

BVGer C-3961/2014 vom 13. Juli 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-07-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3961_2014

FR: TAF C-3961/2014 du 13 juillet 2016

IT: TAF C-3961/2014 del 13 luglio 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.3

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.4

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primäre Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2014 ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG).

Nachdem der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und auf die Erhebung des Kostenvorschusses verzichtet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 2

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

E. 2.1

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

E. 2.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

E. 2.4

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige

Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Gygi, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

E. 2.5

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die den Vorbescheid der Vorinstanz vom 26. März 2014 (IV-act. 35) bestätigende Verwaltungsverfügung vom 19. Juni 2014 (IV-act. 70) das Anfechtungsobjekt.

E. 2.6

Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zurzeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indessen nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere der Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden ist. (BGE 130 V 138 E. 2.1).

E. 2.7

Die Beschwerdeführerin besitzt die spanische Staatsangehörigkeit und wohnt in Österreich, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: 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). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 lit. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (19. Juni 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. 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. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 2.8

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen

führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. Juni 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (19. Juni 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 19. Juni 2014 das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 4.2

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden

ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

E. 4.3

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

E. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 4.5.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren gleich wie im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung - wie im hier zu beurteilenden Fall - auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt die Verwaltung fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls

hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 f.).

E. 4.5.2

Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht. Vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 und 130 V 71 E. 3.2.3 sowie Urteil des BGer 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (siehe Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten - welche gleichermassen für das Neuanmeldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4) - ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

E. 4.5.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten einer Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 und 130 V 71 E. 3.2.3). Diese Prüfung muss dabei denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfassen, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanmeldung stützt (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2009 [= SVR 2010 IV Nr. 54] vom 26. März 2010 E. 2.1). Zeitliche Referenzpunkte bilden im vorliegenden Fall der 13. März 2013 (letzte ablehnende Verfügung nach Prüfung des Anspruchs) und der 19. Juni 2014 (Datum der angefochtenen Verfügung).

E. 4.6.1

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs bei Erwerbstätigen, gemischte Methode bei Teilerwerbstätigen oder spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen [vgl. Art. 8 Abs. 3 und Art. 16 ATSG, Art. 5 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung sowie Art. 28a IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung]). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht auf die Verhältnisse bei Entstehen des hypothetischen Rentenanspruchs abzustellen.

E. 4.6.2

Um feststellen zu können, in welchem Mass eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es im Prinzip einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1; Urteile des BGer 9C_121/2011 E. 3.1.1 m.w.H. und 8C_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Nach der Rechtsprechung stellen die entsprechenden Abklärungsberichte grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (vgl. Urteil des BGer I 27/07 vom 24. Januar 2008 E. 6.1; Urteil des EVG I 103/06 vom 6. November 2006, E. 4.1). Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts ist wesentlich, dass er von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Die Angaben der versicherten Person sind zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Abklärungsbericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. Urteil des BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 sowie BGE 130 V 97 mit Hinweis).

E. 4.6.3

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses von physisch bedingten Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

E. 4.6.4

Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneter Abklärungspersonen keine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des BVGer C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Zwar ist es denkbar, dass bei Wohnsitz der versicherten Person im Ausland auf eine eigentliche Haushaltsabklärung ausnahmsweise verzichtet werden kann. Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der versicherten Person nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden.

E. 4.7.1

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. 4.7.2

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). 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. 4.7.3

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. 5.1

Vorliegend hat die Vorinstanz das anlässlich der Neuanschuldung eingereichte Rentengesuch vom 28. Februar 2014 der Beschwerdeführerin mit der Begründung abgewiesen, es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegerin vor, im bisherigen Aufgabenbereich sei eine Betätigung von 81 % zumutbar, was einen IV-Grad von 10 % ergebe. Die Beschwerdeführerin hingegen ist der Auffassung, ihr Gesundheitszustand habe sich dramatisch verschlechtert; es sei ihr weder möglich, sich selbst zu versorgen, noch eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Zudem habe die IVSTA nicht alle medizinischen Berichte gewürdigt. Der Sachverhalt sei lückenhaft abgeklärt worden und deshalb neu zu beurteilen.

E. 5.2

Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat (E. 4.3). Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 36, Rz. 4). Gemäss ihrem IK-Auszug hat die Beschwerdeführerin in den Jahren 2002, 2003 und 2005 während 15 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (IV-act. 41, S. 2). Aus der Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in Österreich ergibt sich eine Gesamtversicherungszeit von 30 Monaten (IV-act. 2). Somit hat die Beschwerdeführerin die erforderliche Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt. Zu überprüfen bleibt, ob im rechtsrelevanten Zeitraum - nämlich dem Zeitpunkt der letzten rentenabweisenden Verfügung (13. März 2013) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung (19. Juni 2014) - eine rentenbegründende erhebliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist.

E. 5.3

Die Vorinstanz begründete die letztmalige rechtskräftige materiell rentenabweisende Verfügung vom 13. März 2013 (IV-act. 30) damit, dass bei der Beschwerdeführerin keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der

Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich sowie eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Teilzeittätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht diene der Vorinstanz insbesondere der von Dr. C. _____, Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA, ausgestellte Schlussbericht vom 20. Dezember 2012 (IV-act. 27). Dr. C. _____, Facharzt für Innere Medizin (vgl. <http://www.doctorfmh.ch>, eingesehen am 20. Mai 2016) gab in seinem Bericht an, sich auf das ärztliche Gesamtgutachten vom 31. März 2009 sowie die ärztlichen Gutachten vom 2. Mai 2012 und vom 3. Mai 2012 zu stützen. Er gab als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zervikalsyndrom bei Zustand nach Fusionsoperation C 5 - 7, bei einem Bandscheibenvorfall und eine beginnende Gonarthrose links an. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er einen phobischer Schwankschwindel fest. Er führte zusammengefasst aus, die Versicherte leide unter rezidivierenden Schmerzen von Seiten der Halswirbelsäule, wo sie wegen Bandscheibenvorfällen an sich erfolgreich operiert worden sei. Die beginnende linksseitige Gonarthrose werde mit klinisch noch wenig fassbaren Befunden angegeben. Für Arbeiten über Kopfhöhe sowie grössere körperliche Anstrengungen mit langen Gehen speziell auf Treppen oder unebenem Gelände bestehe keine Einschränkung. Weiter bestehe ein wiederholter Schwindel, der als gutartig klassifiziert werde und insofern - ausser bei akuten Krisen - keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Dr. C. _____ befand die Beschwerdeführerin seit dem 2. Mai 2010 in ihrer angestammten Tätigkeit zu 30 %, im Haushalt zu 19 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu 0 % für arbeitsunfähig.

E. 5.4

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2014 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die von der Gutachterin Dr. D. _____ verfasste Stellungnahme vom 8. Juni 2014 (IV-act. 68), welche auf ihre vorangegangene Stellungnahme vom 18. Mai 2014 (IV-act. 61) basierte. Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente und Unterlagen sind, soweit erforderlich, nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 5.4.1

Aus den anlässlich des Vorbescheidverfahrens mit Schreiben vom 6. April 2014 (IV-act. 42) eingereichten, sich auf den Gesundheitszustand der Versicherten ab Erlass der ersten rentenabweisenden Verfügung (13. März 2013) beziehenden medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

E. 5.4.1.1

Im neuropsychiatrisches Sachverständigengutachten vom 13. März 2013 zuhanden des Landesgerichts (...) (IV-act. 50) stellte Dr. E. _____, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie die Diagnosen: Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit radikulären Anteilen, depressive Störung mit Angst und Somatisierung, Vertigo und Migräne. Er führte zusammengefasst weiter aus, die Versicherte habe bereits in der Schweiz eine Depression durchlebt, die überwiegend über Angst und körperliche Symptomatik zum Ausdruck gebracht werde. Aus psychiatrischer Sicht liege eine Rückzugstendenz mit Angstentwicklung vor, welche intensiver behandelt werden sollte.

E. 5.4.1.2

Im radiologischen Befund sowie den Röntgenbefunden vom 14. Oktober 2013 (IV-act. 48) der Privatklinik (...), Institut für Digitale Bilddiagnostik führte Prim. Dr. F. _____ aus, bei einem Zustand nach Fusion C 5 bis C 7 mit Resuktion des Corpus von C 6 zeige sich noch eine unkovertbrale Spondylose beidseitig mit Foramenstenose bei C 6/7 beidseits linksbetont und C 5/6 links akzentuiert sowie eine geringe Spondylarthrose lumbosakral. Darüber und darunter lägen keine relevanten Stenosen. Es bestehe kein Hinweis für eine Implantatlockerung.

E. 5.4.1.3

Im elektroneurographischen Befund vom 15. Oktober 2013 (IV-act. 47) gab OA Dr. G. _____, Facharzt für Neurologie der Privatklinik (...) an, die Versicherte berichte bereits seit ca. 2 Jahren über in erster Linie dystone Handbewegungsstörungen rechtsseitig bei Zustand nach HWS-Dekomprimierung; ein MRT Cerebri sei Anfang dieses Jahres im KH Spittal unauffällig geblieben. Der NLG-Befund des Nervus medianus rechts im Handgelenksbereich sei unauffällig.

E. 5.4.1.4

Dr. H. _____, Facharzt für Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie stellte in seinem Arztbericht vom 29. Oktober 2013 (IV-act. 46) die Diagnosen: flacher Diskusprolaps L 5/5 rechtsbetont mit relativer Rezessusstenose rechts, Osteochondrose mit Bandscheibenprotrusion L 5/S1 und relativer Foramenstenose rechts mit kleiner Synovialiszyste und zusätzlicher relativer Rezessusstenose linksbetont, flacher Diskusprolaps TH 11/12 linksbetont, flache Protrusionen L 1/2 und L 2/3, Protrusion C 4/5 rechtsbetont, geringer auch C 3/4 rechtsbetont, Foramenstenose C 6/7 beidseits, geringer auch C 5/6 linksbetont bei Status post. Korporektomie HWK 6 November 2011. Im von Dr. I. _____ ausgestellten ambulanten Arztbrief des Landeskrankenhauses (...), Abteilung Neurologie und Psychosomatik vom 4. November 2013 (IV-act. 45) wurde zudem die Diagnose M53.1 Cervicobrachialgie rechts erwähnt. Dr. J. _____, Lungenfacharzt, gab zudem im lungenfachärztlichen Bericht vom 18. März 2014 (IV-act. 44) an, die Versicherte leide an einer chronisch rezidivierenden Sinusitis sowie an einer Bronchitis, wobei ursächlich eine Mehrfachnahrungsmitteltoleranz eine Rolle spiele. Im ärztlichen Befundbericht vom 19. März 2014 (IV-act. 43) führte Dr. K. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, neben den bereits genannten Diagnosen folgende auf: Steatosis hepatis, Leberparenchymschaden, pos. Hepatitis-A AK, Nephrolitiasis, Gonarthrose, Omarthrose, Hyperuricämie und eine Fettstoffwechselstörung.

E. 5.4.1.5

Im ärztlichen Gesamtgutachten zum Antrag auf Gewährung einer Invaliditätspension zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Kärnten vom 22. April 2014 (IV-act. 56; vgl. auch act. 16, Beilage 8a), welches anlässlich einer Untersuchung vom 4. April 2014 von der Gesamtgutachterin Dr. L. _____, Fachärztin für Innere Medizin ausgestellt worden war, wurden neben den bereits genannten Diagnosen ausserdem eine mittelschwere bis leichtweise schwere depressive Störung (ICD-10: F33.9), ein lumbales Wirbelsäulensyndrom, sowie die Neigung zu kurzen Bewusstlosigkeitsanfällen erwähnt. Letzteres habe eine schmerzreaktive Komponente, aber auch dissoziative Anteile.

E. 5.4.1.6

Nachdem die anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten ärztlichen Berichte der Gutachterin des medizinischen Dienstes der IVSTA Dr. D. _____, Fachärztin für Innere

Medizin und Nephrologie, unterbreitet wurden, äusserte sich diese in ihrer Stellungnahme vom 18. Mai 2014 (IV-act. 61) dahingehend, dass die Änderung der Arbeitsunfähigkeit in einer für den Anspruch erheblichen Weise nicht glaubhaft gemacht worden sei. Zum ärztlichen Gesamtgutachten von Dr. L. _____ (IV-act. 56, E. 5.4.1.5) gab sie in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2014 (IV-act. 68) an, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit deckungsgleich mit derjenigen von Dr. C. _____ vom 20. Dezember 2012 sei. Aus den eingereichten Unterlagen ergäben sich keine Veränderungen, welche den Grad der Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten.

E. 5.4.2

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Versicherte weitere Berichte nach:

E. 5.4.2.1

Im ärztlichen Gutachten zum Antrag auf Gewährung einer Invaliditätspension (act. 16, Beilage 8b) zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Kärnten, welches anlässlich der Untersuchung vom 4. April 2014 ausgestellt worden war, verwendete Dr. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, die Diagnosecodes ICD-10: F33.9 mittelschwere bis leichtweise schwere depressive Störung (mit stark reaktiven und stark psychosomatisierenden Anteilen) und M50.1 Zustand nach Fusionsoperation an der Halswirbelsäule 11/2011. Er gab an, es lägen nachfolgend verifizierte Protrusionen, erhebliche Forameneinengungen und Diskusprolapse, mit leichter Wurzelreizung auf C 7 rechts, aber mit heftigem lokalem Schmerzsyndrom und starken pseudoradikulären Ausstrahlungen rechts vor. Weiter fasste er die Beschwerden der Versicherten zusammen: Der Schmerz in der HWS sei so heftig, dass sie davon öfters ohnmächtig werde. Die Schmerzausstrahlung erfolge in den rechten Arm, am stärksten zum dritten Strahl; sie werde dadurch verkrampft und ungeschickt, verliere Gegenstände aus den Händen. Wenn sie vermehrt Aufregung oder Traurigkeit habe, fühle sie sich auch immer schwindlig. Sie sei psychisch total "fertig", weil sie zu nichts mehr imstande sei, nicht einmal die Wohnung etwas gründlicher putzen könne. Man habe deshalb immer irgendwelche Bekannten als Notlösung für die Haushaltshilfe. Sie traue sich wegen der Sturzangst nicht mehr alleine aus dem Haus, ausserdem müsse nachts immer jemand da sein, weil sie sich alleine nicht schlafen traue. Sie fühle sich leer und nutzlos; ehemals sei sie so gesellig und quirlig gewesen. Jetzt fühle sie sich einfach unfähig, leer und inhibiert, was sie zur Verzweiflung treibe. Sie habe auch schon mal daran gedacht, vom Balkon zu springen. Panikattacken habe sie nicht, doch sei sie allgemein ängstlich und schreckhaft geworden, mit ständigen pessimistischen Grübeleien. In letzter Zeit habe sie starke Blutdruckschwankungen in beiden Richtungen. Dr. M. _____ führte weiter aus, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ist im Zeitraum von 12 Monaten möglich und empfahl psychiatrische und psychotherapeutische Therapiemassnahmen.

E. 5.4.2.2

Im Kurzarztbericht des Landeskrankenhauses (...), Abteilung für Neurologie und Psychosomatik vom 25. April 2014 (act. 1, Beilage 3) stellte der Assistenzarzt Dr. N. _____ unter Verwendung des Codes ICD-10: H81.0 die Diagnose Morbus Menière sowie M54.20 Rezid. Cervikalsyndrom. Dr. K. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erwähnte in seinem ärztlichen Befundbericht vom 4. Juni 2014 (IV-act. 71; act. 1, Beilage 4) neben den bereits genannten Diagnosen ebenfalls das Menière Syndrom und stellte ausserdem massive degenerative Veränderungen des Achsenskeletts fest.

E. 5.4.2.3

Am 5. Juni 2014 untersuchte Dr. O._____, Arzt für Allgemeinmedizin, die Versicherte im Rahmen eines Hausbesuches. Im daraufhin gleichentags erstellten ärztlichen Gutachten (act. 5, Beilage 2; act. 16, Beilage 5) nannte Dr. O._____ die bereits erwähnten Diagnosen und führte zusammengefasst aus, der Allgemeinzustand sei reduziert. Die Versicherte beklagte sich über starke Beschwerden in der HWS auch über immer wiederkehrende Schwindelanfälle. Es fielen ihr immer wieder Dinge aus der Hand. So müssten die Hilfsverrichtungen durchgeführt werden, beim Zubereiten von Mahlzeiten, auch bei der grossen Körperpflege müsse geholfen werden. Die Betreuung erfolge durch einen professionellen Pfleger. Weiter wurde angegeben, die Schultergelenke seien bewegungseingeschränkt; es beständen polyarthritische Veränderungen der Fingergelenke, starke Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule, insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule. Die Versicherte könne sich nur an Gegenständen festhaltend im eigenen Wohnbereich bewegen, jedoch sei sie psychisch zeitlich, sachlich und örtlich orientiert. Im Formular "Ermittlung des Pflegebedarfes in Ergänzung des ärztlichen Gutachtens vom 05.06.2014" (S. 4) stellte der Dr. O._____ in den Kategorien: Zubereitung von Mahlzeiten und sonstige Körperpflege einen funktionsbezogenen Pflegebedarf fest; bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten, Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenständen, Pflege der Leib- und Bettwäsche und in der Mobilitätshilfe im weiteren Sinne sei Hilfe erforderlich.

E. 5.4.2.4

In der Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 9. November 2014 (IV-act. 73), welche anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurde, nahm Dr. D._____ erneut Einsicht in alle medizinischen Unterlagen und führte zum Kurzarztbericht des Landeskrankenhauses (...) sowie dem ärztlichen Befundbericht von Dr. K._____ (E. 5.4.2.2) aus, die Berichte enthielten keine neuen Angaben, die eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit belegen könnten. Die Versicherte leide seit mindestens 2009 unter rezidivierenden Schwindelbeschwerden, Nacken- und Kopfschmerzen, Kniebeschwerden und depressiven Verstimmungen. Sie sei seit 2009 mehrmals fachärztlich und auch polydisziplinär begutachtet worden. Die Erstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C._____ vom 20. Dezember 2012 stütze sich auf die damals vorliegenden und bereits sehr ausführlichen medizinischen Dokumente. Die Beschwerden und Diagnosen der Versicherten seien seit vielen Jahren im Wesentlichen unverändert und in diesen Jahren immer wieder in den Arztberichten festgehalten worden. In der Stellungnahme vom 28. Dezember 2014 (act. 19, Beilage 2) nahm Dr. D._____ Bezug auf die Gutachten von Dr. O._____ (act. 5, Beilage 2; act. 16, Beilage 5; E. 5.4.2.3) und Dr. M._____ (act. 16, Beilage 8b; E. 5.4.2.3) und gab erneut an, alle Diagnosen seien seit Jahren bekannt und mehrfach in Vorgutachten gewürdigt worden; die im Beschwerdeverfahren nachgereichten Arztberichte belegten keine objektivierbare Veränderungen des Gesundheitszustandes gegenüber der Vorbeurteilung.

E. 5.4.2.5

In dem mit Schreiben vom 22. Januar 2015 nachgereichten, undatierten ärztlichen Gutachten zum Antrag auf Weitergewährung einer bis 31. Januar 2015 befristeten Invaliditätspension (act. 21, Beilage 2), welches anlässlich einer Untersuchung vom 16. Dezember 2014 ausgestellt worden war, führte Dr. M._____ die bereits genannten Diagnosen auf und gab weiter an, die Versicherte schildere nun auch Panikattacken mit

Herzrasen. In den letzten zwei Monaten sei der Antrieb weiter abgesackt und zuletzt habe sie seit ca. einem Monat subjektiv ständig Kopfschmerzen, seit einem Jahr einen ständigen Husten.

E. 5.4.2.6

Schliesslich reichte die Beschwerdeführerin am 9. Mai 2015 das ärztliche Gutachten vom 21. April 2015 (act. 24, Beilage 2), welches anlässlich der Untersuchung vom 14. Mai 2015 erstellt worden war, zu den Akten. In diesem Gutachten wiederholte Dr. P. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, die bereits genannten Diagnosen und führte zusammengefasst aus, die Versicherte sei nicht in der Lage, sich selbst zu waschen, könne alleine weder gehen noch stehen, die Pflege, den Haushalt, das Putzen, Kochen und die Wege übernehme die Familie. Sie selbst sei psychisch sehr angeschlagen und depressiv verstimmt. Der Leidensdruck sei sehr hoch; sie sei sehr verzweifelt. Mit einer raschen und wesentlichen Besserung sei aus heutiger Sicht nicht zu rechnen. Im Formular "Ermittlung des Pflegebedarfes in Ergänzung des ärztlichen Gutachtens vom 17.04.2015" stellte der Dr. P. _____ in den Kategorien: tägliche Körperpflege, Zubereitung von Mahlzeiten, Verrichtung der Notdurft, an- und auskleiden, Einnahme von Medikamenten, Mobilitätshilfe im engeren Sinn und Motivationsgespräche einen funktionsbezogenen Pflegebedarf fest; bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten, Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenständen, Pflege der Leib- und Bettwäsche und in der Mobilitätshilfe im weiteren Sinne sei Hilfe erforderlich.

E. 5.5.1

Bei den Stellungnahmen von Dr. D. _____, Gutachterin des medizinischen Dienstes der IVSTA, handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.7.3 hiavor), kann auf Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Der von der Beschwerdeführerin eingereichte Fragebogen vom 31. November 2012 (IV-act. 22, S. 6 ff.) ist hingegen nicht als ordnungsgemässer Abklärungsbericht im Sinne von Art. 69 Abs. 2 IVV zu qualifizieren (vgl. E. 4.6.2).

E. 5.5.2

Vorliegend führte Dr. D. _____ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zog die Gutachten bzw. medizinischen Atteste der österreichischen Ärzte heran und wertete diese aus. Die Stellungnahmen vom 18. Mai 2014 (IV-act. 61), 8. Juni 2014 (IV-act. 68), 9. November 2014 (IV-act. 73) und vom 28. Dezember 2014 (act. 19, Beilage 2) sind somit reine Aktenberichte (vgl. E. 4.7.3). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG

vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder - wie im vorliegenden Fall - im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2).

E. 5.5.3

Auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes sowie der medizinischen Berichte aus Österreich kann nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. E. 4.7.3 hiervor). Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2014 (siehe vorne E. 2.6). Nach diesem Zeitpunkt ergangene Arztberichte können deshalb - sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor der angefochtenen Verfügung erlauben - im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Die unter E. 5.4.2.1 bis E. 5.4.2.4 aufgeführten Arztberichte sind vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden und somit Beurteilungsgegenstand. Hingegen ist das Gutachten von Dr. P._____ sowie das Gutachten von Dr. M._____ nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden (E. 5.4.2.5 und E. 5.4.2.6). Jedoch zeigen diese Gutachten den Krankheitsverlauf auf und geben eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie der Beeinträchtigungen im Haushalt. Aus diesem Gutachten lassen sich Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung sowie den weiteren Verlauf ziehen, weshalb es in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen ist.

E. 5.5.4

Es ist zu prüfen, ob aus den österreichischen Krankenakten eine rentenbegründende erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden kann. Diese muss im rechtsrelevanten Zeitraum - nämlich dem Zeitpunkt der letzten rentenablehnenden Verfügung (13. März 2013) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung (19. Juni 2014) - eingetreten sein. Die österreichischen Ärzte beurteilten die Leistungsfähigkeit der Versicherten verschiedentlich. Während aus neuropsychiatrischer Sicht für Dr. E._____ im März 2013 leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen, Gehen und Stehen, im Raum und im Freien noch zumutbar waren (IV-act. 50), befanden die Ärzte Dres. M._____ und L._____ die Beschwerdeführerin im April 2014 für mindestens zwölf Monate für arbeitsunfähig (act. 16, Beilage 8b). Ersterer kam nach einer am 16. Dezember 2014 erfolgten Untersuchung zum Ergebnis, dass aufgrund einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes für die Dauer von 15 Monaten keine geregelte Arbeit zumutbar sei (act. 21, Beilage 2). Aus internistisch/rheumatologischer Sicht befand Dr. K._____ im Juni 2014 die Versicherte für absolut nicht belastbar (IV-act. 71). Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. P._____ gab schliesslich im April 2015 an, dass mit einer raschen und wesentlichen Besserung nicht zu rechnen sei (act. 24, Beilage 2). Obwohl in den Akten sowohl der Krankheitsverlauf der Beschwerdeverführerin lückenlos dokumentiert wird, als auch teilweise Angaben zu ihrer Arbeitsfähigkeit gemacht werden, ist weder ersichtlich, ab welchem Zeitpunkt noch mit welchem Grad die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten oder in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Zudem wurde die Arbeitsfähigkeit

nicht polydisziplinär abgeklärt. Die Angaben zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beschränken sich auf die jeweiligen Fachgebiete der untersuchenden Ärzte. Anzumerken ist, dass lediglich die Dres. E._____, M._____, und K._____, welche sich zur Leistungsfähigkeit in ihrem Fachgebiet äussern, einen Facharztstitel für Psychiatrie und Neurologie resp. Innere Medizin und Rheumatologie verfügen und Dr. L._____, Fachärztin für Innere Medizin und Gesamtgutachterin ist. Dr. P._____, welcher hauptsächlich die Arbeitsfähigkeit im Haushalt beurteilte, ist Arzt für Allgemeinmedizin. Die Berichte der Letzteren können nur dann volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Überdies weist das Gutachten von Dr. L._____, (IV-act. 56) Mängel auf. So weist die erste Seite auf eine am 4. April 2014 erfolgte Untersuchung hin, während die nachfolgenden Seiten das Untersuchungsdatum vom 27. März 2014 tragen. Ebenso scheint der Arztbericht von Dr. M._____, (act. 21, Beilage 2) unvollständig; es fehlen das Datum und die Unterschrift des Arztes. Insgesamt stellen die medizinischen Berichte aus Österreich keine genügende Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (19. Juni 2014) dar.

E. 5.5.5.1

Die Ärztin des medizinischen Dienstes der IVSTA Dr. D._____, beurteilte die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers, ohne diese persönlich untersucht zu haben. In ihrer ersten Stellungnahme vom 18. Mai 2014 (IV-act. 61) kreuzte sie - nach Durchsicht der anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Unterlagen - bei der Frage, ob sich die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in erheblicher Weise geändert habe, lediglich das Feld "nein" an, ohne weitere Ausführungen zu machen. Nachdem ihr das ärztliche Gutachten von Dr. L._____, (IV-act. 56) vorgelegt worden war, vermutete Dr. D._____, in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2014 (IV-act. 68), dass sich Dr. L._____, auf das Gutachten von Dr. E._____, gestützt habe und führte aus, dass dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit deckungsgleich mit derjenigen von Dr. C._____, vom 20. Dezember 2012 sei und sich keine Veränderungen ergeben hätten. Erst anlässlich des Beschwerdeverfahrens fasste sie alle vorhandenen medizinischen Unterlagen rudimentär zusammen, führte aus, die Versicherte leide seit mindestens 2009 unter rezidivierenden Schwindelbeschwerden, Nacken- und Kopfschmerzen, Kniebeschwerden, depressiven Verstimmungen und sei seit 2009 mehrmals fachärztlich und auch polydisziplinär begutachtet worden. Dr. D._____, gab an, die Erstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit sei durch Dr. C._____, aufgrund der damals vorliegenden und bereits sehr ausführlichen medizinischen Dokumente erfolgt; eine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit habe nicht belegt werden können. Sie stützte sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch lediglich auf die neuropsychiatrische Beurteilung von Dr. E._____,; die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit der Dres. M._____, L._____, K._____, und P._____, blieben unberücksichtigt. Zudem war die Beschwerdeführerin zuletzt teilzeiterwerbstätig, weshalb bei der Berechnung ihres IV-Grades die gemischte Methode angewandt worden war (vgl. IV-act. 26, ebenso E. 4.6.1 ff.). Eine dazu erforderliche Abklärung der Beeinträchtigung im Haushalt wurde wohl von Dr. O._____, im Rahmen einer am 5. Juni 2014 im Rahmen eines Hausbesuches erfolgten Untersuchung (act. 16, Beilage 5), sowie von Dr. P._____, am 21. April 2015 (act. 24, Beilage 2) durchgeführt, Dr. D._____, äusserte sich jedoch dazu nicht. Ebenso liegt lediglich der von der Versicherten ausgefüllte Fragebogen betreffend ihrer Tätigkeiten im Haushalt vom 31. November 2012 (IV-act. 22, S. 6 ff.) in den Akten. Offensichtlich hat Dr.

D._____ für den rechtsrelevanten Zeitraum, nämlich vom Zeitpunkt der ersten rentenablehnenden Verfügung (13. März 2013) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (19. Juni 2014) Veränderungen der Einschränkungen im Haushalt nicht abgeklärt. Weiter lässt sich aufgrund der Akten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennen. Während in psychischer Hinsicht die Versicherte im März 2009 lediglich ein ängstliches Vermeidungsverhalten zeigte (vgl. Gutachten von Dr. Q._____ vom 31. März 2009; IV-act. 8), wurde im April 2012 eine Angststörung diagnostiziert (vgl. Gutachten von Dr. R._____, IV-act. 16). Im März 2013 stellte Dr. E._____ eine depressive Störung mit Angst und Somatisierung fest (IV-act. 50). Dr. M._____ diagnostizierte sodann anlässlich der Untersuchung vom 4. April 2014 eine mittelschwere bis leichtweise schwere depressive Störung mit stark reaktiven und stark psychosomatisierenden Anteilen (act. 16, Beilage 8) und führte ergänzend aus, die Versicherte sei pessimistisch, ängstlich und schreckhaft; Panikattacken habe sie jedoch nicht. Im Dezember 2015 litt die Versicherte gemäss Dr. M._____ nun auch an Panikanfällen (act. 21, Beilage 2). Darüber hinaus finden sich in den Akten Hinweise auf eine Ausweitung der Beschwerden. Während Dr. C._____ am 20. Dezember 2012 (IV-act. 27) die Diagnosen Zervikalsyndrom C 5 - 7 bei einem Bandscheibenvorfall, einer beginnende Gonarthrose links und einen phobischer Schwankschwindel festhielt, kamen im weiteren Krankheitsverlauf unter anderem noch folgende Beschwerden hinzu: Steatosis hepatis, Leberparenchymschaden, Omarthrose, Hyperuricämie, Fettstoffwechselstörung, Sinusitis chronisch rezidivierend, Bronchitis, Osteochondrose mit Bandscheibenprotrusion L5/S1 und relativer Foramenstenose rechts, flacher Diskusprolaps TH11/12, flache Protrusionen L1/2 und L2/3, massive degenerative Veränderungen des Achsenskeletts und Menière Syndrom (IV-act. 43, 44, 46, 71). Festzuhalten ist, dass bereits anlässlich des ersten Anmeldeverfahrens nicht alle Krankheitsbilder berücksichtigt worden sind. Da die erste rentenablehnende Verfügung vom 13. März 2013 jedoch unangefochten in Rechtskraft erwuchs, ist darauf nicht weiter einzugehen (vgl. E. 4.5.1). Des Weiteren erwähnte bereits Dr. R._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, in seinem ärztlichen Gutachten vom 27. April 2012 (IV-act. 16) zum Antrag auf Gewährung einer Invaliditätspension zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt Kärnten unter Verwendung des Diagnosecodes ICD-10: F45 die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung. Obwohl im weiteren Krankheitsverlauf neben dieser Diagnose ebenso Somatisierungsstörungen, dissoziative Störungen und psychosomatische Beschwerden (IV-act. 50, 56; act. 16, Beilage 8b) festgestellt wurden, ist bezüglich dieser Krankheitsbilder keine Abklärung gemäss der zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses geltenden "Foerster"-Kriterien erfolgt.

E. 5.5.5.2

Insgesamt weisen die Berichte von Dr. D._____ grobe Mängel auf. Sie erstellte weder eine Anamnese, noch gab sie umfassenden Diagnosen ab. Zudem wurden keine ICD-10 Codes verwendet. Zu den von ihr gewürdigten Berichten gab sie an, dass keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vorlägen, obwohl aus den Akten sowohl eine Zunahme der Beschwerden als auch eine Verschlechterung der bereits vorhandenen Krankheitsbilder hervorgeht. Abklärungen betreffend die Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt sowie die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung sind nicht erfolgt. Ebenso wenig setzte sich Dr. D._____ mit den unterschiedlichen Angaben der österreichischen Ärzte zur Arbeitsfähigkeit auseinander und begründete weder ihre eigenen Einschätzungen noch ihre Schlussfolgerungen. Anzumerken ist überdies, dass Dr. D._____, als Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, nicht über einen

Facharztstitel der Psychiatrie, Orthopädie oder Neurologie verfügt. Insgesamt ist ihre Beurteilung nicht lückenlos und kann nicht nachvollzogen werden. Sie genügt den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den medizinischen Dienst der IVSTA können nicht als gegeben erachtet werden.

E. 5.5.6

Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass die Beschwerdeführerin Einschränkungen unterliegt, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne deren persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 19. Juni 2014 aufzuheben ist.

E. 5.5.7

Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungswise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

E. 5.5.8

Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den medizinischen Dienst der IVSTA zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte weder der eine noch der andere auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen

Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung wird mit der Weisung verbunden, eine pluridisziplinäre, orthopädische, psychiatrische, internistische sowie neurologische Begutachtung der Beschwerdeführerin in der Schweiz durchzuführen und ausserdem abzuklären, in welchem Mass die Beschwerdeführerin im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist (vgl. dazu E. 4.6.2 bis 4.6.4). Betreffend die somatoformen Störungen wird die Prüfung der Auswirkung dieser Diagnose unter Einbezug der neuen Indikatoren des Bundesgerichts (vgl. BGE 141 V 281) durchzuführen sein.

E. 6

Die Beschwerde vom 9. Juli 2014 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 19. Juni 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

E. 7

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Prüfung eines Rentenanspruchs alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen zu erfolgen hat. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (E. 2.2). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin vom österreichischen Sozialversicherungsträger eine befristete Invalidenrente erhält, kann sie im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 8

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Es ist zu berücksichtigen, dass eine Rückweisung praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (vgl. BGE 132 V 215 E. 6, Urteil BGer 9C_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6). Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Die Beschwerdeführerin hat mit Eingabe vom 21. August 2014 einen Antrag auf unentgeltliche Rechtspflege gestellt, welcher am 3. September 2014 gutgeheissen wurde. Da sie obsiegt hat, ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos geworden. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

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, Art. 7 Abs. 1 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Da der obsiegenden Beschwerdeführerin, welche nicht anwaltlich vertreten ist, keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden sind resp. sie keine solchen geltend gemacht

hat, ist ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen.

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