

BVGer C-250/2015 vom 23. August 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-250_2015

FR: TAF C-250/2015 du 23 août 2017

IT: TAF C-250/2015 del 23 agosto 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 13. Januar 2015 gegen die Verfügung vom 28. November 2014, mit der die IVSTA das Leistungsgesuch (Erstanmeldung) vom 19. Dezember 2012 mangels rentenanspruchs begründender Invalidität abgewiesen hat.

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und auf die Beschwerde eingetreten werden kann (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.3

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 ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.4

Als Adressat ist die Beschwerdeführerin durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; sie hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Sie hat die bevollmächtigte Rechtsanwältin lic. iur. Elisabeth Tribaldos am 6. Juni 2014 mit der Wahrung ihrer Interessen beauftragt (B-act. 1/1). Die von der Rechtsvertreterin am 13. Januar 2015 unterzeichnete Beschwerde ist somit rechtsgültig.

E. 1.5

Da die Beschwerde im Übrigen in Berücksichtigung der Gerichtsferien frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbs-tätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zu-ständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgängerinnen, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenz-zone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlas-sen.

E. 2.2

Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens (25. Juni 2012) als Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton Basel-Landschaft (...) einer Arbeit nachging und bei der Anmeldung am 19. Dezember 2012 ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone in (...) (Deutschland) hatte (vgl. Sachverhalt Bst. A), war die SVA Basel-Landschaft für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 28. November 2014 wurde zu Recht von der IVSTA erlassen (E. 2.1).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, 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) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 3.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (28. November 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung.

E. 3.2.1

Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin

Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2.2

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellrechtlichen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 131 V 9 E. 1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). In materiellrechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV abzustellen, die bei Eintritt des am 19. Dezember 2012 geltend gemachten Versicherungsfalls, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 28. November 2014 in Kraft standen. Vorliegend ist ein frühestmöglicher Rentenanspruch ab 25. Juni 2013 (Art. 29 Abs. 1 IVG) strittig, weshalb das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a), anzuwenden sind (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 4

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

E. 4.1

Die Beschwerdeführenden können 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 die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 4.2

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch 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 (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

E. 4.3

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 212).

E. 4.4

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b; 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

E. 4.5.1

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. 4.5.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die

Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 4.5.3

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 im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). 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. 4.5.4

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet

erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 5

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör, da ihr die Vorinstanz die Aushändigung der vollständigen SUVA-Akten aus datenschutzrechtlichen Gründen verweigert habe. Sie sei angewiesen worden, diese selber [bei der SUVA] einzuholen. Fest stehe aus Sicht der Beschwerdeführerin, dass sie Anspruch auf die Herausgabe der vollständigen Akten habe, um u.a. prüfen zu können, ob die Beschwerdegegnerin über die vollständigen SUVA-Akten verfügt und in ihrem Entscheid mitberücksichtigt habe (B-act. 1 S. 8 Ziff. 2.3).

E. 5.1

Der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 [BV, SR 101], Art. 42 ATSG) gewährleistet der vom Entscheid in ihrer Rechtsstellung betroffenen Person insbesondere das Recht, sich vor Erlass des Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1). Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Pflicht der Behörde, ihre Verfügungen - sofern sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG) - zu begründen, bezweckt insbesondere, die betroffene Person in die Lage zu versetzen, eine Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können (BGE 124 V 180 E. 1a, vgl. auch BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen). Gemäss Art. 57a Abs. 1 IVG hat die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren mittels Vorbescheid mitzuteilen und ihr das rechtliche Gehör zu gewähren. Weiter hat sie sich in ihrer Verfügung mit den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten, relevanten Einwänden auseinanderzusetzen (Art. 74 Abs. 2 IVV).

E. 5.2

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Deshalb führt dessen Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 127 V 431 E. 3d/aa, BGE 126 I 19 E. 2d/bb). Nach der Rechtsprechung kann jedoch eine Verletzung des Gehörsanspruchs dann geheilt werden, wenn die unterbliebene Gewährung des rechtlichen Gehörs (also etwa die unterlassene Ermöglichung der Akteneinsicht oder eine ungenügende Begründung) in einem Rechtsmittelverfahren nachgeholt wird, in dem die Beschwerdeinstanz mit der gleichen Prüfungsbefugnis entscheidet wie die untere Instanz. Die Heilung ist aber ausgeschlossen, wenn es sich um eine besonders schwerwiegende Verletzung der Parteirechte handelt. Zudem darf den Beschwerdeführenden kein Nachteil erwachsen und die Heilung soll die Ausnahme bleiben (BGE 129 I 129 E. 2.2.3, BGE 126 V 130 E. 2b, BGE 126 I 68 E. 2). Bei Verstössen gegen die Begründungspflicht wird der Mangel als behoben erachtet, wenn die Rechtsmittelbehörde eine hinreichende Begründung liefert oder wenn die unterinstanzliche Behörde im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine genügende Begründung nachschiebt (Urteil BVGer A-1737/2006 vom 22. August 2007 E. 2.2). Von einer Rückweisung der

Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist jedoch im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 182 E. 3d; zum Ganzen ausführlich Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Juli 2006, I 193/04, sowie Urteil BVGer C-2714/2008 vom 16. August 2010 E. 4.2 f.).

E. 5.3

Vorliegend ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens um Akteneinsicht bei der SVA Basel-Landschaft gebeten hat (SVA-act. 65 f.). Mit Schreiben vom 25. Mai 2014 (SVA-act. 68) hat ihr die SVA Basel-Landschaft die "gewünschten Akten" in Form einer CD unentgeltlich zur Verfügung gestellt, womit (grundsätzlich) dem Recht auf Akteneinsicht nach Art. 47 Abs. 1 Bst. a ATSG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 2 und Art. 9 ATSV Genüge getan ist. Zudem wurde die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass sie "Unterlagen von weiteren Versicherungen" [z.B. SUVA-Akten] direkt beim entsprechenden Versicherungsträger anfordern müsse. Aus den Angaben der Beschwerdeführerin und den Akten geht nicht hervor, welche Dokumente im Detail auf dem Datenträger gespeichert sind, weshalb nachträglich nicht beurteilt werden kann, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin Einsicht in die Akten der SVA Basel-Landschaft erhalten hat oder, wie von ihr behauptet, von der SVA Basel-Landschaft "verweigert" worden seien. Auch ist nicht belegt, ob die Beschwerdeführerin ihren Anspruch auf Einsicht in die Unfallakten am Sitz des zuständigen Sozialversicherungsträgers, namentlich der SUVA, geltend gemacht oder ein Gesuch um Zustellung der Aktenkopien gestellt hat (vgl. Art. 8 Abs. 2 und Art. 46 ATSG). Gemäss ergänzendem Einwand der Beschwerdeführerin vom 30. Juni 2014 (SVA-act. 69) ist jedoch davon auszugehen, dass sie und ihre Rechtsvertreterin zum damaligen Zeitpunkt bereits im Besitz der vollständigen SUVA-Akten gewesen sind. Dem Schreiben ist zu entnehmen, dass die Rechtsvertreterin davon ausgehe, die SVA Basel-Landschaft verfüge über die vollständigen SUVA-Akten, weshalb sie "an dieser Stelle darauf verzichte, diese Akten nochmals einzureichen (...)". Als rechtskundige Person war sie damit in der Lage, einen sachgerecht begründeten Einwand einzureichen. Dennoch muss sich die SVA Basel-Landschaft den Vorwurf gefallen lassen, dass zumindest eine Auflistung der ihr vorliegenden SUVA-Akten (Aktenverzeichnis) im Sinne der Transparenz im IV-Verfahren angebracht gewesen wäre.

E. 5.4

Wesentlich ist, dass die SVA Basel-Landschaft im Vorbescheid vom 28. April 2014 ihr Abklärungsergebnis erläutert, den rentenabweisenden Entscheid begründet und der Beschwerdeführerin das rechtliche Gehör gewährt hat. Zudem hat sich die IVSTA - als verfügende Behörde (E. 2) - in ihrer Verfügung vom 28. November 2014 mit den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten, relevanten Einwänden auseinandergesetzt, wie in den nachfolgenden Erwägungen darzulegen ist (vgl. E. 6 ff. hiernach). Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Beschwerde mit voller Kognition. Mit Vernehmlassung vom 24. Februar 2015 wurden sämtliche vorinstanzliche Akten beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht (B-act. 4). Zudem wurde der Beschwerdeführerin die Vernehmlassung der Vorinstanz vom 24. Februar 2015 inklusive der Stellungnahme der

SVA Basel-Landschaft vom 20. Februar 2015 im Doppel zur Kenntnis gebracht (B-act. 5). Damit hatte sie Gelegenheit, in Kenntnis der vollständigen Akten zur Argumentation der Vorinstanz Stellung zu nehmen, welche sie jedoch replikweise nicht wahrnahm (B-act. 8). Aus prozessökonomischen Gründen - insbesondere auch mit Blick auf die lange Verfahrensdauer, den zweifachen Schriftenwechsel im Beschwerdeverfahren mit Offenlegung der Begründung in der Vernehmlassung sowie der Stellungnahme der SVA Basel-Landschaft vom 20. Februar 2015 und der Möglichkeit der Beschwerdeführerin, eine Replik einzureichen - ist eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt zu betrachten.

E. 6.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 6.2

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die kumulativ (Art. 28 Abs. 1 IVG): a) ihre Erwerbsfähigkeit oder Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) waren; und c) nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 6.3

Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Artikel 29bis ist sinngemäss anwendbar (Art. 88a Abs. 2 IVV).

E. 7.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Invalidenrente mit Verfügung vom 28. November 2014 verneint hat, weil der Invaliditätsgrad nach Ablauf des ersten Wartjahres (25. Juni 2012 - 24. Juni 2013) und des neu generierten zweiten Wartjahres (ab 17. Oktober 2013) unter 40% betragen habe (vgl. E. 6.3).

E. 7.2

Einleitend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin von 1971-1974 sowie von 1997-2010 als Grenzgängerin und ausgebildete kaufmännische Angestellte in der Schweiz gearbeitet und für insgesamt 185 Monate Beiträge an die Schweizerische Alters-,

Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat (SVA-act. 9). Damit erfüllt sie die versicherungsmässigen Voraussetzungen nach Art. 36 Abs. 1 IVG.

E. 7.3

In einem nächsten Schritt ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin invalid im Sinne des Gesetzes ist, weshalb zunächst ihre medizinische Vorgeschichte und die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit, wie sie sich bis zur angefochtenen Verfügung vom 28. November 2014 darstellte, darzulegen sind.

E. 7.3.1

Am 25. Juni 2012 stürzte die Beschwerdeführerin in einem Café in (...) (Kanton Aarau) auf der Treppe und verletzte insbesondere ihre linke Hand. Gemäss dem Konsultationsbericht der interdisziplinären Notfallstation Chirurgie des Spitals B. _____ wurden ein Röntgenbild des linken Handgelenks angefertigt und folgende Diagnosen gestellt: Handgelenkskontusion links, anamnestisch Status nach Morbus Sudeck (schmerzhafte Nervenkrankheit, die per Definition als komplexes regionales Schmerzsyndrom [CRPS] bezeichnet wird) nach Spaltung des Karpaltunnels im November 2011 (vor dem Unfallereignis), keine Frakturen, Rhizarthrose (primär nicht entzündliche Gelenkserkrankung, i.d.R. durch altersbedingte Abnutzung) links (SUVA-act. 7.4). Die Patientin habe anlässlich dieser Konsultation "in keiner Weise irgendwelche Beschwerden an der Halswirbelsäule angegeben, weshalb auch kein Halswirbelsäulenfragebogen ausgefüllt worden sei" (vgl. Kurzbericht der Oberärztin, Dr. C. _____, vom 27. November 2012 an die SUVA; SUVA-act. 7.51). Der Beschwerdeführerin wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 25. bis einschliesslich 30. Juni 2012 bescheinigt (SUVA-act. 7.3 S. 2). Erst am 6. Juli 2012 und in der Folge am 18. Juli 2012 sowie 22. August 2012 wurde - nebst der vom Spital B. _____ bestätigten linksseitigen Handgelenkskontusion (Prellung) - eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) diagnostiziert, welche laut Dr. D. _____, Facharzt für Innere Medizin (MVZ Nn. _____, Deutschland), physiotherapeutisch gut behandelbar sei. Da eine Besserung bis Ausheilung der Beschwerden und kein bleibender Nachteil zu erwarten seien, stehe einer Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 100% ab August 2012 nichts entgegen (SUVA-act. 7.19 S. 2, 7.15, 7.19 S. 1). Am 11. September und 5. Oktober 2012 bescheinigten Dr. E. _____ und F. _____, Fachärzte für Anästhesie, Allgemeinmedizin, spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie, ambulantes Operieren, Gemeinschaftspraxis im Schmerzzentrum G. _____ in (...) (Deutschland), der Beschwerdeführerin die Diagnose "M54.2 G" [Definition gem. ICD-10: Radikulitis Wurzelsyndrom a.n.k.] und eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100% für den Zeitraum vom 11. September 2012 bis einschliesslich 4. November 2012 (SUVA-act. 7.25, 7.22). In seinem Zwischenbericht vom 25. Oktober 2012 an die SUVA führte Dr. E. _____ folgende schmerztherapeutisch relevanten Diagnosen an: Cervicobrachialgie (Schulter-Arm-Syndrom) mit Muskel- und Blockierungsketten cervical cervicothoracal, Übergang erste Rippe links; degeneratives HWS-Syndrom, CRPS II linke Hand (komplexes regionales Schmerzsyndrom), Muskelkettenproblematik Unterarm links. Gegenwärtig werde die Patientin mittels Akupunktur, Chirotherapie, Ergotherapie (vgl. SUVA-act. 15.7) und Schmerzmedikamenten (Ibuprofen) behandelt. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei im Umfang von 20% in drei Monaten [Februar 2013] vorgesehen. Er gehe davon aus, dass in der Funktion der linken Hand eine gewisse Beeinträchtigung verbleibe (SUVA-act. 7.33). Nachdem am 5. November 2012 eine Kernspintomographie der linken Handwurzel in der

Radiologischen Praxis H. _____ durchgeführt wurde, beurteilte Dr. I. _____ die Beschwerden der Beschwerdeführerin in seinem Kurzbericht wie folgt: Posttraumatische Ödemveränderungen, DD (differentialdiagnostisch) posttraumatische Dystrophie im gesamten Handwurzelbereich sowie ausgeprägte Rhizarthrose mit Luxationsstellung, TFC-Läsion (engl.: Triangular fibrocartilage complex); Abriss des Processus styloideus ulnae, Verdacht auf abgelaufene Infraktion (unvollständiger Knochenbruch) distal in der Ulna (Elle); gegebenenfalls ergänzende HR-CT (SUVA -act. 7.41). Mit Arbeitsbescheinigungen vom 5. November und 3. Dezember 2012 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. E. _____ und F. _____ vom Schmerzzentrum G. _____ in (...) für den Zeitraum vom 11. September 2012 bis einschliesslich 7. Januar 2013 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Neben der bisherigen Diagnose "M54.2 G" wurde "M89.0-G" [Definition gem. ICD-10: Neurodystrophie/mehrere Lokalisationen inkl. Schulter-Hand-Syndrom, Sudeck-Knochenatrophie, Sympathische Reflex-Dystrophie] diagnostiziert (SUVA -act. 7.40, 7.56).

E. 7.3.2

Am 17. Dezember 2012 wurde im Institut für Radiologie im Spital J. _____ ein MRI des linken Handgelenks durchgeführt. Dr. K. _____ machte in seinem Konsultationsbericht vom 20. Dezember 2012 folgende klinische Angaben: Zustand nach CRPS vor einem Jahr. Zustand nach Sturz mit Schmerzen ulnarseitig. Verdacht auf Fraktur des Processus styloideus ulnae, Infraktion der Ulna, Verdacht auf TFCC-Läsion; Beurteilung: Schwere degenerative Veränderungen im Bereich des Handgelenkes, der Handwurzel sowie Carpometacarpale (Verbindung der distalen Handwurzelknochen mit dem zweiten bis fünften Mittelhandknochen). Zum Teil kleinere, zum Teil grössere ganglionäre intraossäre Zysten. Die grösste mit 9 mm in der Basis des Metakarpale I. Intakter TFCC. Kein Nachweis einer Fraktur. Ausgeprägte degenerative Zeichen auch im Bereich der distalen Ulna (SUVA -act. 7.60). Dr. L. _____, Fachärztin Chirurgie/spezialisierte Handchirurgie im Spital J. _____, bescheinigte in den Arztzeugnissen vom 9. und 30. Januar 2013 eine durchgehende und vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin vom 7. Januar 2013 bis einschliesslich 27. Februar 2013 (SUVA-act. 13.3, 13.6; B-act. 1/12).

E. 7.3.3

Am 23. Januar 2013 fand in der Rehaklinik M. _____ im Auftrag der SUVA ein "Ambulantes Assessment" zwecks Einschätzung der Rehabilitation und Eingliederung in den Arbeitsprozess statt. Der 9-seitige Bericht vom 4. Februar 2013 der Dres. N. _____ und O. _____, Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation, enthält detaillierte Angaben über die bisher gestellten Diagnosen nach Aktenstudium (HWS-Distorsion und Handgelenkskontusion links), die aktuellen Beschwerden, die Assessment-Abklärungen (u.a. Aktenstudium, Anamnese und medizinischer Befund, eine strukturierte Befragung über den Umgang mit Schmerzen und Rehabilitationshindernissen, aktivitätsbezogene Schmerzskala, Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit - PACT-Test, physische Leistungstests, Probestandbehandlung und Probetraining, strukturierte Bewertung des Umgangs mit Schmerz und der Leistungsbereitschaft/Konsistenz, Ergebnisanalyse im Team) sowie das Reha- und Eingliederungspotential. Das "Ambulante Assessment" entspricht demnach durchaus den formalrechtlichen Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an ein versicherungsexternes Fachgutachten (vgl. E. 4.5.3). Die Fachärzte kamen zum Schluss, dass aktuell keine weiteren Abklärungen erforderlich seien. Die Prognosen seien grundsätzlich günstig, wenn die therapeutischen Massnahmen (insbesondere die

Medizinische Trainingstherapie [MTT], Physio-, Kraniosakral- und Ergotherapie sowie die instruierten Übungen für zu Hause) eingehalten werden. In Anbetracht der dato noch immer geltend gemachten, erheblichen Beschwerden sowohl in der Nacken-/Brustwandregion, als auch im linken Handgelenk und der Tatsache, dass sich die therapeutischen Bemühungen eher auf passive Massnahmen konzentrierten, solle zuerst der Effekt der empfohlenen, aktiven Massnahmen abgewartet werden, bevor die Patientin wieder in den Arbeitsprozess einsteige. Sie sei momentan ohnehin stellenlos, weshalb diese Situation dazu verwendet werden könne, die bisherigen Bemühungen in therapeutischer Hinsicht vor allem auf der aktiven Seite auszubauen, um dann in spätestens 4-6 Wochen [Ende Februar/Mitte März 2013] einen Einstieg in die Arbeitswelt anzupeilen. Die erwähnten Empfehlungen seien an der Schlussbesprechung mit der Patientin im Beisein der testenden Physiotherapeutin, Frau P._____, besprochen worden (SUVA-act. 13.8; B-act. 1/13).

E. 7.3.4

Nach Durchführung eines MRT der Halswirbelsäule am 27. Februar 2013 (SUVA-act. 15.6) beurteilte PD Dr. Q._____, R._____ Radiologie Nordwest (...), die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin wie folgt: - Osteochondrose HWK 4/5 (Störung der Umwandlung von Knorpel zu Knochen in Gelenken und Wachstumsfugen) mit beginnender diskoligamentär bedingter Einengung des Foramens C5 links. - Zum Teil ödematöse fortgeschrittene Osteochondrose HWK 5/6 mit zirkulärer dorsaler Protrusion und eher rechtsbetonter fortgeschrittener Foraminalstenose C6 (Einengung des Rückenmarksnerven an der Austrittsstelle) wobei eine mechanische Irritation foraminal C6 rechts (evtl. links) möglich wäre. - Ödematöse Osteochondrose HWK 6/7 mit zirkulärer dorsaler Protusion und nur leichter Einengung des Foramens C7 beidseits. - Diskoligamentär beginnende Eindellung des Duralsackes auf Höhe HWK 4/5 und HWK 5/6 ohne absolute Spinalkanalstenose (Verengung des Wirbelkanals) und ohne Myelopathie (degenerative Schädigung des Rückenmarks infolge Kompression). - Linksbetonte und proximal betonte deutliche Facettengelenksarthrosen. - Keine Hinweise auf ein posttraumatisches fokales Knochenmarksödem.

E. 7.3.5

Am 15. April 2013 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der SUVA von Dr. S._____, Facharzt für Neurologie (...), untersucht. Sein 5-seitiger Bericht vom 22. April 2013 berücksichtigt die wesentlichen medizinischen Vorakten (u.a. die erwähnten Arztberichte vom 18.07.2012 [Dr. D._____, Facharzt für Innere Medizin in (...)], 25.10.2012 [Dr. E._____, Schmerzzentrum G._____] , 5.11.2012 [Kernspintomographie der linken Hand], 17.12.2012 [MRI des linken Handgelenks], 9.01.2013 [Dr. L._____, Handchirurgie, Spital J._____] , 23.01.2013 [Ambulantes Assessment in der Reha-Klinik M._____] , 27.02.2013 [MRI der HWS]), detaillierte Angaben der Patientin, Befunde, Diagnosen sowie die Beurteilung und Vorschläge zum weiteren Prozedere. Der neurologische Bericht entspricht demnach den formalrechtlichen Anforderungen des Bundesgerichts an ein versicherungsexternes Fachgutachten (vgl. 4.5.3). Nach Dr. S._____ sei bei der klinischen Untersuchung die aktive HWS-Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Es bestehe vor allem unter Berücksichtigung des MRI-Befundes der Verdacht, dass ein chronisches Zervikalsyndrom mit einer radikulären Reizsymptomatik der Wurzel C5 links vorliege (positives Provokationsmanöver). Die entsprechende Diagnose sei - bei Fehlen sensomotorischer Ausfälle und da kein Kennreflex für das Segment C5 existiere - klinisch nicht einfach zu

stellen. Eine relevante Wurzelkompression auf einem anderen Niveau komme aber im MRI nicht zur Darstellung. Unter Berücksichtigung dieses MRI-Befundes und auch des Alters seien degenerative HWS-Veränderungen selbstverständlich vorbestehend. Diese seien offenbar durch den Unfall vom 25. Juni 2012 (wieder) symptomatisch gemacht worden. An der linken Hand, wo die Patientin vor allem im Handgelenksbereich nach wie vor konstant vorhandene und belastungsabhängig verstärkte Schmerzen geltend gemacht habe, falle eine leichte, aber eindeutige Schwellung auf, auch eine rötliche Verfärbung mit fraglichen etwas erhöhter Temperatur. Die Funktion sei reduziert, ohne dass eindeutig sensomotorische Ausfälle objektivierbar wären. Das [klinische] Bild sei aber an sich verdächtig auf ein CRPS I (komplexes regionales Schmerzsyndrom vom Typ I), wie es offenbar schon nach der Karpalkanalspaltung im November 2011, also vor dem zur Diskussion stehenden Unfall, vorgelegen habe. Bezüglich der Hand stehe die Patientin in handchirurgischer Behandlung. "Aus neurologischer Sicht ist erwähnenswert, dass zumindest klinisch keine Anhaltspunkte für eine Nervenmitbeteiligung vorliegen." Die Prognose sei zum aktuellen Zeitpunkt offen. Angegebene Beschwerden und objektivierbare Befunde seien konkordant. Eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell in erster Linie wegen der linken Hand nicht gegeben. Als weiteres Prozedere schlug der Neurologe im Wesentlichen eine peridurale Infiltration der Wurzel C5 links, die Fortsetzung der Lyrica-Medikation und allenfalls eine neurologische Kontrolle bei Bedarf vor (SUVA-act. 17.6, 15.10; B-act. 1/7).

E. 7.3.6

Am 6. Mai 2013 berichtete Dr. U. _____ (Praxis Ff. _____) der SUVA, dass seitens der Beschwerdeführerin eine einmalige Konsultation am 2. Mai 2013 erfolgt sei, an der eine epidurale Steroidinfiltration C5/6 links vorgenommen worden sei. Aussagen über den gesundheitlichen Verlauf oder über allfällige Prognosen könne er anhand dieser [einmaligen] Konsultation nicht machen (SUVA-act. 17.13; vgl. auch SVA-act. 42/17, 47). Gemäss Telefonnotiz der SUVA vom 4. Juni 2013 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass es ihr leider nicht sehr gut gehe, weil sie nach wie vor starke Nackenschmerzen habe, die bis in die Schultern ausstrahlten. Die Infiltration bei Dr. U. _____ habe leider keine erhebliche Besserung gebracht. In ca. zwei Monaten habe die Beschwerdeführerin den nächsten Arzttermin bei Dr. U. _____, an dem eine letzte Infiltration durchgeführt werde (SUVA-act. 28.4).

E. 7.3.7

Mit Zwischenbericht vom 16. Mai 2013 informierte Dr. L. _____, (Fachärztin Chirurgie/spezialisierte Handchirurgie am Spital J. _____) die SUVA über den Gesundheitszustand des linkes Handgelenks der Beschwerdeführerin. Diagnosen: Status nach Kontusionen linkes Handgelenk - Verdacht auf CRPS links. Prognose: nicht vorhersagbar. Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können: Status nach CTS-OP links mit CRPS, Arthrose linkes Handgelenk, Arthrose 1. Strahl links. gegenwärtige Behandlung: Ergo- und Physiotherapie, Steroidinfiltration links; voraussichtliche Dauer der Behandlung nicht absehbar. Arbeitsaufnahme: SUVA soll sich beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit engagieren. Ein bleibender Nachteil (Schmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit und Kraft der linken Hand) sei zu erwarten (SUVA-act. 17.14).

E. 7.3.8

Gestützt auf die Vorakten und Antworten des SUVA-Kreisarztes Dr. T._____ hielt die SUVA in ihrem Zwischenbericht vom 4. Juni 2013 fest, dass keine degenerativen HWS-Veränderungen vorlägen und der Unfall vom 25. Juni 2012 zu keinen zusätzlichen Läsionen an der HWS geführt habe, welche bildgebend nachweisbar seien. Auch könne von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, da der Gesundheitszustand der Versicherten seit Monaten mehr oder weniger unverändert sei (SUVA-act. 28.5). Daraufhin stellte die SUVA die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 12. Juni 2013 per 30. Juni 2013 ein (SUVA -act. 28.11).

E. 7.4

In Kenntnis der erwähnten SUVA-Akten (E. 7.3) und nach Abschluss des Unfallversicherungsverfahrens (Verfügung vom 12. Juni 2013) führte die SVA Basel-Landschaft weitere Abklärungen bei verschiedenen behandelnden Ärzten durch, auf die sich die IVSTA im angefochtenen Entscheid vom 28. November 2014 stützte. Aktenkundig sind folgende medizinischen Unterlagen: - 07.08.2012: handschriftlicher ärztlicher Befundbericht zum Rentenantrag bei der Rentenversicherung bzw. zur Nachprüfung der weiteren Rentenberechtigung von Dr. D._____, Facharzt für Innere Medizin, MVZ Nn._____, mit den Diagnosen HWS-Distorsion/HWS-Syndrom, Handgelenkskontusion links, Carpaltunnelsyndrom beidseits, Morbus Sudeck. Als Funktionseinschränkungen nannte er die HWS-Beweglichkeit, reduzierte Funktion bei Hand und Schmerzen; wenig Besserung im letzten halben Jahr (SVA-act. 42/15 f.). - 06.05.2013: handschriftlicher Arztbericht von Dr. U._____, Praxis Ff._____, in Auftrag gegeben von der SUVA Basel; Gegenwärtige Behandlung: 2.05.2013 epidurale Steroidinfiltration C6/6 links (SVA-act. 42/17; vgl. auch SUVA-act. 17.13) - 18.06.2013: "Ärztliches Gutachten" für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet Orthopädie (datiert vom 24. Juni 2013) von Dr. V._____, Arzt für Orthopädie und Sportmedizin, in (...), in Auftrag gegeben vom Deutschen Rentenversicherungsträger (SVA-act. 42 S. 18-28; B-act. 1/10 ff.) - 18.07.2013: Arztbericht/"Fragebogen" im Rahmen der IV-Abklärung beantwortet durch Dr. F._____, Facharzt für Anästhesie, Allgemeinmedizin, spezielle Schmerztherapie, Chirotherapie, ambulantes Operieren, Gemeinschaftspraxis im Schmerzzentrum G._____, (...) (SVA-act. 22, 60; B-act. 1/4) - 18.10.2013: Stellungnahme RAD, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin (SVA-act. 31) - 22.10.2013: OP-Bericht von Dr. Y._____, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie Kreiskrankenhaus Z._____, Deutschland (SVA-act. 56/9 f.; vgl. auch SVA-act. 56/11 f.) - 05.11.2013: Arztbericht von Dr. L._____, Fachärztin Chirurgie/spezialisierte Handchirurgie, Spital J._____; ambulante Behandlung vom 04.12.2012 bis 05.06.2013 (SVA-act. 40; B-act. 1/11) - 10.11.2013: Entlassungsbericht von Dr. Y._____, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie Kreiskrankenhaus Z._____, (Deutschland) (SVA-act. 56 S. 11 f.) - 15.11.2013: Bericht/"Fragebogen" im Rahmen der IV-Abklärung von Dr. Y._____, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie Kreiskrankenhaus Z._____, Deutschland (SVA-act. 45) - 18.11.2013: handschriftlich beantworteter und zum Teil unleserlicher Bericht/"Fragebogen" im Rahmen der IV-Abklärung von Dr. Aa._____, (...) (SVA-act. 54; vgl. auch SVA-act. 45) - 09.12.2013: Bericht/"Fragebogen" im Rahmen der IV-Abklärung von Dr. U._____, Praxis Ff._____, (SVA-act. 47; vgl. auch SUVA-act. 17.13) - 16.12.2013: Stellungnahme RAD beider Basel, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und

Rehabilitative Medizin (SVA-act. 48) - 17.01.2014: Arztbericht von Dr. Bb._____, HNO-Ärztin (unterzeichnet von Dr. Cc._____) vom Medizinischen Versorgungszentrum Kk._____, (Deutschland), adressiert an Dr. Dd._____, Ärztin für Allgemeinmedizin (SVA-act. 56 S. 8) - 17.01.2014: ergänzende Stellungnahme RAD beider Basel, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin (SVA-act. 55) - 10.02.2014: Arztbericht/"Fragebogen" im Rahmen der IV-Abklärung von Dr. Dd._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Deutschland (SVA-act. 56 S. 1 ff.) - 13.02.2014: ergänzende Stellungnahme RAD beider Basel, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin (SVA-act. 58) - 14.03.2014: ergänzende Stellungnahme RAD beider Basel, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin (SVA-act. 62) - 03.07.2014: Bericht von Dr. Ee._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (SVA-act. 72 S. 2 f.; B-act. 1/8) - 24.07.2014: Stellungnahme RAD beider Basel, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin (SVA-act. 73) - 07.08.2014: Bericht der Kernspintomographie des Hangelenks links von Dr. I._____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, Radiologische Praxis H._____(SAV-act. 78, 74/2) - 03.10.2014: Aktennotiz RAD, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin; betrifft: Nachfrage in der Radiologischen Praxis H._____(SVA-act. 76) - 17.10.2014: Stellungnahme RAD beider Basel, Dr. W._____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin (SVA-act. 79)

E. 7.5

Zunächst ist zu prüfen, ob das vom Deutschen Rentenversicherungsträger in Auftrag gegebene und von der SVA Basel-Landschaft angeforderte "Ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung" vom 24. Juni 2013 von Dr. V._____, Facharzt für Orthopädie und Sportmedizin in (...) (Deutschland; vgl. SVA-act. 42/18-28; B-act. 1/10 ff.), den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten genügt, zumal die Beschwerdeführerin beanstandet, dass die formalen Anforderungen bei der Einholung von versicherungsexternen Gutachten für die schweizerischen Versicherungsfragen nicht eingehalten worden seien. Insbesondere sei die monodisziplinäre Begutachtung vom 18. Juni 2013 (Gutachten datiert vom 24. Juni 2013) durch Dr. V._____ nicht gemäss den bundesgerichtlich vorgeschriebenen Vergaberichtlinien, ohne vorgängiges Fragerecht der Versicherten und auch ohne Einigungsverfahren durchgeführt worden. Nach Auffassung der Beschwerdeführerin umfasse die Beurteilung weder die Berücksichtigung sämtlicher beklagter Beschwerden noch sei sie umfassend oder widerspruchsfrei - ohne dies substantiiert zu begründen. Zudem handle es sich beim diagnostizierten Morbus Sudeck um eine neurologische Erkrankung, welche nicht von einem Orthopäden, sondern von einem entsprechenden Spezialisten (Neurologen) zu beurteilen sei. Daher sei ein den formalen Vergabe- und inhaltlichen Anforderungen in der Schweiz entsprechendes versicherungsexternes, polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, welches sich auch zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu äussern habe (B-act. 1).

E. 7.5.1

Vorwegzunehmen ist, dass die monodisziplinäre Begutachtung vom 18. Juni 2013 im Auftrag des deutschen Rentenversicherungsträgers durch Dr. V._____, Facharzt für Orthopädie und Sportmedizin, erfolgt ist, weshalb nicht die bundesgerichtlichen Vergaberichtlinien in der Schweiz zur Anwendung gelangen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die SVA Basel-Landschaft gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

die vom deutschen Sozialversicherungsträger erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte (so auch das orthopädische Gutachten von Dr. V. _____) sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte zu berücksichtigen hat, als wären sie in der Schweiz erstellt worden (vgl. E. 3.2.2). Hinsichtlich der formalen Anforderungen an ein Gutachten ist folgendes festzustellen: Das vom 24. Juni 2013 datierte Gutachten (SVA-act. 42/18-28) mit der Bezeichnung "Ärztliches Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet Orthopädie" umfasst 11 Seiten - einschliesslich einem Deckblatt mit den persönlichen Angaben der Beschwerdeführerin, Angaben zum Begutachtungsanlass und der damals bestehenden Arbeitsunfähigkeit seit 12. September 2012 sowie die namentliche Nennung der behandelnden Ärzte, einen einleitenden ersten Teil mit einer ausführlichen Anamnese sowie die Angaben über die aktuell bestehenden Beschwerden (S. 19 f.). Im Untersuchungsbefund (Ziff. 2), der sich auf den Bewegungsapparat beschränkt (obere und Extremitäten, Wirbelsäule), beschreibt Dr. V. _____ ausführlich die körperliche Statur und Konstitution der rund 60 Jahre alten Beschwerdeführerin (S. 21 f.). Zudem erwähnt der Gutachter eingangs, dass ihm vielfältige Arztberichte aus den Jahren 2010 von der Klinik Gg. _____ in (...) und der Klinik Hh. _____ in (...), die auch beim Bundesverwaltungsgericht aktenkundig sind, sowie ein "Sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes Li. _____" aus (...) vom 25. April 2013 vorgelegen habe (S. 19; dieses Gutachten liegt dem BVGer nicht vor) und deren beinhaltende Befunde er zusammengefasst habe (S. 23 f., Ziff. 2). Im Weiteren hält er die resultierenden Diagnosen (S. 24 f., Ziff. 3), eine Epikrise (S. 25, Ziff. 4) sowie seine sozialmedizinische Beurteilung in Bezug auf die verbleibende Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 25, Ziff. 5) fest. Zuletzt beinhaltet das "Ärztliche Gutachten" ein von Dr. V. _____ unterzeichnetes "Schlussblatt [Formular für den Rentenversicherungsträger] Teil 1 und Teil 2" mit einer Zusammenfassung der sozialmedizinischen Beurteilung (S. 27 f.). Das Gutachten entspricht somit in formaler Hinsicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (E. 4.2.3 mit Hinweisen zur Rechtsprechung).

E. 7.5.2

Im Rahmen der Anamnese gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. V. _____ als "aktuelle Beschwerden" an, dass sie bereits seit ihrer Kindheit Schmerzen "im Bereich der Hand" verspürt habe. Nach einem Verkehrsunfall im Alter von 14 Jahren habe sich in den letzten Jahren beidseitig ein CTS [Carpal-Tunnel-Syndrom; Einengung des Handmittelnervs im Bereich der Handwurzel beugeseitig des Handgelenks] entwickelt. Sie sei auch vor einigen Jahren mehrfach auf die linke Hand gestürzt, zuletzt am 3. Januar 2011 und im Oktober 2011, weshalb sie im November 2011 am CT links operiert worden sei, jedoch nachträglich sich ein Morbus Sudeck [komplexes regionales Schmerzsyndrom] entwickelt habe. Sie sei bis Mai 2012 arbeitsunfähig gewesen. Durch die medikamentöse Behandlung habe sich der Morbus Sudeck allmählich zurückgebildet. Am 25. Juni 2012 sei sie beim Betreten eines Cafés erneut gestürzt und habe sich eine Verletzung der Halswirbelsäule zugezogen. Am 27. Februar 2013 (ein Jahr nach dem Unfall) sei ein MRT der HWS durchgeführt und seien ihr eine Bandscheibenwölbung sowie deutliche degenerative Veränderungen attestiert worden. Bereits 2010 sei in der Klinik Hh. _____ in (...) anlässlich eines MRT des rechten Handgelenkes eine Rhizarthrose rechts [primär nicht entzündliche Gelenkerkrankung, i.d.R. durch altersbedingte Abnützung] und eine knöcherne Abspaltung an der Basis des Os metacarpale festgestellt worden [liegt in den Beschwerdeakten nicht vor]. Auch habe bereits das am 29. März 2010 in der Klinik Hh. _____ durchgeführte MRT der LWS [nicht aktenkundig] das Vorhandensein von

Bandscheibenvorwölbungen und multisegmentalen Abnutzungen in allen lumbalen Segmenten verdeutlicht. Die Kernspintomographie des linken Handgelenkes vom 5. November 2012 [SUVA -act. 7.41; vgl. E. 7.3.1 m.w.H.] habe ebenfalls eine ausgeprägte Rhizarthrose und ein Abriss des Processus styloideus ulnae gezeigt. Ein weiteres "NMR" [MRI] des linken Handgelenkes, das von Dr. K._____ am Spital J._____ in (...) am 17. Dezember 2012 durchgeführt worden sei [siehe E. 7.5.3 nachfolgend], zeige ebenfalls erhebliche Abnutzungen im Handgelenk und der Handwurzel (SVA-act. 42/20). Zudem gab die Beschwerdeführerin an, dass sie seit längerer Zeit Ein- und Durchschlafstörungen habe, aber keine Schlafmittel einnehme. An Sport betreibe die Explorandin Reiten (sie habe ein eigenes Pferd). Sie könne derzeit wegen der Handbeschwerden "keine Dressur reiten", gehe aber ausreiten und ausserdem regelmässig spazieren (S. 19).

E. 7.5.3

Gemäss dem orthopädischen Untersuchungsbefund befinde sich die rund 60 Jahre alte Beschwerdeführerin in einem altersentsprechenden Allgemein- und Ernährungszustand (57 kg bei einer Grösse von 168 cm und einem BMI von 20,5). Seit sechs Jahren erfolge eine Beta-Blocker-Einnahme wegen Hypertonus mit normalen Blutdruckwerten. Ruhepuls 76/Min. Im Bereich der oberen Extremitäten seien die Schultern normal konfiguriert (stehen in gleicher Höhe) und es bestehe eine freie Schultergelenksbeweglichkeit beidseits. Der Nacken- und Schürzengriff sei problemlos durchführbar. Auch bestehen unauffällige Ellbogenkonturen mit freier Beweglichkeit bezüglich Beugung und Streckung, die Umwendbewegungen in der Längsachse seien nicht eingeschränkt. Es bestehe eine geringfügige Schwellung der linken Hand gegenüber rechts mit einer etwas rötlichen Hautverfärbung im Vergleich zu rechts nach durchgemachtem Morbus Sudeck sowie ein lokaler Druckschmerz im Daumensattelgelenk beidseitig. Kein Hinweis für synovitische Schwellungen der Fingergelenke beidseits, jedoch schmerzhafte Einschränkung der Handgelenksfunktion links. Der Faustschluss sei beidseitig vollständig und kräftig durchführbar und das Fingerspiel frei, wobei die grobe Kraft in der linken Hand gegenüber rechts um zirka ein Drittel abgeschwächt sei. Freie Ellbogenbeweglichkeit rechts. Auch hier seien Beugung und Streckung und die Umwendbewegungen in der Längsachse des Unterarms frei. Nur leichte Funktionseinschränkungen im rechten Handgelenk. "Grobneurologisch" fänden sich laut Dr. V._____ keine sensiblen oder motorischen Ausfälle. Auch hinsichtlich der unteren Extremitäten (Gangbild, Becken, Hüften, Kniegelenke, Kniescheibenbeweglichkeit, Bandverhältnisse, Fussform und Zehen - einschliesslich deren Beweglichkeit, Durchblutungsverhältnisse der Beine) seien aus orthopädischer Sicht keine Auffälligkeiten feststellbar. Die orthopädische Beurteilung der Wirbelsäule lautet wie folgt: Asthenischer Habitus. Schwach angelegte Rückstreckmuskulatur, die im Nacken- und Schultergürtelbereich "etwas verspannt" sei. Erhebliche Schmerzangabe beim Durchbewegen der HWS in allen Richtungen (Rotation rechts/links 20/0/20; Inklination/Reklination 0/0/10; Seitneigung rechts/links 20/0/20). Gute Beweglichkeit der übrigen Wirbelsäulenabschnitte, FBA 10 cm. Schober LWS 10/14,5. Die Seitneigungs- und Rotationsbewegungen seien nicht eingeschränkt.

E. 7.5.4

Im Ergebnis schloss Dr. V._____ aus orthopädischer Sicht auf folgende Diagnosen respektive krankhafte Veränderungen: 1.Rezidivierendes Cervicalsyndrom bei kernspintomographisch nachgewiesenen Bandscheibenprotrusionen und deutlichen degenerativen Veränderungen mit deutlicher Funktionseinschränkung der HWS. 2.Status

nach Morbus Sudeck der linken Hand nach multiplen Prellungen mit kernspintomographisch nachweisbaren ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Handwurzel und Rhizarthrose. 3.Kernspintomographisch nachgewiesene erhebliche degenerative Veränderungen im rechten Handgelenk mit Rhizarthrose und mit leichten Funktionseinschränkungen. Gemäss Dr. V. _____ ergeben sich hieraus Funktionseinschränkungen im Bereich beider Hände, so dass Einschränkungen der groben Kraft beider Hände und der feinmotorischen Funktionen zu objektivieren seien. Einem weiteren operativen Eingriff stehe die Patientin ablehnend gegenüber, da sie auf der linken Seite einen Morbus Sudeck erlitten habe und erneut entsprechende Komplikationen bei weiteren Operationen befürchte. Derzeit nehme sie therapeutisch Ibuprofen 800 (nicht-steroidaler Entzündungshemmer mit schmerzlindernden, fiebersenkenden und entzündungshemmenden Eigenschaften) zwei Mal täglich ein. Weitere medikamentöse Massnahmen (z.B. Lyrica) hätten ihr keine Linderung gebracht. Bei dem derzeitigen Befund sei aus orthopädischer Sicht auch keine weitere Operationsindikation gegeben. Bezüglich der HWS sollte eine entsprechende intensive Physiotherapie mit Traktionen erfolgen. Auch hier bestehe aus orthopädischer Sicht derzeit keine Operationsindikation (s. Epikrise, Ziff. 4). Aus sozialmedizinischer Sicht beurteilte Dr. V. _____ die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin wie folgt: Die Leistungsfähigkeit der Explorandin sei zweifelsohne deutlich eingeschränkt. Insbesondere durch die Funktionseinschränkungen und erheblichen degenerativen Veränderungen im Bereich der Handgelenke seien ihr mittelschwere oder schwere Tätigkeiten mit den Händen nicht mehr zumutbar, auch hohe Ansprüche an die Feinmotorik der Handfertigkeit seien ihr nicht mehr möglich. Langdauernde Wirbelsäulen-Zwangshaltungen seien im Bereich der HWS zu vermeiden, auch Vibrations- oder Stossbelastungen. Ihrer letzten Tätigkeit als Büroangestellte könne sie aber weiterhin noch vollschichtig nachgehen, da diese Tätigkeit als leidensgerecht anzusehen sei. Auch alle leichten sonstigen Tätigkeiten unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkung der Hände und der Halswirbelsäule ohne Einwirkung von Nässe, Kälte und Zugluft wären ihr noch vollschichtig zumutbar. Die getroffenen Feststellungen gälten seit 18. Juni 2013 (S. 25 ff.). Daraus resultiere eine 100%-ige Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 18. Juni 2013 in Verweistätigkeiten als auch in ihrer angestammten Tätigkeit als Büroangestellte.

E. 7.6

Im Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes beider Basel (nachfolgend: RAD) vom 18. Oktober 2013 nahm der zuständige RAD-Arzt und Facharzt für Orthopädie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Dr. W. _____, zum "Ärztlichen Gutachten" vom 24. Juni 2013 (E. 7.5) keine Stellung. "Übereinstimmend mit der SUVA Verfügung liegen bei der Versicherten unfallfremde gesundheitliche Einschränkungen vor. Der aktuellste medizinische Bericht des Schmerzzentrums G. _____ vom 25.07.2013 [Posteingang; datiert vom 18.07.2013] ist zur Beurteilung der Lage unbrauchbar." Eine Aktualisierung und Vervollständigung der Aktenlage sei laut Dr. W. _____ erforderlich. Insbesondere sei bei der DRV Bund in (...) nachzufragen, aufgrund welcher medizinischen Unterlagen der Versicherten eine volle Erwerbsminderungsrente zugesprochen worden sei (SVA-act. 31). Festzuhalten ist, dass im Bericht des Schmerzzentrums G. _____ vom 25. Juli 2013 ausgeführt wird, die Prognose bezüglich eines CRPS der linken Hand sei aufgrund der Erkrankung "schlecht einzuschätzen". Mit einem residualen Defekt sei prinzipiell zu rechnen. Aufgrund der schmerzhaften Funktionseinschränkung sei auch damit zu rechnen, dass die Fehlhaltung im Bereich der linken Schulter und des Nackens unter

Belastung exacerbieren. Die Versicherte nehme aktuell Ibuprofen 800 mg (2x täglich) und Novaminsulfon bei Bedarf ein. Sie sei mittelfristig auf eine kontinuierliche Behandlung durch Physiotherapie und Ergotherapie angewiesen - wie es auch Dr. V._____ empfohlen hatte. Unter Ziff. 1.7 (Fragen zur bisherigen Tätigkeit) ist zu lesen, dass eine Funktionseinschränkung im Bereich der linken Hand gegeben sei. Aufgrund der Schmerzen bestehe auch eine psychische Alteration im Sinne einer reaktiven depressiven Verstimmung. Die Frage, wie sich das bei der Arbeit auswirke, wurde mit "lässt sich zur Zeit aufgrund der vielen Arbeit nicht beurteilen" beantwortet. Die Patientin sei bezüglich einer Arbeitsaufnahme "motiviert". Keine klare Antwort ist dem Arztbericht auf die Frage, ob die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, zu entnehmen. Zum jetzigen Zeitpunkt sei "eher eine Teilzeittätigkeit" - auch in ihrem alten Beruf als kaufmännische Angestellte - im Sinne einer Wiedereingliederung und einem empfohlenen Arbeitspensum von 25 Prozent vorstellbar, wie es von der Patientin "baldmöglichst gewünscht" worden sei. Die Patientin sei unter Belastung mit einer Schmerzzunahme behaftet und sei Linkshänderin, weshalb eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (SVA-act. 22/5-7, 21/1-7).

E. 7.7

Im Rahmen der weiteren IV-Abklärungen gingen nebst dem orthopädischen Gutachten von Dr. V._____ vom 24. Juni 2013 (E. 7.5 m.w.H.), das vom RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2013 zusammenfassend und korrekt dargelegt wurde (SVA-act. 48/2 f.), weitere medizinische Unterlagen bei der SVA Basel-Landschaft ein, die dem Regional Ärztlichen Dienst unterbreitet worden sind und im Wesentlichen folgende Befunde sowie Hinweise zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beinhalten:

E. 7.7.1

Nach einer am 22. Oktober 2013 durchgeführten plastischen Rekonstruktion der Nase durch zwei ausgedehnte Lappenplastiken, die aufgrund eines Defektes der gesamten rechten Nasenseite nach Exzision eines Plattenepithelkarzinoms und Basalioms (ICD-10: C44.3) im Kreiskrankenhaus Z._____ (Deutschland) durchgeführt werden musste (SVA-act. 56/9 f.), prognostizierte Dr. Y._____, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, in seinem Entlassungsbericht vom 10. November 2013 (SVA-act. 56/11 f.), dass mit einem Rückgang der Deformierung nach Abswellen der Lappenplastiken zu rechnen sei. Hinweise zur Arbeitsfähigkeit sind weder dem OP-Bericht noch dem Entlassungsbericht zu entnehmen. Im an die SVA-Basel-Landschaft adressierten Bericht/"Fragebogen" legte Dr. Y._____ am 15. November 2013 zudem dar, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 14. bis 30. Oktober 2013 ambulant und vom 22. bis 25. Oktober 2013 stationär behandelt worden sei. Gemäss Befund vom 30. Oktober 2013 bestehen reizlose Wundverhältnisse, kein Verzug der Nase, keine Schwellung, keine Rötung; das Fadenmaterial sei entfernt worden. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100% habe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Zeit vom 17. bis einschliesslich 30. Oktober 2013 bestanden; danach bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (SVA-act. 45). Dies wurde auch vom RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2013 vermerkt (SVA-act. 48/3).

E. 7.7.2

Im Arztbericht vom 5. November 2013 teilte Dr. L._____ (Fachärztin Chirurgie/spezialisierte Handchirurgie) mit, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom

4. Dezember 2012 bis einschliesslich 5. Juni 2013 im Spital J._____ behandelt worden sei. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach mehreren Kontusionen/Distorsionen linkes Handgelenk. Status nach CTS-OP mit anschliessendem CRPS. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie: Radiocarpalarthrose, Arthrose intercarpal und Carpometacarpal linke Hand. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin angeführten Beschwerden in der rechten Hand wurden keine Diagnosen gestellt (vgl. orthopädisches Gutachten von Dr. V._____). Da laut der Fachspezialistin für Handchirurgie von der SUVA keine weiteren Kosten übernommen worden seien (i.S. eines Mandatsentzugs), habe die letzte Kontrolle am 5. Juni 2013 stattgefunden. Als nicht zumutbare Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit nannte sie: Heben, Tragen, auf Leitern/Gerüste steigen, Tätigkeiten mit Beidhändigkeit; übrige Tätigkeiten: keine Einschränkungen (SVA-act. 40; B-act. 1/11). Wie vom RAD-Arzt korrekt festgestellt, finden sich (im Vergleich zum orthopädischen Gutachten von Dr. V._____) im Arztbericht der Handchirurgin keine Angaben zur zeitlichen Beschränkung einer Arbeitsunfähigkeit.

E. 7.7.3

Der von der SVA Basel-Landschaft befragte Arzt, Dr. U._____, Praxis Ff._____, führte als Bemerkungen, die in der Stellungnahme des RAD erwähnt sind, an: "Keine Besserung nach Episteroid C5/6 links am 02.05.2013 gemäss Protokoll bis 30.05.2013; NRS gleichbleibend 6-2; keine zusätzliche Aussage möglich" (SVA-act. 47; vgl. auch SUVA-act. 17.13; vgl. auch SVA-act. 42/17: "Einmalige Konsultation am 2.05.2013; Aussagen von Verlauf und Prognose anhand dieser Konsultation nicht möglich").

E. 7.7.4

Gemäss Stellungnahme des RAD vom 16. Dezember 2013 (SAK-act. 48) werde in den "übersandten Unterlagen der DRV Bund Deutschland", insbesondere auf die Frage der gegenwärtigen gesundheitlichen Probleme im Selbsteinschätzungsbogen vom 9. April 2013 (SAK-act. 42/13 f.) genannt: "allgemein und überhaupt immer und überall". Der RAD-Arzt erwähnt zudem den am 7. August 2012 datierten und handschriftlich verfassten "Ärztlichen Befundbericht" von Dr. D._____, Facharzt für Innere Medizin, MVZ Nn._____, mit folgendem, zum Teil unleserlichen Angaben: Diagnosen: "Halswirbelsäule Distorsion / Halswirbelsäule Syndrom, Handgelenks ...? links, CTS beidseits, M. Sudeck". Die Patientin sei seit dem 26. Juni 2012 wegen der "HWS-Distorsion, Handgelenks..." arbeitsunfähig. Eine Besserung der Leistungsfähigkeit sei durch medizinische Rehabilitation möglich (SVA-act. 42/15 f.). Über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder die Auswirkungen zumutbarer Funktionseinschränkungen äussert sich Dr. D._____ nicht.

E. 7.7.5

Auf Basis der erwähnten medizinischen Unterlagen (E. 7.7) und jener in der Stellungnahme vom 18. Oktober 2013 (E. 7.6) sowie gestützt auf die orthopädische Begutachtung vom 18. Juni 2013 durch Dr. V._____ kam der RAD-Arzt zum Schluss, dass es sich bei den dokumentierten und von Dr. V._____ nachgewiesenen Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich um Erkrankungen des Bewegungsapparates (unfallabhängig und unfallunabhängig) handle. Die Leistungsfähigkeit der Versicherten sei zweifelsohne deutlich eingeschränkt. Insbesondere durch die Funktionseinschränkungen und erheblichen degenerativen Veränderungen im Bereich der Handgelenke seien ihr mittelschwere oder schwere Tätigkeiten mit den Händen nicht mehr zumutbar. Auch hohe

Ansprüche an die Feinmotorik der Handfertigkeit seien ihr nicht mehr möglich. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit sowie leidensangepasster Verweistätigkeit seien langdauernde Wirbelsäulen-Zwangshaltungen im Bereich der HWS ebenso zu vermeiden, wie Vibrations- oder Stossbelastungen. Zudem seien schwere Tätigkeiten mit den Händen, hohe Anforderungen bezüglich der Feinmotorik an die Handgelenksfertigkeiten, langdauernde Zwangshaltungen zu vermeiden. Aus sozialmedizinischer Sicht könne die Versicherte ihrer letzten Tätigkeit als Büroangestellte weiterhin noch vollschichtig nachgehen, da diese Tätigkeit als leidensgerecht anzusehen sei. Auch alle leichten sonstigen Tätigkeiten unter Berücksichtigung der erwähnten Einschränkungen der Hände und der Halswirbelsäule wären ihr noch vollschichtig zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit entspricht gemäss RAD derjenigen in der angestammten Tätigkeit. Eine höhere Arbeitsfähigkeit wäre in einer Verweistätigkeit nicht zu erreichen. Die Einschätzung des RAD-Arztes zur verbleibenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, zumal sie sich auf die vorliegenden sowie erwähnten medizinischen Unterlagen stützen und den erwähnten Einschränkungen Rechnung tragen (SVA-act. 48/5 f.). Auch decken sich die Angaben über die Zeiten der Arbeits-(un-)fähigkeit seit dem Unfallereignis (100% AUF vom 25.06.2012-17.06.2013, 0% AUF vom 18.06.-16.10.2013, 100% AUF vom 17.10.2013-30.10.2013, 0% AUF vom 31.10.2013 bis auf weiteres) mit den SUVA-Akten, den Feststellungen im orthopädischen Gutachten von Dr. V. _____ vom 24. Juni 2013 sowie dem Bericht/"Fragebogen" nach OP Basaliom von Dr. Y. _____ vom 15. November 2013.

E. 7.8

Auf die Frage der SVA Basel-Landschaft, ob insbesondere der Bericht des vorbehandelnden Arztes (Dr. Aa. _____) im Zusammenhang mit der gestellten Diagnose "Basaliom" (Hautkrebserkrankung) im Bereich der Nase Einfluss auf die Stellungnahme des RAD vom 16. Dezember 2013 habe, antwortete der RAD-Arzt am 17. Januar 2014 wie folgt (SVA-act. 55): "Der Bericht der Kliniken Jj. _____ [vgl. E. 7.7.1 m.w.H. zu den Ausführungen des Facharztes für Plastische und Ästhetische Chirurgie im Kreiskrankenhaus Z. _____] lag bereits der Stellungnahme vom 16.12.2013 vor (Seite 3). Es ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich der Stellungnahme vom 16.12.2013". Ergänzend zitierte er aus dem am 18. November 2013 handschriftlich beantworteten und zum Teil unleserlichen Bericht/"Fragebogen" von Dr. Aa. _____, (...) vom 18. November 2013 (SVA-act. 54): "Sicherung der Diagnose Basaliom am 17.09.2013 durch PE, Spinaliom am 1. Oktober 2013, entfernt durch Exzision. Ambulante Behandlung vom 22.08.2013 [recte: 27.08.2013] bis zum 11.10.2013; Therapieempfehlung: Chirurgische Exzision und plastische Rekonstruktion; alle 3 bis 6 Monate dermatologische Nachsorge. Bezüglich der AUF [Arbeitsunfähigkeit] Nachfrage bei den chirurgischen Kollegen. Im Übrigen habe gemäss den Arztberichten der Kliniken Jj. _____ lediglich eine Arbeitsunfähigkeit vom 17. Oktober 2013 bis zum 30. Oktober 2013 und nach Abschluss der Behandlung eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestanden (vgl. E. 7.7.1), wie dies zutreffend vom RAD-Arzt dokumentiert wurde.

E. 7.9.1

Im Arztbericht vom 17. Januar 2014 von Dr. Bb. _____ (HNO-Ärztin), unterzeichnet von Dr. Cc. _____ vom Medizinischen Versorgungszentrum Kk. _____ (Deutschland), der an Dr. Dd. _____ (Ärztin für Allgemeinmedizin) adressiert ist, ist unter "Diagnose"

angegeben: "Die Kopfschmerzen lassen sich nicht durch die von Ihnen diagnostizierte Sinusitis erklären (...). Der Beschwerdekomples ist differentialdiagnostisch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sicher zu beurteilen" (SVA-act. 56/8). Diese Aussage findet sich auch in der ergänzenden Stellungnahme des RAD vom 13. Februar 2014 (SVA-act. 58).

E. 7.9.2

Der im Rahmen der IV-Abklärung eingeholte Arztbericht/"Fragebogen vom 10. Februar 2014 von Dr. Dd._____, Ärztin für Allgemeinmedizin (SVA-act. 56/1 ff.), enthält im Wesentlichen folgende Angaben: ambulante Behandlung bis 2009 und von 6/2013 bis dato; Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: HWS Distorsion, CTS OP rechts und links, Sudeck. Als neue Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde angegeben: "evt. Hypertonie" (chronisch überhöhter Blutdruck) seit 5 Jahren - ohne dies näher zu erläutern. Behandlung: keine Akutbehandlung; bei Bedarf Schmerzmittel Ibuprofen 800, Amlodipin 5 bei arterieller Hypertonie; "Bisherige Tätigkeit ist aus medizinischer Sicht nicht zumutbar. (...) externes Gutachten hat 25% Belastbarkeit bescheinigt [vgl. SVA-act. 60/1 ff. und 22].

E. 7.10

In seiner fünften Stellungnahme vom 14. März 2014 (SVA-act. 62) würdigte der RAD-Arzt den erst nach der Stellungnahme vom 13. Februar 2014 (SVA-act. 58/2) unterbreiteten Arztbericht/"Fragebogen" (datiert vom 18. Juli 2013) der Dres. E._____ und F._____ im Schmerzzentrum G._____ (SVA-act. 60, 22/5-7). Gemäss RAD sei die Versicherte (lt. Arztbericht/Fragebogen) vom 11. September 2012 bis zum 3. Dezember 2012 im Schmerzzentrum G._____ behandelt worden. Eine letzte Vorstellung (Kontrolle) habe am 14. Dezember 2012 stattgefunden (s. SVA-act. 22/2). Die Angabe der Leistungsbeurteilung würde seit dem 11. Juli 2013 gelten (s. SVA-act. 22/4). Welches Datum auch zugrunde gelegt werde, die letzte klinische Untersuchung/Behandlung habe im Dezember 2012 stattgefunden. Wie der RAD-Arzt zutreffend festgestellt hat, kann sich daher die Aussage zur Leistungsfähigkeit nur auf dieses Datum/diesen Zeitraum (bis 14. Dezember 2012) beziehen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD habe sich in der Stellungnahme vom 16. Dezember 2013 auf das orthopädische Gutachten vom 18. Juni 2013 abgestützt. Seitens Diagnosen und Erkrankungen ergäben sich keine neuen Aspekte. Jedoch sei das externe Gutachten, das eine Belastbarkeit von 25% bescheinige, einzuverlangen.

E. 7.11.1

Am 24. Juli 2014 nahm der RAD erneut eingehend Stellung (SVA-act. 73) zu den medizinischen Punkten (2, 5, 6, 8 und 9, 10, 11 und 12) im Einwandschreiben vom 21. Mai 2014. Als Nachweis der bestehenden Beschwerdebilder habe die Versicherte einen mit 1. Juli 2014 datierten Bericht von Dr. Ee._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, eingereicht, der im Nachgang zur Untersuchung am 1. Juli 2014 verfasst worden sei (vgl. SVA-act. 72/2 f.; B-act. 1/8). Diagnose: "Verdacht" auf komplex regionales Schmerzsyndrom Typ 1. Versicherte könne "manchmal links nicht richtig greifen." Gemäss der Fachärztin für Neurologie leide die Versicherte unter Schmerzen der linken Hand, gleichzeitig unter einem Brennen handschuhförmig in allen Fingern der linken Hand bis zum Ellbogen reichend. Schwellung der linken Hand und Kältegefühl der linken Hand. Die Sensibilität sei - bis auf die oben beschriebenen Missempfindungen - in der

gesamten linken Hand und im Unterarm bis zum Ellenbogen reichend intakt gewesen. Feinmotorikstörung der linken Hand. In seiner Beurteilung führte er aus, die von der Versicherten geschilderten Beschwerden liessen sich nicht dem Verlauf eines peripheren Nervens zuordnen, insbesondere keiner Schädigung des Nervus medianus. Der Symptomenkomplex entspreche "am ehesten" einem komplex regionalen Schmerzsyndrom vom Typ 1 mit anhaltenden brennenden Schmerzen, einer Asymmetrie der Hauttemperatur, Ödem und reduzierter Beweglichkeit, einer Hyperalgesie. Die Therapie bestehe im Wesentlichen aus Schonung sowie einer Schmerztherapie wie bei neuropathischen Schmerzen. Diese Würdigung deckt sich mit dem aktenkundigen Arztbericht.

E. 7.11.2

Die Frage, inwieweit die Versicherte ihre Hand noch belasten könne, ohne dass der auch in Ruhe vorhandene Schmerz zunehme, respektive das CRPS sich verschlimmere (vgl. SVA-act. 72/1), beantwortete der RAD zusammenfassend wie folgt: Unter Würdigung der gesamten medizinischen Unterlagen bestünden Hinweise darauf, dass es sich - übereinstimmend mit dem Bericht vom 22. April 2013 über die neurologische Untersuchung vom 15. April 2013 von Dr. S._____, Facharzt FMH für Neurologie (s. E. 7.3.5 m.w.H.), um ein CRPS 1 der linken Hand seit der Carpal tunneloperation vom November 2011 handle. Die Ausprägung zeige einen wechselnden Verlauf mit Phasen der 100%-igen Arbeitsfähigkeit bei einem Arbeitspensum von 100% (zum Zeitpunkt des Unfalls am 25.06.2012). Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin beanstandeten orthopädischen Gutachtens von Dr. V._____, entgegnete der RAD-Arzt, dass es sich bei dem CRPS um eine klinische Diagnose handle (siehe auch "Budapest-Kriterien"), weshalb bei wechselndem Verlauf nur auf echtzeitliche medizinische Untersuchungsunterlagen zurückgegriffen und abgestützt werden könne. Hierzu stehe der orthopädische Untersuchungsbefund von Dr. V._____ mit einer differenzierten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zur Verfügung (vgl. E. 7.5 m.w.H.). Entsprechend diesem Befund habe zum Zeitpunkt der Untersuchung am 18. Juni 2013 eine Arbeitsfähigkeit bestanden (medizinisch echtzeitliches fachärztliches Dokument). Die Beurteilung des Schmerzzentrums G._____, welches noch im Oktober 2010 (?) nur von einer 20%-igen Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in drei Monaten (per Ende Januar 2013) ausgegangen sei, stehe nicht im Widerspruch zu dem Gutachten von Dr. V._____. Vom Schmerzzentrum G._____ sei eine stufenweise Wiedereingliederung mit zunächst 25% empfohlen worden (vgl. E. 7.6 m.w.H.). Die letzte Vorstellung (Kontrolle) habe im Dezember 2012 stattgefunden - etwa ein halbes Jahr vor der Untersuchung bei Dr. V._____. Damit werde an der Stellungnahme vom 16. Dezember 2013 festgehalten. Sollte sich der klinische Befund wieder verschlechtert haben (vorliegend Folgeuntersuchung vom 1. Juli 2014), müsse hinsichtlich der Behandlung, des Verlaufs und der Therapieergebnisse gegebenenfalls erneut über Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen entschieden werden (SVA-act. 73/1-7). Die auf sieben Seiten dargelegten Ausführungen des RAD-Arztes sind nachvollziehbar und decken sich mit den vorliegenden Akten und Inhalten der bisherigen Erwägungen (SVA-act. 73).

E. 7.12

Mit ergänzendem Einwand vom 1. Oktober 2014 (SVA-act. 74/1; B-act. 1/14) erklärte die bevollmächtigte Rechtsanwältin, dass es der Versicherten nicht möglich sei, mit einer derart geschädigten Hand längere Einsätze auch nur leichter Art zu leisten. Auch aufgrund des Alters sei eine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit nicht mehr möglich. Als Nachweis der

Beschwerden fügte sie einen mit Datum vom 7. August 2014 versehenen Bericht der Kernspintomographie des linken Handgelenks von Dr. I. _____ (Facharzt für Diagnostische Radiologie, Radiologische Praxis H. _____) dem Schreiben bei (SVA-act. 74/1-2). Dem Befund ist zu entnehmen, dass eine MRT-Voraufnahme vom 5. November 2012 zum Vergleich diene. Beurteilung: Morbus Sudeck der gesamten Handwurzelknochen sowie ausgeprägte, zum Teil aktivierte Rhizarthrose in Luxationsstellung. TFC-Läsion bei Abriss des Processus styloideus ulnare und ausgeprägter Arthrose auch ulno-radial distal. Mit Nachtrag vom 14. Oktober 2014 (SVA-act. 78) ergänzte Dr. I. _____ seinen unveränderten Bericht vom 7. August 2014 (SVA-act. 74/2) wie folgt: "Verteilung und Ausprägung der Ödemveränderungen weitgehend konstant im Vergleich zu 11/12. Auch die Veränderungen im Bereich des distalen Radioulnargelenkes und des TFCC zeigen keine relevanten Ausprägungsänderungen". Der RAD würdigte dies dahingehend, dass im Vergleich zum MRI der linken Handwurzel vom 5. November 2012 (SUVA-act. 7.41; vgl. auch E. 7.3.1 m.w.H.) hinsichtlich der Verteilung und Ödemveränderung ein weitgehender konstanter Befund bestehe. Auch zeigten die Veränderungen im Bereich des distalen Radioulnargelenkes und des TFCC keine relevante Ausprägungsänderung. Es ergäben sich damit aus dem aktuell vorliegenden radiologischen Befund keine neuen Erkenntnisse, es verbleibe bei der Stellungnahme vom 16. Dezember 2013 (SVA-act. 79).

E. 7.13

Nebst der bereits dargelegten medizinischen Unterlagen reichte die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren zwei weitere Arztberichte ein:

E. 7.13.1

Der "Ärztlichen Bescheinigung zur Vorlage bei SVA Basel-Landschaft" von Dr. Dd. _____ (Ärztin für Allgemeinmedizin) vom 23. Mai 2014 ist folgender Wortlaut zu entnehmen: "Die Patientin befindet sich seit 02.06.2013 in unserer Praxis in Behandlung. Sie bezieht seit 19.07.2013 die deutsche Erwerbsminderungsrente. Somit war der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit in Deutschland über die Ll. _____ am 18.07.13. Aus ärztlicher Sicht ist die Patientin auch nach dem 18.07.2013 bis auf weiteres arbeitsunfähig und höchstens wie in dem Gutachten vom 10.02.2014 zu 25% belastbar. Ich bezog mich auf das Gutachten vom Schmerzzentrum G. _____ vom 18.07.2013" (B-act. 1/15).

E. 7.13.2

Im Bericht über die Kernspintomographie der LWS vom 3. Dezember 2014 macht Dr. I. _____ (Facharzt für Diagnostische Radiologie, Radiologische Praxis H. _____) folgende klinische Angaben: Persistierende/rezidivierende Rückenschmerzen "seit langem", teils ischialgiforme Schmerzausstrahlung nach rechts. Beurteilung: Aktive Osteochondrose L3/4, D5/S1, Zustand nach erosiver Osteochondrose L4/5, Spondylarthrosen L3-S1, am deutlichsten L5/S1 rechts. Geringe Taillierung des rechten Neuroforamen L4/5 mit intraforaminalem Wurzelkontakt L4. Protrusionen L1-L3. Keine Spinalstenose (B-act. 1/9).

E. 8.1

Unter den medizinischen Unterlagen, die der SVA Basel-Landschaft etappenweise seitens der SUVA zugeführt oder im Rahmen der IV-Abklärungen bei den zuständigen Ärzten erst eingeholt und anschliessend vom RAD eingehend gewürdigt wurden, ist insbesondere auffällig, dass sich Dr. Dd. _____ (Allgemeinmedizinerin) im Fragebogen vom 10. Februar 2014 auf ein "externes Gutachten" stützt, ohne dieses näher zu spezifizieren. Im Gutachten werde der Beschwerdeführerin ein "vorstellbares Arbeitspensum von 25%"

empfohlen", wie es von der Patientin "baldmöglichst gewünscht" worden sei (vgl. E. 7.9.2). Mit der "Ärztlichen Bescheinigung (...)" vom 23. Mai 2014 stellte Dr. Dd. _____ klar, dass sie das "Gutachten vom Schmerzzentrum G. _____ vom 18.07.2013" gemeint habe (E. 7.13.1). Dabei handelt es sich jedoch um einen Arztbericht/"Fragebogen" für die Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente vom 18. Juli 2013 des Schmerzzentrums G. _____, der kein Gutachten im engeren Sinne darstellt (vgl. E. 4.5.3 und 7.6; vgl. SAK-act. 60). Dr. Dd. _____ lässt zudem jegliche medizinische Begründung hinsichtlich der Auswirkungen im angestammten Beruf als auch in einer Verweistätigkeit vermissen. An dieser Stelle ist auf die Ausführungen in Erwägung 7.6, auf die orthopädische Begutachtung vom 18. Juni 2013 durch Dr. V. _____ sowie auf die Stellungnahmen des RAD zu verweisen. Fragwürdig ist auch die Aussage der Allgemeinmedizinerin, dass bei der Beschwerdeführerin eine CTS-OP an der rechten und linken Hand vorgenommen worden sei, zumal gemäss bisher dargelegter Aktenlage einzig eine Karpalkanalspaltung an der linken Hand im November 2011 durchgeführt wurde (vgl. E. 7.3.5, 7.5.2). Eine Aussage zur orthopädischen Behandlung konnte Dr. Dd. _____ nicht machen, wie der RAD-Arzt am 13. Februar 2014 (SVA-act. 58) zutreffend festgestellt hat. Zudem lässt die Diagnose eventuelle Hypertonie seit 5 Jahren nicht auf eine fundiert belegte medizinische Angabe schliessen, weshalb dem "Befund" der Allgemeinmedizinerin nicht die gleiche Beweiskraft beigemessen werden kann, wie dem schlüssigen Gutachten von Dr. V. _____ (E. 4.5.3 mit Hinweis zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung). Gleiches gilt auch für die "Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei SVA Basel-Landschaft" vom 23. Mai 2014 (E. 7.13.1), die keine Diagnosen, Hinweise über den Behandlungsverlauf, Einschätzung der verbleibenden Leistungsfähigkeit oder eine medizinische Begründung für die attestierte 25%ige Belastbarkeit enthält. Insofern können die Angaben der Allgemeinmedizinerin auch nicht den Ausführungen von Dr. V. _____ entgegengehalten werden, zumal das orthopädische Gutachten vom 24. Juni 2013 die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten erfüllt (E. 7.5.1).

E. 8.2

Hinsichtlich der zu beurteilenden medizinischen Situation sowie verbleibenden Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei der medizinische Bericht des Schmerzzentrums G. _____ vom 18. Juli 2013 "unbrauchbar", wie der RAD-Arzt in seiner gleich datierten Stellungnahme feststellte (vgl. E 7.6). Dies ist insofern nachvollziehbar, zumal aus diesem Arztbericht/"Fragebogen" - im Gegensatz zum orthopädischen Gutachten von Dr. V. _____ - nicht hervorgeht, ob die Diagnosen (CRPS Grad I linke Hand, sekundäre Cervicobrachalgie mit Ansatzentzündungen, HWS-Syndrom mit Blockierungs- und Muskelkettenproblematik, V.a. Facettengelenksreizung) eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben. Auch lässt sich der Aussage, die Prognose bezüglich eines CRPS der linken Hand sei aufgrund der Erkrankung "schlecht einzuschätzen", keine Information über die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen.

E. 8.3

Die Beanstandung der Beschwerdeführerin, dass die medizinische Beurteilung durch Dr. V. _____ weder die Berücksichtigung sämtlicher beklagter Beschwerden umfasse noch umfassend oder widerspruchsfrei sei, ist nicht nachvollziehbar, zumal sie nicht aufzeigt, welche aktuellen Beschwerden im "Ärztlichen Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung" vom 24. Juni 2013 nicht berücksichtigt worden sind (vgl. E. 7.5.2

m.w.H.) und inwieweit das Gutachten den anderen Arztberichten widerspricht. Zudem ist festzuhalten, dass Dr. V. _____, der vom deutschen Rentenversicherungsträger beauftragt wurde, eine monodisziplinäre Begutachtung im Fachbereich Orthopädie durchzuführen, ausgewiesener Facharzt für Orthopädie und Sportmedizin ist und somit die hierfür notwendigen Qualifikationen aufweist. Zudem lässt auch der RAD in seinen Stellungnahmen keine Zweifel an den Ausführungen im orthopädischen Gutachten von Dr. V. _____ erkennen. Auch die Vorinstanz (IVSTA) schloss sich den Ausführungen des RAD an, wonach das orthopädische Gutachten von Dr. V. _____ eine ausführliche echtzeitliche und differenzierte fachärztliche Stellungnahme darstelle, die - wie auch die SUVA-Unterlagen - in der Gesamtbeurteilung gewürdigt worden seien (SVA-act. 81 f.). Nachdem der Beweiswert des Gutachtens auch nicht durch die zahlreichen Arztberichte, die eingehenden Abklärungen der SVA Basel-Landschaft sowie nachvollziehbaren Stellungnahmen des RAD geschmälert wurden und der deutsche Sozialversicherungsträger seinen Rentenentscheid im Jahr 2013 darauf stützte, sieht das Bundesverwaltungsgericht keinen Grund, das genannte orthopädische Gutachten nicht als Beweismittel zuzulassen respektive zusätzliche medizinische Abklärungen anzuordnen.

E. 8.4

In ihrer abweisenden Verfügung vom 28. November 2014 (SVA-act. 81 f.) stellte die IVSTA (Vorinstanz) fest, dass aufgrund der dokumentierten Diagnosen ein Belastungsprofil in Verweistätigkeiten mit folgenden Punkten festgelegt worden sei: leichte Tätigkeiten, ohne hohe Ansprüche an die Feinmotorik der Handfertigkeit, langdauernde Wirbelsäulen-Zwangshaltungen im Bereich der HWS seien zu vermeiden, keine Vibrations- oder Stossbelastungen. Es sei jedoch auch festgehalten worden, dass der letzten Tätigkeit als Büroangestellte weiterhin vollschichtig nachgegangen werden könne, da diese Tätigkeit als leidensgerecht anzusehen sei. Ein leidensbedingter Abzug, den die Versicherte respektive ihre Rechtsvertreterin einfordere, erübrige sich somit, wie die Vorinstanz zutreffend festgestellt hat (siehe dazu E. 9.3 mit Hinweis zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung). Die Vorstellung bei Dr. S. _____ (Facharzt für Neurologie) sei im April 2013 im Auftrag der SUVA erfolgt. Gemäss seiner Prognose sei die Prognose zum damaligen Zeitpunkt noch offen gewesen und eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell in erster Linie wegen der linken Hand nicht gegeben. Zu erwähnen sei, dass das klinische Bild verdächtig für ein CRPS I (komplexes regionales Schmerzsyndrom vom Typ I) sei, wie es offenbar schon nach der Karpalkanalspaltung im November 2011, also vor dem zur Diskussion stehenden Unfall, vorgelegen habe [vgl. E. 7.3.5 m.w.H.]. Die Versicherte sei jedoch zum Zeitpunkt des Unfalles (25. Juni 2012) voll arbeitsfähig in einem 100% Pensum als Büroangestellte gewesen [vgl. Sachverhalt Bst. A; SUVA-act. 7.2]. Somit sei ein CRPS mit wechselnder Ausprägung im Verlauf gegeben. Gemäss dem Arztbericht der Hausärztin Dr. Dd. _____ (Ärztin für Allgemeinmedizin) vom 12. Februar 2014 [recte: 10. Februar 2014, vgl. E. 7.9.2] seien bei der letzten Kontrolle im Januar 2014 eine HWS-Distorsion und ein Morbus Sudeck vorgelegen. Beide Diagnosen seien jedoch nicht bei ihr behandelt worden. Auch sei keine weitere Behandlung am Bewegungsapparat erfolgt. Erst im Rahmen des Einspracheverfahrens, also rund ein Jahr später, sei wieder eine fachärztliche Vorstellung bei Dr. Eee. _____ [recte: Dr. Ee. _____], Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, am 1. Juli 2014 erfolgt [vgl. E. 7.1.11]. Hier sei der Verdacht auf ein komplex regionales Schmerzsyndrom Typ 1 geäussert worden, welches "scheinbar" seit November 2011 in wechselnder Ausprägung und mit einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit bestehen soll. Diese 100%-ige Arbeitsfähigkeit sei bereits von Dr.

S. _____ bestätigt worden. Somit könne bei wechselhaftem Verlauf nur auf echtzeitliche Untersuchungsbefunde abgestützt werden, insbesondere wenn diese nicht im Widerspruch zu anderen zeitnahen Beurteilungen stehen. Bei der neurologischen Untersuchung (April 2013) sei ein Carpal-tunnelsyndrom ausgeschlossen worden. Eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit oder einer Verweistätigkeit sei nicht vorgenommen worden. Es sei auch kein Verlauf der Behandlung zum jetzigen klinischen Befund ersichtlich. Aus dem Bericht der Kernspintomographie vom 7. August 2014 hätten sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben. Diesen Ausführungen der Vorinstanz ist nichts hinzuzufügen. Am Rande erwähnt sei, dass die Funktionseinschränkung in der linken und zum Teil rechten Hand sowie die HWS-Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht derart belastend zu sein scheinen, zumal sie zwar das Dressur-Reiten vermeidet, jedoch auch für das "gewöhnliche" Ausreiten mit ihrem eigenen Pferd eine gewisse Motorik und Kraft der Hände benötigt. Abgesehen davon dürfte es auch für jeden Laien einleuchtend sein, dass das Reiten eine Belastung für die Halswirbelsäule darstellen kann (E. 7.5.2). Im Übrigen lag es im Ermessen der Vorinstanz, weitere medizinische Abklärungen im Rahmen einer weiteren Begutachtung vornehmen zu lassen. Das Bundesverwaltungsgericht sieht jedoch keinen Grund, in das Ermessen der Vorinstanz einzugreifen, zumal die Vorinstanz beziehungsweise die abklärende SVA Basel-Landschaft ihren Abklärungspflichten nachweisbar nachgekommen ist. Die Beschwerdeführerin dringt somit mit ihren vor Bundesverwaltungsgericht vorgebrachten Rügen, es seien eventualiter weitere medizinische Abklärungen durchzuführen, da unter anderem das monodisziplinäre Gutachten von Dr. V. _____ widersprüchlich und nicht umfassend die aktuellen Beschwerden der Beschwerdeführerin enthalte, nicht durch.

E. 9.1

Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass die Vorinstanz im Rahmen der Ermittlung des Invaliditätsgrades keinen angemessenen leidensbedingten Abzug aufgrund des vorgerückten Alters, der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen sowie des vermutlich schwierigen Wiedereinstiegs der Beschwerdeführerin in den Arbeitsmarkt berücksichtigt habe. Die Vorinstanz argumentiert, dass die Beschwerdeführerin - nebst leichten Tätigkeiten, ohne hohe Ansprüche an die Feinmotorik der Handfertigkeit, Vermeidung von langdauernden Wirbelsäulen-Zwangshaltungen im Bereich der HWS und ohne Vibrations- oder Stossbelastungen - auch in ihrer letzten Tätigkeit als Büroangestellte weiterhin in einem Arbeitspensum von 100% arbeiten könne, da diese Tätigkeit als leidensgerecht anzusehen sei. Ein leidensbedingter Abzug erübrige sich somit.

E. 9.2

Zunächst sind die für die Prüfung des ermittelten Invaliditätsgrades massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen und Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich bei Erwerbstätigen hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad

bestimmen lässt (BGE 130 V 349 E. 3.4.2). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 9.3

Um den Invaliditätsgrad ermitteln zu können, ist zunächst das Valideneinkommen sowie das Invalideneinkommen zu berechnen.

E. 9.3.1

Die bisherige Bürotätigkeit der Beschwerdeführerin wäre erfahrungsgemäss fortgesetzt worden, weshalb in der Regel vom letzten Lohn auszugehen ist, der vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt wurde (E. 8.1.2). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin arbeitete sie bis zum Eintritt des Versicherungsfalles (25. Juni 2012) als Büroangestellte in einem Arbeitspensum von 100% und mit einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 3'600.- (* 13 Monate; bzw. Fr. 3'900.- * 12 Monate). Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen betrug für das Jahr 2012 somit Fr. 46'800.- bei einem Wert von 100% (Fr. 3'900.- * 12 Monate). Dieses Einkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung gemäss Tabelle 39 "Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015" bis zum Jahr 2014 (Verfügungszeitpunkt) mit einer Indexsteigerung von 2,7% (2012: 1%; 2013: 0,7%; 2014: 1%) anzupassen, womit ein jährliches hypothetisches Erwerbseinkommen ohne Invalidität von rund Fr. 48'064.- (1% von Fr. 46'800.- * 102,7%) beziehungsweise ein monatliches hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 4'005.- (Fr. 48'064.- : 12 Monate) resultiert. Da der Beschwerdeführerin nebst einer leidensadaptierten Tätigkeit auch eine von ihr zuletzt ausgeübte Bürotätigkeit in einem Arbeitspensum von 100% zuzumuten ist, ist das errechnete hypothetische Valideneinkommen auch als Invalideneinkommen heranzuziehen.

E. 9.3.2

Für die Berechnung des Invalideneinkommens hat die Vorinstanz - ausgehend von einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 100% bei einer der gesundheitlichen Situation angepassten Tätigkeit - einen Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG zugunsten der Beschwerdeführerin durchgeführt, indem sie anhand der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010 des Bundesamtes für Statistik (LSE 2010, Tabelle TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 4) ein monatliches Einkommen von Fr. 5'160.- (100%) bei einem Arbeitspensum von 40 Stunden pro Woche ermittelt, auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden umgerechnet ($[\text{Fr. } 5'160.- : 40] \times 41.7 = \text{Fr. } 5'379.30$) und anschliessend die Lohnentwicklung für die Jahre 2012 bis 2014 mit einer Indexsteigerung von 2,7% berücksichtigt hat ($[\text{Fr. } 5'379.30 : 100] \times 102.7\% = \text{Fr. } 5'524.54$ pro Monat). Daraus ergibt sich ein berechnetes jährliches Erwerbseinkommen von Fr. 66'294.48 (Fr. 5'524.54 * 12 Monate) beziehungsweise gerundet auf Fr. 66'295.- (bzw. Fr. 5'524,59 pro Monat) in einer Verweistätigkeit im Umfang von 100%. Im Ergebnis ist die Vorinstanz von einem gleich hohen Validen- und Invalideneinkommen (für eine leidensadaptierte Verweistätigkeit) ausgegangen (B-act. 1/2). Zu beanstanden ist in diesem Zusammenhang, dass die Vorinstanz nicht vom letzten Lohn der Beschwerdeführerin ausgegangen ist (vgl. E. 8.2.1 und 8.2.3). Auch ist der LSE 2010 (Tabelle TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 4) kein

monatliches Einkommen von Fr. 5'160.- zu entnehmen. Gemäss LSE 2010, TA 1, "45-96 Sektor 3 Dienstleistungen" ist bei einem Anforderungsniveau 4 für Frauen ein monatliches Einkommen von Fr. 4'206.- bei einer 40-Stunden-Woche in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit vorgesehen, das auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden umzurechnen ist ($[\text{Fr. } 4'206.- : 40] \times 41.7 = \text{Fr. } 4'384.75$) und anschliessend die Lohnentwicklung für die Jahre 2012 bis 2014 mit einer Indexsteigerung von 2,7% berücksichtigt hat ($[\text{Fr. } 4'384.75 : 100] \times 102.7\% = \text{Fr. } 4'503.13$ pro Monat). Daraus ergibt sich ein berechnetes jährliches Erwerbseinkommen von rund Fr. 54'038.- (bzw. rund Fr. 4'503.- pro Monat) in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit im Umfang von 100%, welches höher ist, als jenes für ihre zuletzt ausgeübte und aus medizinischer Sicht zu 100% zumutbare Bürotätigkeit. Somit besteht auch keine Erwerbseinbusse, denn die Invalidenversicherung im Falle einer Anspruchsberechtigung in Form einer Rente auszugleichen hat, sondern ein hypothetischer Erwerbszuwachs von Fr. 5'974.- (hypothetisches Valideneinkommen als Büroangestellte von Fr. 48'064.- abzüglich Invalideneinkommen in einer Verweistätigkeit von Fr. 54'038.-).

E. 9.4

Ein ordentlicher Einkommensvergleich kann sich namentlich dann erübrigen, wenn für das Validen- und das Invalideneinkommen dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen werden darf (BGE 114 V 310 E 3a S. 313; Urteil des BGer 9C_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2). Das ist vorliegend der Fall, da aufgrund der medizinischen Feststellungen (auch) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellte eine anspruchsausschliessende Restarbeitsfähigkeit von 100% ab 18. Juni 2013 bestanden hat und die Beschwerdeführerin ein jährliches hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 48'064.- hätte generieren können (vgl. E. 8.4). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erfolgt bei einem zulässigen Prozentvergleich, so wie er von der Vorinstanz vorgenommen wurde, kein leidensbedingter Abzug (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a). Da der Beschwerdeführerin nicht nur eine leidensadaptierte Verweistätigkeit, sondern auch eine Tätigkeit in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf als Büroangestellte zumutbar ist, wäre gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. Urteil I 870/05 des Bundesgerichts vom 2. Mai 2007, E. 9) die Annahme eines Leidensabzugs nicht vertretbar.

E. 9.5

Wie bereits eingehend in den Erwägungen zu den medizinischen Ausführungen sowie von der Vorinstanz korrekt festgestellt, bestand ab 18. Juni 2013 eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit und daher ein Invaliditätsgrad von 0%. Ab 17. Oktober 2013 war die Beschwerdeführerin erneut zu 100% arbeitsunfähig. Bereits ab 31. Oktober 2013 war jedoch ein Invaliditätsgrad von 0% aufgrund einer ärztlich attestierten 100%-igen Arbeitsfähigkeit feststellbar (B-act. 1/2). Gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG hätte die Beschwerdeführerin während eines Jahres (25. Juni 2013) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig sein müssen (E. 6.3 mit Hinweis zu Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG). Da sie jedoch ab 18. Juni 2013 (vor Ablauf des ersten Wartjahres) wieder zu 100% arbeitsfähig war, besteht für diesen Zeitraum kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Ab 17. Oktober 2013 war die Beschwerdeführerin erneut zu 100% arbeitsunfähig und ab 31. Oktober 2013 wieder zu 100% erwerbsfähig. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (E. 6.4 mit Hinweis zu Art. 88a Abs. 2 IVV). Da eine Erwerbsunfähigkeit von

lediglich 14 Tagen vorlag, ist dieser Zeitraum nicht zu berücksichtigen, wie die Vorinstanz zu Recht festgestellt hat. Somit besteht auch für diesen Zeitraum kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 10

Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin wurde seitens des Bundesverwaltungsgerichts festgestellt, dass gemäss den eingehenden Abklärungen der SVA Basel-Landschaft (und zuvor der SUVA), den Ausführungen im erwähnten Fachgutachten vom 24. Juni 2013 und den in den verschiedenen Stellungnahmen durch den RAD gewürdigten Arztberichten der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine alternative leichte, leidensadaptierte Tätigkeit - auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellte - im Umfang von 100% ab 18. Juni 2013 zumutbar war (E. 8). Ohnedies besteht kein rentenbegründeter Anspruch, wenn - wie vorliegend - das Wartejahr von einem Jahr unterschritten wird (E. 9). Für den Zeitraum vom 17. Oktober bis einschliesslich 30. Oktober 2013 konnte eine allfällige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht berücksichtigt werden, da diese Zeitspanne der Arbeitsunfähigkeit weniger als 3 Monate gedauert hat. Zudem ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vorliegend kein Leidensabzug vertretbar, zumal die Beschwerdeführerin nicht nur eine leidensadaptierte Verweistätigkeit, sondern auch eine Tätigkeit in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf als Büroangestellte zumutbar ist (E. 9). Aufgrund der vorstehenden Erwägungen erweist sich die angefochtene Verfügung vom 28. November 2014 im Ergebnis als rechters, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist unter Berücksichtigung eines nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrades von 0% abzuweisen.

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind - unter Berücksichtigung des zusätzlichen Aufwands für die Prüfung des mit Zwischenverfügung vom 13. März 2015 abgewiesenen Gesuchs um entgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Verbeiständung (Art. 2 Abs. 1 VGKE) - auf Fr. 500.- festzusetzen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 500.- zu verrechnen.

E. 11.2

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 jedoch 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 keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Dispositiv auf der nächsten Seite)

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