Gesamtbeschwerdebildes in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 25 % eingeschränkt (IV-act. 251, S. 29). Dr. med. N. _____ stellte wohl im neurologischen Teilgutachten einen multifaktoriellen Schwindel fest, jedoch begründete er diese Diagnose nicht, sondern verwies lediglich auf das Gutachten von Prof. Dr. H. _____, welchem er voll zustimmte. Er fand bei der Untersuchung keinen Hinweis für eine peripher oder zentral-vestibuläre Störung. Ebenso verneinte er das Vorliegen einer hirnorganischen Störung (IV-act. 251, S. 23). Dr. med. K. _____ diagnostizierte anlässlich der internistischen Untersuchung einen Schwindel unklarer Ätiologie, ging jedoch in seiner Beurteilung lediglich auf die übrigen von ihm gestellten Diagnosen - nämlich Übergewicht, die Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie und die Schilddrüsenproblematik - ein und äusserte sich in seiner Beurteilung zu den diagnostizierten Schwindelbeschwerden nicht (IV-act. 251, S. 10). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung kam Dr. med. L. _____ zum Schluss, dass die Schwindelbeschwerden, vor allem aber die starke Reiz-

bzw. Gehörempfindlichkeit somatisch bedingt sind und ging nicht weiter darauf ein. Zur von Dr. med. O._____ festgestellten Diagnose der Phonophobie äusserte er sich nicht. Er diagnostizierte zu den genannten Beschwerden lediglich eine psychische Überlagerung im Sinne einer Symptomausweitung. Hingegen stellte er eine leichte depressiven Episode mit einhergehenden Schlaf- und Konzentrationsstörungen fest, woraus er eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ableitete (IV-act. 251, S. 14). Insgesamt konnten die untersuchenden Ärzte in internistischer, neurologischer, otorhinolaryngologischer und psychiatrischer Sicht weder die Schwindelbeschwerden noch die Reiz- bzw. Gehörempfindlichkeit eindeutig zuordnen. Ebenso sind ihre Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit unterschiedlich ausgefallen: Während Dr. med. O._____ eine intermittierende Schwindelproblematik mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellte (IV-act. 251, S. 27), gaben sowohl Dr. med. K._____ als auch Dr. med. N._____, ohne ihre Einschätzung zu begründen, an, der Schwindel habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 251, S. 10, 23). Dr. med. L._____ kam zum Schluss, die Beschwerden seien eine psychische Überlagerung im Sinne einer Symptomausweitung, welche seiner Meinung zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe (IV-act. 251, S. 14). Zu den beklagten Schwindelbeschwerden und der Reiz- bzw. Gehörempfindlichkeit ist festzuhalten, dass die untersuchenden Ärzte diese Beschwerden betreffend ihren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich beurteilt und die Diagnosen nicht ausführlich begründet haben. Ihre Aussagen sind widersprüchlich und nicht nachvollziehbar.

E. 4.3.2.3

Die Beschwerdeführerin beklagte sich im Zusammenhang mit den Schwindelbeschwerden über Gleichgewichtsprobleme und führte anlässlich der Anamnese aus, es komme zu Stürzen, wobei sie jedoch nur selten unkontrolliert stürze, da sie sich häufig mit den Knien abfange (IV-act. 251, S. 8). Zudem äusserte sie, an Konzentrationsschwierigkeiten zu leiden. Sie müsse sich ständig alles notieren, damit sie einigermassen funktionieren könne. Sie könne sich an gewisse Lebensdaten, auch ihren Lebenslauf, nicht mehr erinnern. So wisse sie nicht mehr, wann und wo sie gearbeitet habe. Oft sitze sie einfach nur da. Sie lese nur kurz, sie wisse sonst nicht mehr, was sie gelesen habe (IV-act. 251, S. 8, 11 f., 22). Der Rheumatologe Dr. med. M._____ ging auf diese Beschwerden nicht näher ein (IV-act. 251, S. 18). In internistischer und otorhinolaryngologischer Hinsicht wurden bezüglich dieser Beschwerdebilder keine Beurteilungen abgegeben. Anlässlich der neurologischen Untersuchung wurde festgestellt, dass der Romberg-Test unauffällig ausgefallen sei; das Gangbild hingegen konnte nur eingeschränkt überprüft werden. Im Weiteren konnte Dr. med. N._____ nach einer Untersuchung der Hirnnerven, Motorik, Reflexe und Sensibilität bezüglich dieser Problematiken keine Auffälligkeiten feststellen (IV-act. 251, S. 22). Dr. med. L._____ stellte anlässlich seiner psychiatrischen Untersuchung einen extrem verlangsamten und vorsichtigen Gang fest, machte dazu jedoch keine weiteren Ausführungen. Die Konzentrationsschwierigkeiten sah er als ein Symptom der leichten depressiven Episode (IV-act. 251, S. 14). Bezüglich der diagnostizierten leichten depressiven Episode und der Einordnung der Konzentrationsschwierigkeiten unter diese Diagnose kann den Einschätzungen von Dr. med. L._____ gefolgt werden. Hingegen ist zu den von der Beschwerdeführerin beklagten Gleichgewichtsstörungen von den Gutachtern weder Stellung genommen, noch sind sie begründet worden.

E. 4.3.2.4

Aus den Akten lässt sich entnehmen, dass bei der Versicherten erstmals nach dem Unfallereignis im Juni 2006 gesundheitliche Probleme vorgelegen haben. Die Versicherte führte selbst an der Anamnese aus, die beklagten Beschwerden seien erst im Zusammenhang mit dem Autounfall im Jahr 2006 entstanden und hätten im Laufe der Zeit zugenommen (IV-act. 251, S. 8). Während die Nackenschmerzen mit Verspannungen im Schulterbereich von Dr. med. M._____ umfassend abgeklärt worden sind, konnten die Schwindelproblematik, Gedächtnisstörungen sowie die Reiz- und Gehörempfindlichkeit nicht eindeutig begründet werden. An dieser Stelle ist auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. U._____ vom 27. Mai 2015 hinzuweisen, welcher die Beschwerden und Behinderung der Versicherten mit dem Trauma in Verbindung brachte. Aus seiner Sicht spielt unabhängig davon, ob es dem Verunfallten bewusst sei oder nicht, die Psyche bei jedem Trauma eine erhebliche Rolle (IV-act. 267). Die Versicherte gab anlässlich der Anamnese an, die Schwindelproblematik, Gedächtnisstörungen sowie die Reiz- und Gehörempfindlichkeit hätten nach dem Verkehrsunfall im Juni 2006 begonnen. Sie konnte sich weder an ihren Lebenslauf noch an gewisse Lebensdaten erinnern. Sie konnte beispielsweise nicht angeben, an welchen Schulen sie ihre Ausbildung absolviert und wo sie gearbeitet hatte. Jedoch konnte sie detailliert ihre jetzigen Lebensumstände in Ecuador schildern (IV-act. 251, S. 8, 12 f.). Aus den Akten geht hervor, dass sie direkt nach dem Unfall an Gedächtnisproblemen und Angst gelitten hat. So ist im Unfallbericht des Z._____ Services vom 16. Juni 2006 (IV-act. 24) festgehalten, dass die Versicherte im Auto sitzend an der Autobahn gefunden worden sei. Sie habe sich über Nackenschmerzen und Angst beklagt und sei wirklich aufgebracht gewesen. Im gleichentags erstellten Arztbericht von Dr. med. Aa._____, Bb._____ Medical Group (IV-act. 27) geht hervor, dass die Versicherte an Schwindel gelitten habe. Der Neurologe Dr. med. Cc._____ hielt im Arztbericht vom 4. Januar 2007 fest, die Versicherte sei sich nicht im Klaren über die Details des Unfallhergangs und habe nach dem Aufprall Konzentrations- und Gedächtnisprobleme entwickelt. Aus dem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Arztbericht der S._____ Associates von Dr. Y._____, Professor für klinische physikalische Therapie, vom 2. Oktober 2006 wurde festgehalten, dass die Versicherte nach dem Unfall an Schwindel und Angst gelitten habe (IV-act. 264, S. 7). Dr. T._____, NMD (naturopathic medical doctor) hielt im September 2010 fest, dass die Versicherte ein "high impact trauma" während eines Autounfalls im Juni 2006 erlitten habe (IV-act. 265). Dr. med. N._____ stellte bei der Überprüfung der kognitiven Funktionen fest, dass sich die Beschwerdeführerin zum einen an die Ereignisse vor dem Unfall nicht erinnern konnte, jedoch in der Lage war, über die aktuellen Lebensumstände in Ecuador mit normalen, flüssigen und geordnetem Gedankenablauf und erhaltener Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit zu berichten (IV-act. 251, S. 22). Offensichtlich leidet die Versicherte seit dem Unfallereignis im Juni 2006 an Schwindelbeschwerden, Reiz- und Gehörempfindlichkeit sowie an teilweisen Gedächtnisverlust, der vor allem die Zeit vor und unmittelbar nach dem Unfall betrifft. In psychiatrischer Hinsicht sind jedoch diese Beschwerden im Zusammenhang mit dem erlittenen Verkehrsunfall sowie dessen Folgen nicht abgeklärt worden. Im Weiteren beschrieb Dr. med. N._____ das Verhalten der Versicherten in seiner neurologischen Beurteilung als völlig unplausibel und die gesamte Untersuchung als massiv bis grotesk ausgestaltet. Er stellte die Differentialdiagnose einer dissoziativen Störung mit dem Hinweis, dass diese psychiatrisch zu beurteilen und die Einschränkung des dissoziativen Anteils psychiatrisch festzulegen sei (IV-act. 264, S. 23 f.). Jedoch hat Dr. med. L._____ anlässlich der psychiatrischen Begutachtung weder

Bezug auf die von Dr. med. N._____ erwähnte dissoziativen Störung genommen noch sind entsprechende Untersuchungen erfolgt. Dr. med. L._____ stellte lediglich etwas auffällige, dramatisierende Persönlichkeitszüge fest und führte aus, dass gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor allem der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisierung und voller Leistungsfähigkeit spreche (IV-act. 251, S. 15). Diese Feststellung ist weder widersprüchlich zu den Akten noch den Aussagen der Versicherten, sondern entspricht der Vermutung, dass erst mit dem Verkehrsunfall im Juni 2006 eine psychiatrische Störung entstanden ist. Insgesamt ist festzuhalten, dass in psychiatrischer Hinsicht die Schwindelproblematik sowie die Konzentrations-, Gedächtnisstörungen und die Reiz- / Lärmempfindlichkeit im Zusammenhang mit dem erlittenen Verkehrsunfall sowie dessen Folgen nicht abgeklärt worden sind. Ebenso wenig wurde untersucht, ob eine dissoziative Störung vorliegt. Dies, obwohl Dr. med. N._____ explizit darauf hingewiesen und eine diesbezügliche psychiatrische Abklärung für notwendig erachtet hat. In dieser Hinsicht ist der medizinische Sachverhalt völlig ungeklärt geblieben. Die Einschätzungen von Dr. med. L._____ in psychiatrischer Sicht sind nicht vollständig und somit ungenügend.

E. 4.3.2.5

Weiter beklagte sich die Beschwerdeführerin über Schmerzen in der rechten oberen Extremität. Anlässlich der Anamnese gab sie an, sie habe Schwierigkeiten, den rechten Arm über die Horizontale anzuheben und spüre eine Schwäche und Kraftlosigkeit. Sie habe kaum eine Kontrolle über die rechte Hand. Sie habe Mühe, mit der rechten Hand repetitiv manuelle Tätigkeiten auszuüben, beispielsweise am PC oder mit einem Stift zu schreiben oder einen sonstigen Gegenstand über längere Zeit festzuhalten (IV-act. 251, S. 11, 16). Dr. med. M._____ verwies anlässlich seiner rheumatologischen Untersuchung bezüglich der Einschränkungen der rechten Hand wie der Greif-/Haltefunktionen, Koordination und Sensibilitätsstörungen auf das neurologische Teilgutachten (IV-act. 251, S. 18 f.). Anlässlich der neurologischen Untersuchungen wurden die Reflexe der Arme sowie der Muskeltonus untersucht und zur Motorik ausgeführt, die grobe Kraft sei allseits erhalten sowie die Feinbeweglichkeit und Koordination intakt. Weiter wurde kein sensibles Defizit angegeben und festgestellt, dass das Vibrationsempfinden erhalten sei. In der Beurteilung jedoch erwähnte Dr. med. N._____ weder die Beschwerden im rechten Arm und der rechten Hand noch nahm er zu diesen Leiden Stellung. Insofern ist sein Teilgutachten nicht vollständig und somit mangelhaft.

E. 4.3.2.6

Zur Bestimmung des Beginns und Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit wurde in der Gesamtbeurteilung aus polydisziplinärer Sicht auf die entsprechenden Teilgutachten verwiesen (IV-act. 251, S. 33). Vorerst ist festzuhalten, dass in den Vorakten weder fachärztliche psychiatrische noch rheumatologische oder internistische Arztberichte liegen. Zu den früheren otorhinolaryngologischen Einschätzungen äusserte sich Dr. med. O._____ dahingehend, dass die vorgängigen otoneurologischen Untersuchungsbefunde sowohl von den Ärzten der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie des Spitals I._____ als auch von den Ärzten des interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Spitals Dd._____ anhand der aktuellen Befunde bestätigt werden könnten. Er führte in der otorhinolaryngologischen Anamnese unter der Ziff. 4.4.1.1 "Aktenauszug" die Vorakten auf und zitierte unter anderem den Bericht von Prof. Dr. med. Ee._____, leitender Arzt des

interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtstörungen, Spital Dd._____, vom 4. Juni 2006, jedoch befindet sich dieser Bericht nicht im Dossier, sodass sich die diesbezüglichen Einschätzungen von Dr. med. O._____ nicht überprüfen lassen. In den Akten liegt lediglich das otoneurologische Gutachten von Prof. Dr. med. H._____, Leiterin Otoneurologie des Spitals I._____ vom 12. September 2011, in welchem anlässlich der Untersuchung vom 16. Juni 2011 ebenfalls eine beidseitige normale cochleovestibuläre Funktion sowie eine Hyperakusis mit Phonophobia festgehalten wurden (IV-act. 184, 211, S. 3). Bezüglich der Diagnosen sowie Befunden entsprechen die Einschätzungen von Dr. med. O._____ denjenigen von Prof. Dr. med. H._____ und sind nicht zu beanstanden. Zu den früheren neurologischen Einschätzungen erwähnte Dr. med. N._____ das Gutachten von Prof. Dr. med. H._____ sowie die Berichte von Dr. med. Ff._____, welche in ihrem Arztbericht vom 26. Juli 2007 anlässlich des stationären Aufenthalts der Versicherten vom 9. bis 14. Juli 2007 ein ausgeprägtes Hirnstammsyndrom mit extremer Dauerschwindelproblematik, welche auf eine Liquodynamikstörung mit Hydrozephalus externus zurückzuführen sei, festgestellt und am 10. Juli 2007 eine Ventrikulozisternostomie sowie am 6. August 2007 eine Re-Ventrikulozisternostomie durchgeführt hat (IV-act. 18, S. 1 - 2; 19, S. 3). Dr. med. N._____ gab an, die Befunde von Dr. med. Ff._____ nicht nachvollziehen zu können. Jedoch bestehe mit den Beurteilungen von Dr. X._____ aus dem Jahr 2009 sowie Prof. Dr. med. H._____ von 2011 Übereinstimmung. Es sei darauf abzustützen. Beschwerdeweise liess die Versicherte rügen, dass Dr. med. N._____ betreffend die Schwindelproblematik lediglich auf das otoneurologische Gutachten von Prof. Dr. H._____ verwiesen und diesbezüglich keine Untersuchungen durchgeführt habe. Den Ansatz, den Schwindel nach der Verdachtsäusserung von Prof. Dr. med. Ee._____ zu suchen, habe er in keiner Weise verfolgt (act. 1, S. 12). Dazu ist festzuhalten, dass anlässlich der neurologischen Begutachtung die Hirnnerven, Motorik mit Romberg-Test und Zeigeversuche, Reflexe, Sensibilität und kognitiven Funktionen geprüft sowie Untersuchungen mit der Frenzelbrille und Worttests durchgeführt worden sind. Hingegen sind die otoneurologischen Untersuchungen - dem Fachgebiet entsprechend - von Dr. med. O._____ anlässlich der otorhinolaryngologischen Begutachtung durchgeführt worden. Die von Dr. med. N._____ vorgenommenen neurologischen Untersuchungen sind somit nicht zu bemängeln. Ebenso hat er zu den Berichten von Dr. med. Ff._____ und Prof. Dr. med. H._____ Stellung genommen und Widersprüchlichkeiten diskutiert. Allerdings befindet sich das von ihm zitierte Gutachten von Dr. X._____ weder in den Akten noch wird es in Ziffer 2.1 des Gutachtens (Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge) aufgelistet. Auch führte Dr. med. N._____ in seiner neurologischen Anamnese unter Ziff. 4.3.1.1 "Neurologisch relevante Akten" das erwähnte Gutachten nicht auf. Vorliegend kann somit nicht überprüft werden, ob Dr. med. N._____ sich mit dem Gutachten von Dr. X._____ auseinandergesetzt hat. Die Einschätzungen der Dres. med. O._____ und N._____ betreffend den Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit lassen sich somit nicht genügend nachvollziehen, da die von ihnen zitierten Berichte teilweise nicht in den Akten liegen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass neben fehlenden Arztberichten weitere Unterlagen nicht im Dossier liegen. Beispielsweise finden sich weder der Vorbescheid aus dem Jahr 2009 noch das Schreiben betreffend die Annullierung der Verfügung vom 21. September 2009 in den Akten (vgl. Sachverhalt Bst. B). Insgesamt ist das Dossier unvollständig, sodass sich der Sachverhalt nicht lückenlos eruieren lässt.

E. 4.3.2.7

Zusammengefasst weist das Gutachten des Instituts J._____ grobe Mängel auf. Zum einen sind keine Abklärungen betreffend die Beschwerden im rechten Arm und in der rechten Hand erfolgt. Die von Dr. med. N._____ gestellte Differentialdiagnose der dissoziativen Störung, welche seines Erachtens aus psychiatrischer Sicht hätte beurteilt werden müssen, ist nicht untersucht worden. Ebenso wenig ist abgeklärt worden, ob die Versicherte durch den Autounfall im Juni 2006 ein Trauma erlitten hat und unter Traumafolgeschäden leidet. Bezüglich dieser Krankheitsbilder ist der Sachverhalt vollständig ungeklärt und es bedarf einer umfassenden Abklärung durch die Vorinstanz. Im Weiteren wurde von den Gutachtern die Schwindelproblematik sowie deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich beurteilt; zum Teil sind die Diagnosen nicht begründet worden. Im Weiteren haben die Gutachter Stellung zu Arztberichten genommen, die nicht in den Akten liegen und somit vom Bundesverwaltungsgericht nicht überprüfbar sind. Nach dem Gesagten können die Einschätzungen der Gutachter nicht vollumfänglich nachvollzogen werden. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht.

E. 4.3.2.8

Die Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA, Dres. med. P._____, Q._____, R._____, V._____ und W._____, sowie der RAD-Arzt Dr. U._____ beurteilten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten, hauptsächlich jedoch basierend auf das Gutachten des Instituts J._____ vom 27. Oktober 2014 (IV-act. 255 f., 257 f., 258, 267, 270). Während Dr. med. Q._____ in rheumatologischer Hinsicht die Ausführungen von Dr. med. M._____ bestätigte, äusserte Dr. med. P._____ in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 Zweifel an der Diagnose betreffend der Schwindelproblematik. Dennoch empfahl sie, auf das Gutachten abzustellen. Dr. med. R._____ erachtete das psychiatrische Gutachten als rechtsgenügend. Dabei beachtete er nicht, dass im Rahmen der neurologischen Begutachtung das Vorliegen einer dissoziativen Störung in Betracht gezogen, welche nicht abgeklärt worden ist. Hingegen war Dr. U._____ klar der Meinung, dass die Beschwerden der Versicherten ungenügend abgeklärt worden sind. Er kam - entgegen der Ansicht der Ärzte des medizinischen Dienstes - zum Schluss, dass die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei und wies zudem auf die unterschiedliche Beurteilung der Schwindelbeschwerden in Bezug auf deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hin. Im Weiteren wies er darauf hin, dass die Versicherte durch den erlittenen Verkehrsunfall im Juni 2006 ein Trauma erlitten haben könnte. Dr. P._____ äusserte sich in ihrer Antwort zu den Ausführungen von Dr. U._____ lediglich zu den kognitiven Beschwerden, ging aber auf die von Dr. U._____ kritisierte unterschiedliche Beurteilung der Schwindelproblematik sowie auf dessen übrigen Ausführungen nicht weiter ein. Insgesamt sind die Beurteilungen der Ärzte des medizinischen Dienstes, welche im Übrigen auf einer unvollständigen Grundlage abgegeben worden sind, widersprüchlich, nicht nachvollziehbar und erscheinen nicht schlüssig. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht, sodass darauf nicht abgestützt werden kann.

E. 5

St. n. Ventrikulostomie 10.07.2007, St. n. Re-Ventrikulostomie 06.08.2007". Zusammengefasst wurde festgehalten, aus allgemeininternistischer Sicht

könnten lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Weder das Übergewicht, die Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie noch die Schilddrüsenproblematik, welche aktuell leicht übersubstituiert sei, führten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit wurde angegeben, dass auch retrospektiv keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten festgehalten werden könnten.

E. 5.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch nicht vollständig abgeklärt wurde (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Die Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 steht einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung nicht entgegen, wenn die Verwaltung - wie vorliegend - wesentliche Fragen gänzlich ungeklärt liess (Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 5.2

Auch auf die dem Gutachten des Instituts J. _____ zugrunde liegenden internistischen und rheumatologischen Gutachten kann - ungeachtet ihres Beweiswertes - allein schon aufgrund ihrer mangelnden Aktualität nicht mehr abgestellt werden, da seit der Erstellung inzwischen bereits dreieinhalb Jahre verstrichen sind. Somit sind vorliegend Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Neurologie/Neuropsychologie, Psychiatrie, Rheumatologie, und Otorhinolaryngologie geboten. Im Rahmen der Begutachtungen ist insbesondere abzuklären, ob und in welchem Ausmass Traumafolgeschäden vorliegen und inwiefern die Schwindelbeschwerden, Reiz- bzw. Gehörmempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen sowie die Einschränkungen der rechten Hand Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Zudem sind von der Vorinstanz die SUVA-Akten, da allenfalls weitere Unfallfolgeschäden bestehen, vor der neuen Begutachtung zu den Akten zu nehmen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). In Bezug auf die psychiatrische Begutachtung ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in seiner neuesten Rechtsprechung (Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017) zu Diagnosen aus dem Formenkreis der Depression seine Praxis geändert und festgehalten hat, dass solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien. Aufgabe des medizinischen Sachverständigen sei es, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

E. 5.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dabei hat die Begutachtung insbesondere unter Beachtung der Verfahrensgarantien der Beschwerdeführerin und der

gutachterlichen Pflichten zu erfolgen, wobei die beauftragten Sachverständigen einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der erstellten Entscheidungsgrundlage sowie andererseits für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich sind (siehe Urteil C-5399/2016 vom 17. Juli 2017 S. 5 mit Hinweis auf BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 5.4

Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Mit der (erneuten) interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1).

E. 5.5

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 3. März 2016 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 5.1 - E. 5.4 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

Die Beschwerde vom 19. April 2016 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 3. März 2016 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

E. 7

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Rückweisung praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (vgl. BGE 132 V 215 E. 6, Urteil BGer 9C_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6).

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

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. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der

Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteienschädigung von pauschal Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 65 Abs. 5 VwVG i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG und Art. 14 Abs. 2 VGKE).

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