

BVGer C-2827/2020 vom 1. Februar 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2827_2020

FR: TAF C-2827/2020 du 1 février 2022

IT: TAF C-2827/2020 del 1 febbraio 2022

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 20. Mai 2020) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 m.H). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland und hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nachschweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger

C-2827/2020 Seite 5 eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

E. 3.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). 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). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 4

IVG – auch Viertelsrenten ins Ausland ausbezahlt werden, wenn die Begünstigte nicht in der Schweiz, sondern in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnt (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3).

E. 4.1

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

C-2827/2020 Seite 6 zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne

wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.3

Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Das auf die Beschwerdeführerin anwendbare FZA (vgl. E. 2.2 hiervor) sieht diesbezüglich eine Ausnahme vor. So können gestützt auf das FZA und seine Verordnungen – abweichend von Art. 29 Abs.

E. 5.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

C-2827/2020 Seite 7

E. 5.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 5.3

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, lediglich gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 5.4

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somato- forme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Lei- den (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systemati- sierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tat- sächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

E. 6

Insoweit die Beschwerdeführerin vorbrachte, ihr Akteneinsichtsgesuch vom 10. März 2020 sei von der Vorinstanz bislang ohne Begründung igno- riert worden (Bst. B), und somit eine Verletzung des Anspruchs auf rechtli- ches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 26 ff. VwVG) monierte, kann festgehal- ten werden, dass eine allfällige Gehörsverletzung in jedem Fall als geheilt betrachtet werden kann, da dem Bundesverwaltungsgericht als Beschwer-

C-2827/2020 Seite 8 deinstanz volle Kognition zukommt und der Beschwerdeführerin mit Verfü- gung vom 15. September 2020 (vgl. Bst. E) umfassende Akteneinsicht und die Möglichkeit zur Stellungnahme dazu im Rahmen der Replik gewährt wurde (vgl. Urteil des BVGer C-607/2018 vom 19. Mai 2020 E. 4.3 m.H.).

E. 7

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Leistungsgesuch zu Recht abgewiesen hat bzw. ob sich der medizinische Sacherhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 7.1

Die rentenablehnende Verfügung vom 20. Mai 2020 wurde damit be- gründet, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine gewinnbringende Tätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar (act. 45).

E. 7.2

Die Verfügung vom 20. Mai 2020 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Berichten:

E. 7.2.1

Prof. Dr. med. B. _____, Facharzt für Orthopädie der Rehabilitäts- einrichtung C. _____, diagnostizierte am 8. Oktober 2018 (act. 16 S. 1) Folgendes: Cervicobrachialgien beidseits bei Osteochondrosen und Protrusion C5–C7, Impingement rechte Schulter, arterieller Hypertonus, chronische Lumbalgie bei Verdacht auf Beckenverwringung. Die berufliche Leistungsfähigkeit wurde aus orthopädischer Sicht auf sechs Stunden und mehr für leichte bis mittelschwere Arbeiten eingestuft (act. 16 S. 2).

E. 7.2.2

Dr. med. D. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, diag- nostizierte in seinem nervenärztlichen Gutachten für die gesetzliche Ren- tenversicherung vom 21. Mai 2019 Folgendes (act. 15 S. 11): Tinnitus, schnappende Finger, reaktive depressive Symptomatik bei privater sowie sozialer Belastungssituation, kleines Aneurysma der Arteria cerebri media, degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom und ein Impingementsyndrom der rechten Schulter. Im offiziellen Formular des deutschen Versicherungs- trägers zum

ärztlichen Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung hielt er am 27. Mai 2019 fest, dass bei der Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. 14 S. 2) und keine relevante psychiatrische Erkrankung vorliege, die eine Leistungsminderung bedingen würde (act. 14 S. 3).

E. 7.2.3

Nach der Magnetresonanztomographie (MR-Angio) der intracerebralen Gefässe nativ vom 3. Juni 2019 (act. 34) hielt Prof. Dr. med. E. _____, Chefarzt der Neurologischen Abteilung des Klinikums

C-2827/2020 Seite 9 F. _____, am 6. Juni 2019 fest (act. 33), dass wegen des aneurysmasuspektigen Befundes an der linken Arteria cerebri media aufgrund des assoziierten Blutungsrisikos die Indikation zur weiteren Abklärung mittels Katheterangiographie bestehe.

E. 7.2.4

Prof. Dr. Med. G. _____, Direktor des H. _____ Centrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, diagnostizierte am 17. Oktober 2019 Folgendes (act. 35): linksseitiges Media-Aneurysma (ca. 3 mm), grössenkonstant seit 2015, aufgefallen im Rahmen einer Schwindelabklärung. Er führte aus, dass aufgrund der Grösse kein Handlungsbedarf gesehen werde. Es werde eine erneute MR-Angio-Verlaufskontrolle in einem Jahr empfohlen.

E. 7.2.5

Dem Bericht von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie der J. _____ GmbH, vom 21. Oktober 2019 (act. 37) zufolge wurden von diesem ein Aneurysma der Arteria cerebri media links (I67.10) und eine Angsterkrankung (F41.9) diagnostiziert.

E. 7.2.6

Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädie gab in seiner ärztlichen Bescheinigung vom 29. Oktober 2019 (act. 38) an, dass mit anhaltenden gesundheitlichen Störungen zu rechnen sei. Die Erwerbsfähigkeit sei durch die gesundheitlichen Störungen erheblich eingeschränkt. Er befürworte, den Einschränkungsggrad der Berufs- und Erwerbsfähigkeit gemäss den gesetzlichen Bestimmungen festzulegen.

E. 7.2.7

Der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2020 (act. 42) aus, dass diagnostizierte Aneurysma der Arteria cerebri media links erfordere aktuell keine neurochirurgische Intervention. Alle anderen Pathologien seien gut dokumentiert und kompatibel mit der angestammten Arbeitstätigkeit als SAP Beraterin. Es bestehe keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit.

E. 7.3

Im Beschwerdeverfahren wurden folgende bislang noch nicht im Recht liegende medizinische Berichte zu den Akten gereicht:

E. 7.3.1

Bereits am 11. September 2019 stellte Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, die Diagnose einer (Iliosakralgelenkblockierung) – Funktionsstörung / Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder

Kopfgelenke; M99.84; BVGer-act. 1 Beilage 13). Am 23. Juli 2020 diagnostizierte er (BVGer-act. 10 Beilage) Folgendes: Allergie gegenüber Penicillin in der Eigenanamnese (Z88), Schlafapnoe,

C-2827/2020 Seite 10 nicht näher bezeichnet (G47.39), arterielle Hypertonie (I10.9), Zervikobrachial-Syndrom beidseitig (M53.1), Impingement-Syndrom der Schulter rechts (M75.4), chronische Lumbalgie (M54.5), Hirnaneurysma (I67.1), reine Hypercholesterinämie (E78.0), Asthma bronchiale (J45.9), Angststörung, nicht näher bezeichnet (F41.9), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1).

E. 7.3.2

Einem ärztlichen Attest der Gemeinschaftspraxis N._____, Akupunktur, Chirotherapie und Sportmedizin, vom 8. Oktober 2020 (BVGer-act. 10 Beilage) zufolge sei die Leistungsfähigkeit der Versicherten deutlich reduziert und eine berufliche Tätigkeit von mehr als drei Stunden nicht mehr zumutbar. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: Neuro-Borreliose mit Spätfolgen, depressives Syndrom mit mittelgradiger Episode, Zustand nach Burn-out-Syndrom (2017), Erschöpfungssyndrom, Anspannungszustand, Somatisierungsstörung, multiple Ängste, Impingementsyndrom Schulter rechts, chronisch degeneratives Halswirbelsäulen-Lendenwirbelsäulen-Syndrom, Zervikocephalgie, chronische Lumbalgie, Asthma bronchiale, obstruktive Schlafapnoe, arterielle Hypertonie, cerebrales Aneurysma, Tinnitus beiderseits, Schwindel, Sehinderung (Glaskörpertrübung), chronisch rezidivierende Gastritis.

E. 7.4

Nachdem die Beschwerdeführerin am 26. Mai 2020 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht und den Schweizer Behörden damit zur Kenntnis gebracht hatte, dass ihr seitens des deutschen Versicherungsträgers im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens eine Rente wegen voller Erwerbsunfähigkeit ab Januar 2019 zugesprochen worden war (BVGer-act. 1, Beilage 15), ersuchte die Vorinstanz den deutschen Versicherungsträger am 26. Juni und erneut am 27. Juli 2020 um Zustellung des im deutschen Widerspruchsverfahren eingegangenen neuen Bescheides und allfälliger im Widerspruchsverfahren eingegangener neuer medizinischer Unterlagen (act. 46 f.). Am 5. August 2020 (eingegangen bei der Vorinstanz am 11. resp. 17. August 2020 [act. 48 sowie Aktenverzeichnis der vorinstanzlichen Akten vom 8. September 2020]) liess der deutsche Versicherungsträger der Vorinstanz folgende, bislang nicht im Recht liegende Arztberichte zukommen:

E. 7.4.1

Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie und Innere Medizin, stellte am 30. Oktober 2015 (act. 50) folgende Diagnosen: unsystematischer Schwindel, aktivierte Stressachsen, Migräne bis zur Menopause, inzidentelles symptomatisches kleines Aneurysma der Arteria cerebri media

C-2827/2020 Seite 11 im C1 Abschnitt links, Allergie gegen Collophonium und Penicillin, Adipositas Grad I BMI 30,5. Es bestehe ein Verdacht auf ein kleines Aneurysma links im M1 Abschnitt der Arteria cerebri media von einer Grösse von 4 mm. In seiner Beurteilung hielt der Facharzt fest, dass am wahrscheinlichsten ein unsystematischer Schwindel im Rahmen einer akzentuierten Stressbelastung bestehe. Er empfahl gegebenenfalls

stressverarbeitende Massnahmen zu erlernen. Es sei aber in jedem Falle festzuhalten, dass eine ausführliche organische Abklärung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in Gänze durchgeführt worden sei. Aus internistischer Sicht empfehle sich die Durchführung eines Ruhe-Echokardiogramms (EKG), gegebenenfalls eines Belastungs-EKGs, eines ambulanten Blutdruck-Monitorings (ABDM) und eines Langzeit-EKGs zum Ausschluss rhythmogener Ursachen. Im Hinblick auf das inzidentelle Aneurysma im M1-Bereich der Arteria cerebri media links empfehle sich eine kernspintomographische Kontrolle, um den Befund richtig einordnen zu können.

E. 7.4.2

Dr. med. P. _____ und Q. _____, beides Fachärzte für Innere Medizin, diagnostizierten am 8. Februar 2016 (act. 52) eine Barrettschleimhaut ohne Dysplasien im unteren Ösophagus und eine leichte Erhöhung von Entzündungsparametern. Eine erste Kontrolle der Barrettveränderung werde nach einem Jahr empfohlen, dann in dreijährigen Abständen. Bei anhaltenden Beschwerden solle eventuell noch eine Koloskopie durchgeführt werden.

E. 7.4.3

Am 25. Januar 2018 fand eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule nativ (act. 54 S. 1) und am 26. Januar 2018 eine solche der Brustwirbelsäule statt (act. 54 S. 2). In seiner Beurteilung der Kernspintomographie der Halswirbelsäule schloss Dr. med. R. _____, Facharzt für diagnostische Radiologie/Neuroradiologie, auf eine Osteochondrose HWK 5-7 mit breitbasigen Prostrusionen rechtsseitig betont bei C5/6, linksseitig betont im Segment C6/7, eine relative Spinalkanalstenose und Neuroforamenstenosen rechts bei C5/6 und links bei C6/7, discoosteoligamentär bedingt, sowie eine beginnende Osteochondrose bei C4/5.

E. 7.4.4

Gemäss individueller Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde vom 11. November 2019 (act. 59) diagnostizierte Dr. med. S. _____ am 7. Januar 2020 eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig (F33.1). Er empfahl eine stationäre Behandlung (Rehabilitation), eine Abklärung bei einem Facharzt für Innere Medizin, eine ambulante Psychotherapie (Verhaltenstherapie) und das Stellen eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente.

C-2827/2020 Seite 12

E. 7.4.5

Dr. med. T. _____, U. _____ und V. _____, alles Fachärzte für Innere Medizin, diagnostizierten am 18. Dezember 2019 (act. 61) Folgendes: arterielle Hypertonie, Adipositas, Durchschlafstörung, Tagesmüdigkeit, obstruktive Schlafapnoe (OSA) und ein cerebrales Aneurysma.

E. 7.4.6

Am 10. März 2020 diagnostizierte Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, (act. 60) Folgendes: Zervikobrachial-Syndrom, chronische Lumbalgie, arterielle Hypertonie und Schlafapnoe. Die Versicherte sei in den letzten zwei Jahren nicht arbeitsunfähig gewesen und auch derzeit liege keine Arbeitsunfähigkeit vor.

E. 7.4.7

Gestützt auf die zuvor genannten, von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten und seitens der Vorinstanz neu ins Verfahren einbezogenen Arztberichte äusserte der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, in seiner im Zuge der Vernehmung von der Vorinstanz eingeholten Stellungnahme vom 24. August 2020 (BVGer-act. 8 Beilage 2) die Auffassung, dass aus somatischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit verursachende Leiden bestünden. Er empfahl jedoch, eine psychiatrische Beurteilung des ärztlichen Dienstes einzuholen. Die RAD-Ärztin Dr. med. W. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 2. September 2020 aus (BVGer-act. 8 Beilage 4), eine zuverlässige Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes sei anhand der Unterlagen nicht möglich. Weitere medizinische Abklärungen seien erforderlich. Eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz wäre somit angezeigt. Die Empfehlung erfolge nach Rücksprache mit Dr. med. X. _____, Facharzt für Psychiatrie.

E. 7.5

Angesichts der vorliegenden medizinischen Berichte und den Ausführungen der IV-Ärztin Dr. med. W. _____ vom 2. September 2020 liegen Hinweise dafür vor, dass den Akten kein lückenloser Untersuchungsbefund bezüglich den geltend gemachten Leiden entnommen werden kann.

E. 7.5.1

Bezüglich der Schulter-, Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden sowie für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit konnte sich der IV-Arzt Dr. med. L. _____ zwar auf eine fachärztliche, klinische Untersuchung stützen. So hat der Orthopäde Prof. Dr. med. B. _____ auch ein Belastungsprofil (leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit, zeitweise Arbeitshaltung im Stehen, überwiegend im Gehen und im Sitzen usw. [act. 16 S. 2]) definiert. Dennoch hat er keine fachgerechte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgenommen (vgl. E. 7.2.1). Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist eine Diagnose des

C-2827/2020 Seite 13 Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung. So sind etwa bei den Bewegungsprüfungen nicht die Winkelgrade ausschlaggebend – wie im Arztbericht angegeben (vgl. act. 16 S. 6) –, sondern die Brauchbarkeit eines Gelenkes, die praktische Leistungsfähigkeit bzw. die Behinderung im täglichen Leben. Diese sind deshalb bei der Bewegungsprüfung der einzelnen Gelenke zusätzlich anzugeben (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2, Urteil des BVGer C-817/2021 vom 4. November 2021 E. 4.8.1). Ärztliche Berichte, welche diese Anforderungen erfüllen, standen dem medizinischen Dienst für die Beurteilung nicht zur Verfügung.

E. 7.5.2

Im Jahr 2012 wurde gemäss der Beschwerdeführerin (vgl. act. 31 S. 5) erstmals eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Im Oktober 2019 kam eine Angsterkrankung hinzu (vgl. E. 7.2.5). Aus den vorhandenen Berichten, in denen entsprechende Diagnosen gestellt werden (vgl. E. 7.2.2, 7.2.5, 7.3.1, 7.3.2 und 7.4.4), sind weder detaillierte Beschwerdeschilderungen noch eine Herleitung der Diagnosen ersichtlich. Auch eine Einschätzung zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen fehlt. Des Weiteren ist eine psychopharmakologische

Behandlung nicht erwähnt. Ob die empfohlene stationäre psy- chiatrische oder eine ambulante Psychotherapie stattgefunden hat, ist auch nicht ersichtlich. Ferner verfolgt das fachärztliche Gutachten von Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, einen neurolo- gischen Untersuchungsschwerpunkt (act. 15 S. 8 f.). Sein psychopatholo- gischer Befund ist unvollständig.

E. 7.5.3

Bezüglich des am 30. Oktober 2015 diagnostizierten Aneurysmas der Arteria cerebri media im M1 Abschnitt links kann festgehalten werden, dass die von Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie und Innere Medizin, empfohlene kernspintomographische Kontrolle stattgefunden hat (vgl. E. 7.4.1 und 7.4.3). Eine von Prof. Dr. med. E._____, Chefarzt der Neurologischen Abteilung des Klinikums F._____, aufgrund des aneu- rysmasuspekten Befundes an der linken Arteria cerebri media nahegelegte Katheterangiographie ist jedoch nicht erfolgt. Dr. med. G._____, Direktor des H._____, Centrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, war der Ansicht, dass aufgrund der Grösse des Aneurysmas kein Hand- lungsbedarf bestehe. Es werde eine MR-Angio-Verlaufskontrolle in einem Jahr empfohlen (E. 7.2.4). Das RAD hat zu den unterschiedlichen Empfeh- lungen weder im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens noch im Zuge

C-2827/2020 Seite 14 der Vernehmlassung explizit Stellung genommen (vgl. act. 42; BVGer-act.

E. 7.5.4

Aus internistischer Sicht wurde die Durchführung eines Ruhe-EKGs, gegebenenfalls eines Belastungs-EKGs, eines ambulanten Blutdruck-Mo- nitorings (ABDM) und eines Langzeit-EKGs zum Ausschluss rhythmogener Ursachen empfohlen (vgl. E. 7.4.1). Diese Untersuchungen sind, soweit aus den Arztberichten ersichtlich, nicht erfolgt.

E. 7.5.5

Somit ist es den versicherungsinternen Ärzten nicht möglich, ein voll- ständiges Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu erlangen. Es ist daher nachvollziehbar, dass Dr. med. W._____ davon ausgeht, dass gestützt auf die vorhandenen Akten eine abschliessende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands und der daraus folgen- den allfälligen Arbeitsunfähigkeit nicht möglich ist, und daher weitere me- dizinische Abklärungen erforderlich sind. Für das Bundesverwaltungsge- richt sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb dem Antrag der Vorinstanz auf Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung nicht ent- sprochen werden sollte. So kann die Beschwerdeführerin auch aus dem Umstand, dass ihr vom deutschen Versicherungsträger gestützt auf die im Recht liegenden medizinischen Berichte eine Rente zugesprochen wurde, nichts zu ihren Gunsten ableiten, weil die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versiche- rungs- träger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbe- ginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 7.6

Aus den Akten ergibt sich, dass eine neurologische, orthopädische, in- ternistische und psychiatrische Abklärung der Beschwerdeführerin erfor- derlich ist. Da die vorliegenden Berichte mehrere medizinische Fachge- biete betreffen, ist in Übereinstimmung mit der IV-Ärztin Dr. med. W._____ eine entsprechend umfassende Abklärung des Sachverhalts

in Form eines polydisziplinären Gutachtens zu veranlassen, um die gesamt- medizinische Situation rechtsgenügend zu erfassen (vgl. auch Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.7).

E. 8

Insgesamt erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die

C-2827/2020 Seite 15 Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 8.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und in Gutheissung des Antrags der IVSTA zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4); dies ist vorliegend namentlich in Bezug auf massgebliche Fragen im Zusammenhang mit den erhöhten Anforderungen an die psychiatrische Diagnosestellung und die fehlende Erhebungen für eine rechtskonforme Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14 mit Hinweisen) und weil im vorliegenden Neuanmeldeverfahren noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde (Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 5.1), der Fall. Überdies würde der Beschwerdeführerin mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewährt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 8.2

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m.H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

E. 8.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen

C-2827/2020 Seite 16 Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGER 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGER C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 8.4

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 20. Mai 2020 – wie von der Vorinstanz in ihrer Vernehmung vom 9. September 2020 beantragt – aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

C-2827/2020 Seite 17

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