

BVGer C-380/2018 vom 21. Oktober 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-380_2018

FR: TAF C-380/2018 du 21 octobre 2019

IT: TAF C-380/2018 del 21 ottobre 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der Verfügung vom 28. November 2017 zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (BVGer act. 16), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 10. Januar 2018 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 und Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG).

E. 2.1

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. 2.2

Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es 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. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin ist kroatische Staatsangehörige und hat ihren Wohnsitz in Kroatien. Damit gelangen (seit 1. Januar 2017) das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni

1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. Urteile des BVGer C-3981/2016 vom 14. November 2018 E. 2 und C-5609/2016 vom 8. März 2018 E. 3.1).

E. 2.5

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 28. November 2017 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.1

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

E. 3.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im

Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 3.3

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. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 3.4

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 3.5

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen

zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 3.6

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

E. 3.7

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

E. 3.8

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der

Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; vgl. BGE 137 V 334; vgl. auch BGE 141 V 15 E. 3.2).

E. 4

Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist Folgendes zu erwägen:

E. 4.1

Im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D._____ vom 22. Dezember 2013 wurden folgende Diagnosen festgehalten: (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 1. Chronisches, zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom; (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 2. Chronische Migräne; 3. Essentielle arterielle Hypertonie; 4. Tinnitus rechts; 5. Verdacht auf orthostatischen Schwindel mit rezidivierenden vagovasalen Synkopen (IV-act. 88 p. 35). Diagnosen aus versicherungspsychiatrischer Sicht wurden - bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % - verneint (IV-act. 88 p. 34).

E. 4.2

Unter dem Titel «Stellungnahme zur aktuellen Situation, Begründung der eigenen Diagnosen und Diskussion über eventuell abweichende Beurteilung in den Akten» erörterte die Begutachtungsstelle D._____ Folgendes (IV-act. 88 p. 37 ff.):

E. 4.2.1

«Aktuell beklagt die Versicherte Dauerschmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, welche im Bereich der LWS bis in die HWS ausstrahlen. Am schlimmsten seien die Beschwerden während der Nacht und morgens nach dem Aufstehen. Vom Nacken strahlen die Schmerzen über die rechte Schulter zirkulär in den rechten Arm, der auch gefühl- und kraftlos sei. Vor allem spüre sie nichts mehr in den ersten zwei Fingern ihrer rechten Hand und lasse deshalb immer wieder Gegenstände fallen. Vom Kreuz her strahlen die Schmerz übers rechte Gesäss zirkulär ins Bein bis in die Spitze aller Zehen. Vor allem verspüre sie Schmerzen im Fussballen und habe deshalb Mühe beim Laufen. Nach einer halben Stunde müsse sie deshalb absitzen oder noch besser abliegen. Sitzen könne sie etwa eine Stunde lang, wobei sie sich dann auf dem Stuhl sehr gerade halten müsse. Am bequemsten sei die liegende Position, wobei sie auch nachts wiederholt wegen Schmerzen erwache und dann wieder eine neue Lage suchen müsse. Trotz ihrer Beschwerden versuche die Versicherte, täglich mindestens eine halbe Stunde lang spazieren zu gehen. Im Sommer gehe sie auch täglich ans Meer schwimmen und mache auch heimgymnastische Übungen zu Hause, die sie von ihrer Schwiegertochter, welche als Physio-therapeutin arbeite, gelernt habe. Ein- bis zweimal pro Jahr werde sie von ihrem Psychiater in eine Elektrotherapie geschickt, wobei sie das selber finanzieren müsse.»

E. 4.2.2

«Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte allgemein-internistische Untersuchung ergibt das Bild einer 54-jährigen, altersentsprechend aussehenden, normosomen Frau in normalem Allgemeinzustand. Der internistische Status ist unauffällig, ohne Hinweise für eine kardiovaskuläre, pulmonale oder gastrointestinale Pathologie. Korrelierend dazu finden sich ein normales EKG und eine normale Spirometrie. Die berichteten Synkopen sind am ehesten orthostatischer Genese, zumal eine andere, neurokardiogene Ursache ausgeschlossen werden konnte. In den Laboruntersuchungen lassen sich keine pathologischen Werte erheben. Somit kann als einzige internistische Diagnose die einer aktuell gut behandelten arteriellen Hypertonie ohne Spätfolgen gestellt

werden. Aus internistischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht eingeschränkt.»

E. 4.2.3

«Zur rheumatologischen Untersuchung erscheint die Versicherte mit Halskrause und Lendenmieder. Im Laufe der Anamneseerhebung und auch des Untersuchs wächst der Verdacht auf Rentenbegehrlichkeit. Als pathologische Befunde erhoben werden können eine schlecht bewegliche Gesamtwirbelsäule mit stark verspannter und druckdolenter Rückenmuskulatur im Zervikal-, Thorakal- und Lumbalbereich. Diese schlechte Beweglichkeit der Wirbelsäule ohne neurologische Defizite ist den leicht degenerativen Veränderungen der LWS sowie den degenerativen Veränderungen der HWS mit zusätzlich Status nach Diskushernienoperation C 5/6 mit Cage-Implantation zuzuordnen. Heute bestehen aber mit Sicherheit sowohl zervikal als auch lumbal keine radikulären Symptome mehr und die Schmerzen im Oberschenkel rechts und auch gelegentlich im Unterschenkel sowie die Schmerzen im rechten Arm sind rein spondylogener Natur. Die schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Gesamtwirbelsäule steht deutlich in Diskrepanz zu den bildgebenden Befunden. Die rechtseitige Hypästhesie, nicht dermatombezogen, ist als funktionell anzusehen und nicht limitierend. Beim Gelenkuntersuch der peripheren und stammnahen Gelenke findet man durchwegs altersentsprechend normale Verhältnisse ohne Zeichen der Degeneration oder Entzündung der entsprechenden Gelenke. Auch beim Untersuch der Muskulatur findet man weder Atrophien noch Schwellungen, was gegen etwelche Schonung spricht. Demzufolge ist die Versicherte für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Schweiz als Haushälterin im Altersheim (...) als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in Kroatien als Blanchisseuse in einer Grosswäscherei aus rheumatologischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit, wechselbelastend, nicht nur in stehender und nicht nur in sitzender Position, ohne Heben schwerer Lasten über 3 kg und ohne repetitive Arbeiten in gebückter Haltung ist jedoch 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben.»

E. 4.2.4

«Bei der neurologischen Untersuchung steht ein chronisches Schmerzsyndrom, das sich als Zervikobrachialgie rechts und als Lumbago mit pseudoradikulärer Symptomatik rechts äussert, im Vordergrund der Beschwerden. Ein neurologisches Ausfallsyndrom lässt sich nicht nachweisen. Die Schwindelsymptomatik imponiert am ehesten als orthostatischer Schwindel, der dann auch zu manifesten Bewusstseinsverlusten, am ehesten vagovasalen Synkopen, führt. Eine kardiologische Untersuchung schien unauffällig zu sein. In Betracht kommen medikamentöse Nebenwirkungen der eingenommenen Antihypertensiva und Antidepressiva. Die Kopfschmerzsymptomatik mit Schwerpunkt im ersten Trigeminusast links, zusammen mit den neurologischen Befunden (verminderte Konvergenzreaktion, binokuläre Diplopie), veranlasst uns, ein MRI des Kopfes durchzuführen, mit Frage nach einer sekundären Kopfschmerzursache (entzündliche ZNS-Erkrankung, Raumforderung im Mittelhirn, Aneurysma). Dies konnte jedoch ausgeschlossen werden, der MRI-Befund war normal. Insofern besteht eine primäre Kopfschmerzkrankung, die, bei anamnestisch Vorliegen einer episodischen Migräne ohne Aura, am ehesten als chronische Migräne (konstantes Druckgefühl mit pulsierend einseitigen Exazerbationen) beurteilt werden kann. Aus neurologischer Sicht besteht eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.»

E. 4.2.5

«Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Exploration erscheint eine anhaltende Schmerzstörung eher unwahrscheinlich, zumal für die beschriebenen Beschwerden sich auch organische Korrelate (...) objektivieren lassen. Die Schmerzen stehen auch nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Versicherten, es kommt zu keinen schmerzinduzierten Positionsveränderungen, auch zu keinen spontanen Schmerzáusserungen. In der Schmerzschilderung wirkt die Versicherte auch nicht gequält, ein Leidensdruck ist kaum spürbar. Auch im Alltag ist die Versicherte durch die Schmerzen wenig eingeschränkt, so kann sie noch leichte Haushaltstätigkeiten durchführen, sie kann täglich spazieren gehen, sie kann schwimmen gehen, sie kann Kollegen und Nachbarn empfangen, sie konnte auch mit dem Auto von Kroatien (...) bis in die Schweiz (...) reisen. Es lässt sich anhand des Untersuchungsgesprächs auch kein emotionaler Konflikt oder eine psychosoziale Belastungssituation erkennen, die schwerwiegend genug wäre, um als entscheidender ursächlicher Faktor gelten zu können für die Aufrechterhaltung oder Entstehung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Anhand des Gesprächs gibt es auch keine Hinweise für eine Depression oder Angststörung. Pathologische Ängste und Zwänge werden auch von der Versicherten verneint. Bezüglich Depression berichtet sie über Phasen, in denen sie sich deprimiert und traurig fühle, diese Phasen würden aber nur kurze Zeit dauern, dann gehe es ihr wieder besser. Diese Phasen sind eher im Rahmen von depressiven Verstimmungszuständen zu sehen, im Untersuchungsgespräch selbst wirkt die Versicherte nicht deprimiert, sie berichtet von keinem Freudeverlust, sie habe soziale Kontakte, treffe sich häufig mit Kolleginnen, Nachbarn oder Verwandten. Sie berichtet nicht über kognitive oder mnestiche Defizite, solche sind im Untersuchungsgespräch auch nicht objektivierbar. Sie selbst gibt an, sie fühle sich psychisch nicht krank. Sie sei zurzeit auch in keiner ambulanten Gesprächstherapie, sie nehme zwar Antidepressiva (...), dies werde ihr von einem Neurologen verschrieben. Aus psychiatrischer Sicht kann keine Diagnose gestellt werden, welche einen Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit hätte. Die (im) Dezember 2008 in Kroatien gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, einer Somatisierungsstörung und eines organischen Psychosyndroms sind aufgrund der aktuell erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar, ebenso wenig wie die im Dezember 2011 gutachterlich gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung.»

E. 4.3

Unter dem Titel «Stellungnahme zu den spezifischen Auswirkungen der gesundheitlichen Störung auf die Funktionsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit (...) in zeitlicher und/oder qualitativer Hinsicht» führte die Begutachtungsstelle D._____ Folgendes aus (IV-act. 88 p. 40): «Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde ist die Versicherte aus somatischer Sicht aufgrund ihrer Rückenproblematik mit Status nach Operation im HWS-Bereich und nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich in ihrer Arbeitsfähigkeit qualitativ eingeschränkt. Demzufolge ist die Versicherte für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Schweiz als Haushälterin im Altersheim (...) als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in Kroatien als Blanchisseuse in einer Grosswäscherei aus rheumatologischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig (vgl. auch IV-act. 88 p. 41: «100 (%) AUF» seit 2006 aufgrund ihrer vermindert belastbaren Wirbelsäule). In einer der Behinderung (optimal) angepassten Tätigkeit, wechselbelastend, nicht nur in stehender und nicht nur in sitzender Position, ohne Heben schwerer Lasten über

3 kg und ohne repetitive Arbeiten in gebückter Haltung ist jedoch 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (vgl. auch IV-act. 88 p. 41: «100 % AF» seit jeher). Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht ist die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.»

E. 4.4

Unter dem Titel «Festlegung des Beginns und des weiteren Verlaufs der Arbeitsfähigkeit unter kritischer Würdigung der vorliegenden Arztberichte» führte die Begutachtungsstelle D._____ Folgendes aus (IV-act. 88 p. 41): «Retrospektiv kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die oben erwähnten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seit mindestens 2006 bestehen. Damals wurden auch erstmals fortgeschrittene degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und später auch der LWS bildgebend dokumentiert. Aus psychiatrischer Sicht ist es eher unwahrscheinlich, dass die Versicherte über längere Zeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Bezüglich Depression berichtet sie über Phasen, in denen sie sich deprimiert und traurig fühle, diese Phasen würden aber nur kurze Zeit dauern, dann gehe es ihr wieder besser. Diese Phasen sind eher im Rahmen von depressiven Verstimmungszuständen zu sehen. Die (im) Dezember 2008 in Kroatien gestellten Diagnosen (...) einer mittelgradigen depressiven Episode, einer Somatisierungsstörung und eines organischen Psychosyndroms sind aufgrund der aktuell erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar, ebenso wenig wie die im Dezember 2011 gutachterlich gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung.»

E. 5

Aufgrund des interdisziplinären Gutachtens vom 22. Dezember 2013 verfügte die Vorinstanz am 30. April 2014 (IV-act. 105) erstmals die Abweisung des Rentenbegehrens (vgl. IV-act. 90, 99). Gegen die rentenabweisende Verfügung liess die Versicherte am 3. Juni 2014 (IV-act. 109) Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht erheben. Das Bundesverwaltungsgericht hiess die Beschwerde mit dem rechtskräftigen Urteil C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 (IV-act. 121) insoweit gut, als die Sache zur Ergänzung und Neubeurteilung im Sinne der Erwägung 11.1 an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde.

E. 5.1

Im Folgenden ist aufzuzeigen, welche medizinischen Abklärungen das Bundesverwaltungsgericht gemäss dem Urteil C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 (IV-act. 121) (im Wesentlichen) für erforderlich erachtete:

E. 5.1.1

In Erwägung 6.1 (IV-act. 121 p. 14 f.) wurde Folgendes festgehalten: "Die Beschwerdeführerin bringt (...) beschwerdeweise erstmals zwei Entscheide des kroatischen Versicherungsträgers vom 10. und 11. Februar 2014 bei, worin nicht in den Akten befindliche, medizinische Gutachten vom 24. April 2011 und 13. Mai 2013 erwähnt werden. Diese werden in einer neuen Beurteilung (E. 11) mit zu berücksichtigen sein."

E. 5.1.2

In Erwägung 9.1.2 (IV-act. 121 p. 18) wurde Folgendes festgehalten: "Der Hauptteil beginnt mit einer Auflistung der Vorakten und deren auszugsweisen Zusammenfassung, einer Vorgeschichte und ausführlichen Anamnese. Nicht in den referenzierten Vorakten enthalten sind die beschwerdeweise vorgebrachten Entscheide des kroatischen

Versicherungsträgers und die darin erwähnten, nationalen Gutachten (E. 6.1); auf weitere nicht referenzierte Aktenstücke wird in der Diskussion der einzelnen Teilgutachten verwiesen."

E. 5.1.3

In Erwägung 9.1.3.2 (IV-act. 121 p. 19 f.) wurde Folgendes festgehalten: "Nicht in den referenzierten Vorakten enthalten ist ein Radiologiebericht vom 29. Juli 2012, der für L1-L3 eine leichte Linksdrehung der Wirbel, Protrusionen L2-L5, eine Arthrose mit Nervenwurzelkontakt L3-L5 und eine diskrete Stenose diagnostiziert. Ein ebenfalls nicht referenzierter Radiologiebericht vom 5. Dezember 2007, also noch vor dem operativen Eingriff im Februar 2010 erstellt, berichtet von Protrusionen C3-Th1 mit Druck auf die Nerven. Ein Attest vom 7. Juli 2010, also kurz nach demselben operativen Eingriff erstellt, berichtet von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule. Ein früheres Attest vom 14. Februar 2005 berichtet von Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule, Schmerzen entlang der ganzen Wirbelsäule sowie Bewegungseinschränkungen lumbal und Hypästhesie dermatombezogen L4/L5 beidseitig. Ebenfalls nicht als Vorakte aufgeführt ist das von der Beschwerdeführerin monierte Attest vom 2. August 2004, welches eine lange Liste an Diagnosen u.a. betreffend die zervikale, thorakale und lumbale Wirbelsäule aufführt."

E. 5.1.4

In Erwägung 9.1.3.3 (IV-act. 121 p. 20) wurde Folgendes festgehalten: "In der Auflistung der Vorakten nicht explizit aufgeführt sind weitgehend unauffällige Echodoppleruntersuchungen der Hirngefäße vom 4. Februar 2011 und 14. Februar 2012, wenn auch im Gutachtenstext solche Untersuchungen erwähnt werden. Weiter fehlt ein EMNG-Bericht vom 13. August 2012, der eine mittelschwere bis schwere neurogene Läsion auf Höhe C5 beidseitig, C6 rechts, C7 links, L5 und S1 attestiert."

E. 5.1.5

In Erwägung 9.1.4 (IV-act. 121 p. 21) wurde Folgendes festgehalten: "Hingegen wurden wesentliche neuere Gutachten sowie Vorakten mit bildgebenden und apparatetechnischen Untersuchungen (E. 9.1.2, 9.1.3.2, 9.1.3.3) weder referenziert noch deren teilweise dem amtlichen Gutachten widersprechenden Feststellungen diskutiert: Während der Radiologe nach eigenem Röntgenbild lumbal nur diskrete Bandscheibenveränderungen mit wenig Arthrose in den Intervertebralgelenken attestiert, wird im nicht referenzierten radiologischen Bericht des Vorjahres (vom 29. Juli 2012) eine wesentliche arthritische Einengung des linken Foramens L3/L4 und L4/L5, jeweils mit Nervenwurzelkontakt, beschrieben. Die kurzen gutachterlichen Einschätzungen, es lägen "mit Sicherheit" keine radikulären Symptome mehr vor und die Hypästhesie sei nicht dermatombezogen, erscheinen vor diesem Hintergrund erklärungsbedürftig. Eine dem nicht referenzierten, immerhin mehrere mittelschwere bis schwere neurogene Läsionen beschreibenden, neurophysiologischen Bericht vom 13. August 2012 entsprechende Untersuchung ist dem Gutachten nicht zu entnehmen."

E. 5.1.6

In der Erwägung 9.1.5 (IV-act. 121 p. 22) wurde (unter anderem) Folgendes festgehalten: "Tatsächlich wird der Radiologiebericht vom 21. Februar 2006 (...) als älteste Vorakte im Gutachten geführt, doch finden sich bereits im ersten aktenkundigen (nicht im Gutachten referenzierten) Attest vom 2. August 2004 detaillierte Diagnosen zur Wirbelsäule, die auf

eine erfolgte bildgebende Diagnostik hinweisen. Schliesslich fällt auch auf, dass in der Diskussion der Arbeitsfähigkeit über den im Februar 2010 erfolgten chirurgischen Eingriff und eine damit verbundene kurz- oder mittelfristige Veränderung der Arbeitsfähigkeit hinweggesehen wird."

E. 5.1.7

In der Erwägung 11.1 (IV-act. 121 p. 25) wurde Folgendes festgehalten: "Nach den vorhergehenden Erwägungen kann durch eine Komplettierung der Aktenlage mit den Gutachten des kroatischen Versicherungsträgers, eine Ergänzung des amtlichen Gutachtens im Hinblick auf die vollständige Aktenlage und die Klärung danach verbleibender Widersprüche zu einzelnen Vorakten (vgl. E. 9.1.4) ein vorliegend rechtsgenügender Beweis über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erbracht werden."

E. 5.2

Die Vorinstanz klärte in der Folge mit dem RAD - bei einem frühestmöglichen Rentenbeginn am 1. Januar 2012 fälschlicherweise - nur ab, ob es Anhaltspunkte dafür gebe, dass "der Eintritt des Gesundheitsschadens bereits in 2004 festzulegen" sei (IV-act. 195). Die drei Stellungnahmen des RAD-Allgemeinmediziners vom 11. Juli 2016 (IV-act. 196), 4. Oktober 2016 (IV-act. 215) und 18. April 2017 (IV-act. 230) beziehen sich allesamt auf die Jahre 2003 bis 2006 und versuchen die Leistungsfähigkeit in diesem Zeitraum zu ergründen, was nicht nachvollziehbar ist. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit den im Urteil C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 erwähnten "einzelnen Vorakten" zur "Klärung danach verbleibender Widersprüche" durch den RAD ist hingegen unterblieben (IV-act. 121 p. 25). Die RAD-Aktenberichte vermögen daher den "vorliegend rechtsgenügenden Beweis über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin" nicht zu erbringen (IV-act. 121 p. 25). Damit lassen sich die medizinische Situation und das Leistungsvermögen - im Sinne des rechtskräftigen Urteils C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 - weiterhin nicht zuverlässig beurteilen. Weitere Ausführungen erübrigen sich an dieser Stelle.

E. 5.3

Anzumerken ist lediglich, dass der Beschwerdeführerin allein aufgrund der zahlreichen Arztberichte, die vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung eingereicht wurden, noch keine schweizerische Invalidenrente zugesprochen werden kann, weil diese (zumeist rudimentären) Berichte - wenn überhaupt - nur unspezifische und keine beweistauglichen Angaben zum Leistungsvermögen enthalten. Dies gilt insbesondere auch für die (nun aktenkundigen) Gutachten aus den Jahren 2011 und 2013, in denen für die «kroatische Anstalt für Rentenversicherung» eine Berufsunfähigkeit sowie eine allgemeine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurden (IV-act. 225, 226, 227, 228). Allein aufgrund der eingereichten heimatlichen (zumeist rudimentären) Berichte (vgl. IV-act. 131-177; IV-act. 181-193; IV-act. 201-213) kann weiter auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, ob sich die medizinische Situation im Vergleich mit dem interdisziplinären Gutachten vom 22. Dezember 2013 zwischenzeitlich verbessert oder verschlechtert hat oder ob sie gleichgeblieben ist. In einem neurologischen Bericht vom 30. März 2016 wurde etwa Folgendes festgehalten: «Kommt zur Kontrolle, nachdem sie beim Verlassen der Kirche kollabiert ist. Alle beschriebenen Beschwerden in Verschlechterung. Hat auch weiterhin eine Reihe von aus den umfangreichen degenerativen Veränderungen

der Hals- und Lendenwirbelsäule erwachsende Beschwerden. Schwindel, Taumel, plötzlicher Gleichgewichtsverlust, Schmerzen in den Gelenken, Verlust der Kraft in den Händen, Kribbeln in den Fingerspitzen, Schmerzen, die von der Lendenwirbelsäule in beide Beine ausstrahlen. Hocke inkomplett. Zum neurologischen Status: Kopfbewegungen reduziert, schmerzhaft versteifte Nackenmuskulatur, MER an den Armen abgeschwächt, Parästhesien in Höhe C6 C7 beidseits weiterhin, grobe Muskelkraft der linken Hand vermindert, ASR beidseits abgeschwächt, Lasègue beidseits endgradig positiv. Diagnosen: Rückenschmerzen (Dorsalgie), zervikale Bandscheibenschäden, Lumboischalgie. Schlussfolgerung: Bitte regelmässige Kontrollen beim Arzt für physikalische Medizin.» Der RAD-Allgemeinmediziner kam im Aktenberichte vom 18. April 2017 (IV-act. 230) pauschal zum Schluss, die neuen Dokumente, die ihm zur Kenntnis gebracht worden seien, würden keine neuen medizinischen Tatsachen belegen, die zu einer Änderung der bisherigen Einschätzung führen würden. Mit der Frage, wie sich die medizinische Situation im Vergleich mit dem interdisziplinären Gutachten vom 22. Dezember 2013 entwickelt hat, setzte er sich jedoch nicht im Detail auseinander. Weiter ist anzumerken, dass die Berentung in Kroatien hinsichtlich des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente in keiner Weise präjudizierend wirkt (IV-act. 247).

E. 5.4

Zur erwerblichen Situation stellte das Bundesverwaltungsgericht in der Erwägung 10 des rechtskräftigen Urteils C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 (IV-act. 121 p. 24 f.) Folgendes fest:

E. 5.4.1

"Die Vorinstanz hat aufgrund einer geschätzten Einschränkung im Haushaltsbereich von 21% (vgl. Beurteilung von Dr. B._____, RAD Rhone, vom 21. Januar 2014) ohne weitere Begründung und in Anwendung der spezifischen Methode für Nicht-Erwerbstätige einen Invaliditätsgrad von 21% verfügt. Dass die Beschwerdeführerin ohne den beklagten Gesundheitsschaden allerdings tatsächlich nicht erwerbstätig wäre, lässt sich den Akten nicht ohne weiteres entnehmen."

E. 5.4.2

"Die Beschwerdeführerin arbeitete, seit ihrer Rückkehr nach Kroatien, in den Jahren 1998 bis 2003 in der lokalen Tourismus-Saison jeweils drei Monate im Jahr als Blanchisseuse und führt die Beendigung dieser Tätigkeit selbst auf ihren Gesundheitsschaden zurück. Aus dem ersten aktenkundigen Attest vom 2. August 2004 ist denn auch ersichtlich, dass in diesem Zeitpunkt, in relativer zeitlicher Nähe zur letzten Arbeitstätigkeit, bereits Therapien in Angriff genommen worden waren. Die gutachterlichen Feststellungen stehen einer gesundheitsbedingten Arbeitsaufgabe nicht entgegen und andere Gründe zur Aufgabe dieser regelmässigen Arbeitstätigkeit sind den Akten auch nicht zu entnehmen. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den erlittenen Gesundheitsschaden weiterhin im lange praktizierten jährlichen Rhythmus und Rahmen unselbständig erwerbstätig wäre."

E. 5.4.3

"Gegenüber den amtlichen Gutachtern gibt die Beschwerdeführerin an, sie und ihr Mann würden (unter anderem) vom Verkauf landwirtschaftlicher Produkte von ihrem Bauernhof leben. Bereits auf dem Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte vom 5. November 2012 führte sie aus, dass sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens ihrem Mann im Weinberg

geholfen und dieser nun auch den Nutzgarten "übernommen", ergo sie vorher dort mindestens teilweise mitgearbeitet habe. Es sprechen deshalb mindestens Indizien für eine direkte Mitwirkung der Beschwerdeführerin an einer gemeinsamen selbständigen Erwerbstätigkeit des Ehepaars. Welchen Anteil sie zuvor erbrachte, wieviel davon nun durch den Ehemann übernommen werden konnte und welche Einkommenseinbussen zu verzeichnen waren, lässt sich den Akten hingegen nicht entnehmen."

E. 5.4.4

"Es ist daher fraglich, ob der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin anhand der richtigen Methode ermittelt worden ist. Die erwerblichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin sind demnach ergänzend zu erheben und anschliessend ihr Invaliditätsgrad, nach Wahl der einschlägigen Methode, in Abhängigkeit dieses Abklärungsergebnisses, neu zu bestimmen."

E. 5.4.5

In der Erwägung 11.1 (IV-act. 121 p. 25) hielt das Bundesverwaltungsgericht schliesslich Folgendes fest: "Hingegen wurden notwendige Informationen zur Erwerbssituation der Beschwerdeführerin im ehelichen Betrieb bisher noch gar nicht erhoben. Diese sind einzuholen und der Invaliditätsgrad ist danach in Anwendung der je nach Untersuchungsergebnis einschlägigen Methode neu zu bestimmen."

E. 5.5

Zur Umsetzung des rechtskräftigen Urteils C-3013/2014 forderte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 3. März 2016 auf, vier Fragebögen auszufüllen und medizinische und andere Unterlagen vorzulegen (IV-act. 130). Die Beschwerdeführerin legte mit Eingabe vom 18. April 2016 (Eingangsdatum) diverse medizinische Berichte vor (IV-act. 131-177) und reichte mit Schreiben vom 2. Mai 2016 (soweit ersichtlich) zwei Fragebögen ein (IV-act. 180). Die darin enthaltenen handschriftlichen Angaben sind (wenn überhaupt) nur knapp leserlich und nicht geeignet, einen Erwerbsausfall als "selbständige Landwirtin" rechtsgenügend auszuweisen (IV-act. 179). Die "notwendigen Informationen zur Erwerbssituation der Beschwerdeführerin im ehelichen Betrieb" fehlen weiterhin (IV-act. 121 p. 25). Nach wie vor "sprechen (...) mindestens Indizien für eine direkte Mitwirkung der Beschwerdeführerin an einer gemeinsamen selbständigen Erwerbstätigkeit des Ehepaars. Welchen Anteil sie zuvor (als Gesunde) erbrachte, wieviel davon nun durch den Ehemann übernommen werden konnte und welche Einkommenseinbussen zu verzeichnen waren" (IV-act. 121 p. 25), ist nicht rechtsgenügend erstellt (IV-act. 179).

E. 5.6

Zur Statusfrage liess die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 2. Mai 2016 (IV-act. 180) ausführen, "wie das Gericht auf S. 25 festgehalten hat, besteht kein Anlass, dass die Versicherte ohne den beklagten Gesundheitsschaden als Hausfrau auch teilweise tätig wäre. Sie hat schon, als sie kleine Kinder hatte, oft zu 100 % gearbeitet. Heute, nachdem die Kinder ausgezogen sind, würde sie dies zweifelsohne tun, zumal der kleine Bauernbetrieb, der nicht einmal der Versicherten und ihrem Ehemann gehört, zu wenig abwirft, um die Existenzgrundlage zu bilden. Aus diesem Grund werden sie ersucht, die Versicherte als Vollerwerbstätige zu qualifizieren." In scheinbarem Widerspruch dazu liess die Beschwerdeführerin mit Replik vom 28. Mai 2018 Folgendes ausführen: "Die Beschwerdegegnerin wird dabei behaftet, dass sie die Vergleichsmethode angewendet hat. Es wird davon ausgegangen, dass sie dies unter der allgemeinen Methode meint. Sollte dies nicht der Fall sein, wird die allgemeine Methode bestritten, hat die Beschwerdeführerin im

Familienbetrieb mitgearbeitet und würde dies weiterhin tun, wenn sie gesund geblieben wäre. Allenfalls würde sie eine auswärtige Tätigkeit aufnehmen, soweit dies mit ihrem Beruf als Bäuerin vereinbar wäre" (BVGer act. 20).

E. 5.7

Die Vorinstanz kam wohl auch aufgrund des Schreibens vom 2. Mai 2016 (IV-act. 180) zum Schluss, dass die Qualifikation als "Vollerwerbstätige" gerechtfertigt sei (IV-act. 198), weshalb sie einen Einkommensvergleich erstellte, der (unter anderem) eine Erwerbseinbusse von rund 2 % ab 1. September 2010 ergab (IV-act. 216). Die Annahme der Vorinstanz ist indes weiterhin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, nachdem die Beschwerdeführerin nach ihrer Rückkehr nach Kroatien von 1998 bis 2003 in der lokalen Tourismus-Saison jeweils nur drei Monate im Jahr als Blanchisseuse arbeitete (IV-act. 6 p. 7). Die widersprüchlichen Ausführungen ihres Rechtsvertreters alleine lassen nicht auf ein Vollerwerbsspensum im Gesundheitsfall schliessen (vgl. Erwägung 5.6 hiervor). Vielmehr "ist (...) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den erlittenen Gesundheitsschaden weiterhin im lange praktizierten jährlichen Rhythmus (drei Monate im Jahr) und Rahmen (als Blanchisseuse) unselbständig erwerbstätig wäre" (IV-act. 121 p. 24). Dass die Beschwerdeführerin in den anderen neun Monaten vollzeitlich auf ihrem Bauernhof gearbeitet hat, ist demgegenüber keineswegs erstellt. Wahrscheinlicher scheint eher, dass die Beschwerdeführerin (im Gesundheitsfall) neben der dreimonatigen Tätigkeit als Saison-Blanchisseuse und der Tätigkeit auf dem Bauernhof auch einen (nicht auf einen Erwerb gerichteten) Aufgabenbereich als Hausfrau (IV-act. 6 p. 3) hat, womit die gemischte Methode im Sinne von Art. 28a Abs. 3 IVG zur Anwendung kommen würde.

E. 5.8

Somit ist festzuhalten, dass die Feststellung im rechtskräftigen Urteil C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 weiterhin gilt, wonach die "notwendige Informationen zur Erwerbssituation der Beschwerdeführerin im ehelichen Betrieb (Bauernhof) bisher noch gar nicht erhoben" wurden (IV-act. 121 p. 25). Diese Informationen sind entsprechend von der Vorinstanz einzuholen. Der Invaliditätsgrad ist danach in Anwendung der je nach Untersuchungsergebnis einschlägigen Methode neu zu bestimmen.

E. 6

Die angefochtene Verfügung ist mithin aufzuheben. Zum weiteren Vorgehen ist Folgendes zu erwägen:

E. 6.1

Der Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche ist schwergewichtig auf Stufe des Administrativverfahrens zu führen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2), auch wenn das Gericht reformatorisch entscheiden kann (Art. 61 VwVG). Nach bundesgerichtlicher Praxis ist ein Verfahren jedenfalls zurückzuweisen, wenn die Ergänzung eines Gutachtens oder aber die notwendige Erhebung einer bisher völlig ungeklärten Frage ansteht (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4); zudem sind vorliegend weitere Abklärungen zur Statusfrage erforderlich, die nicht im Rahmen eines medizinischen Gerichtsgutachtens erfolgen können (vgl. den entsprechenden Antrag der Beschwerdeführerin in BVGer act. 20, 26). Die vorliegende Sache ist deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 6.2

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde sodann die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Die Verwaltung soll nicht dazu verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu MIRIAM LENDFERS, Sachverständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, S. 187; Urteil des BVGer C-2907/2018). Von einer Veranlassung der medizinischen Begutachtung durch das Bundesverwaltungsgericht, wie sie die Beschwerdeführerin beantragt (BVGer act. 26), ist daher abzusehen.

E. 6.3

Vorab ist von der Vorinstanz die Statusfrage abzuklären: Insbesondere sind von ihr der Anteil "Erwerb" (unselbständige Erwerbstätigkeit und Mitwirkung auf dem Bauernhof) sowie der Anteil "Aufgabenbereich" (Haushalt) im Gesundheitsfall abzuklären und nachvollziehbar festzulegen (vgl. auch die Erwägung 5.7 hiervor). Die Beschwerdeführerin ist dazu zu befragen, wie sie die jeweiligen Bereiche als Gesunde zeitlich einteilen würde (Pensum der unselbständigen Erwerbstätigkeit, Pensum der Mitwirkung auf dem Bauernhof, Pensum im Haushalt; im Zeitraum 2012 bis 2019). Diese Befragung kann zum Beispiel durchgeführt werden, wenn die Beschwerdeführerin zur Begutachtung in die Schweiz kommt. Aus dem Abklärungsergebnis zur Statusfrage ergibt sich die Methode zur Bemessung der Invalidität.

E. 6.4

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu ermöglichen, erscheint die erneute Durchführung einer interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich. Angezeigt erscheint wiederum eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (vgl. IV-act. 88, Seite 42). Ob neben den genannten Fachdisziplinen noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Eine nochmalige Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit aufgrund der medizinischen Aktenlage durch den RAD - wie sie im rechtskräftigen Urteil C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 angeordnet wurde - ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr sachgerecht, nachdem die erste interdisziplinäre Begutachtung bereits im September 2013 erfolgte (IV-act. 88).

E. 6.5

Mit der erneuten interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die zwischenzeitlich etablierte Änderung der Rechtsprechung, wonach grundsätzlich sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten

Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (BGE 143 V 409; BGE 143 V 418; BVGer act. 23), macht eine erneute Begutachtung ebenfalls notwendig, da die bisherigen Erhebungen nicht unter Berücksichtigung der Indikatoren erfolgt sind. Dabei sind unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende somatische Störungen zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab 2011 bis zum Zeitpunkt der erneuten Begutachtung miteinzubeziehen.

E. 6.6

Falls die gemischte Methode im Sinne von Art. 28a Abs. 3 IVG anzuwenden sein sollte, ist neben der Einschränkung im "Erwerb" (unselbständige Erwerbstätigkeit und Mitwirkung auf dem Bauernhof) auch die Beeinträchtigung im "Aufgabenbereich" (als Hausfrau) durch die Gutachter nachvollziehbar zu erörtern und prozentual festzulegen. Die medizinische Aktenlage ist hierfür vorgängig zu aktualisieren, sodass der Verlauf ab 2011 bis zum Zeitpunkt der erneuten Begutachtung möglichst lückenlos beurteilt werden kann. Soweit die Beschwerdeführerin über medizinische Unterlagen verfügt, die der Vorinstanz noch nicht zugänglich gemacht wurden, sind diese der Vorinstanz umgehend zur Verfügung zu stellen. Die Vorinstanz hat den Gutachtern sämtliche medizinischen Unterlagen zugänglich zu machen.

E. 6.7

Die polydisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Aufgrund von dessen Vorbefassung ist der Auftrag zur erneuten polydisziplinären Begutachtung nicht an die Begutachtungsstelle D._____ zu vergeben.

E. 6.8

Nach Beantwortung der Statusfrage und auf der Grundlage des neuen polydisziplinären Gutachtens ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin in Anwendung der korrekten Methode neu zu bemessen und über den Invalidenrentenanspruch erneut zu verfügen. Frühestmöglicher Rentenbeginn ist aufgrund der IV-Anmeldung vom 21. Juli 2011 der 1. Januar 2012 (IV-act. 1, Seite 8; Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz die im rechtskräftigen Urteil C-3013/2014 vom 22. Dezember 2015 verlangten medizinischen und erwerblichen Abklärungen nicht (vollständig) durchgeführt hat. Dementsprechend lässt sich der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin weiterhin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Beschwerde wird daher insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und

Neubeurteilung im Sinne der Erwägung 6 an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

E. 8.1

Die Verfahrenskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu ergänzenden Abklärungen gilt praxisgemäss als Obsiegen; der Beschwerdeführerin sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz als unterliegende Partei werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für die ihr erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dass ihr die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt wurde, bleibt dabei ohne Belang (Art. 65 Abs. 3 VwVG). Der Rechtsvertreter hat eine Honorarnote eingereicht (BVGer act. 26), welche den kompletten Prozessaufwand abdeckt. Die geltend gemachten Barauslagen sind - obschon nicht im Einzelnen belegt - nachvollziehbar. Das Gericht setzt die Parteientschädigung deshalb aufgrund der Honorarnote (Art. 14 Abs. 2 VGKE) auf CHF 2'519.70 fest.

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