

# **BVGer C-5497/2016 vom 28. Februar 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5497\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5497_2016)

FR: TAF C-5497/2016 du 28 février 2018

IT: TAF C-5497/2016 del 28 febbraio 2018

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

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

## **E. 2**

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

### **E. 2.1**

Auf den vorliegenden Fall ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen; SR 0.831.109.291.1) anwendbar (zur Anwendbarkeit vgl. Art. 3 desselben). Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in

Verbindung mit Art. 2 A Bst. ii die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Demnach bestimmt sich vorliegend der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ausschliesslich nach dem internen schweizerischen Recht.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.3**

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

### **E. 2.4**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). 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. 2.5**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

### **E. 2.6**

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 23. August 2016 in Kraft standen; weiter aber

auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (23. August 2016) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

### **E. 3**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 23. August 2016 das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

#### **E. 3.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

#### **E. 3.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

### **E. 3.3**

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

#### **E. 3.4.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

#### **E. 3.4.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C\_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 3.4.3**

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

#### **E. 4**

Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)

#### **E. 4.1**

Die Vorinstanz stützte sich beim Erlass der Rentenverfügung vom 23. August 2016 auf das interdisziplinäre Gutachten des I. \_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2016 (IV-act. 183), welches im Rahmen der Neuabklärungen durch die IVSTA unter Beizug aller medizinischer Unterlagen und den ausführlichen Untersuchungen von den Ärzten erstellt und in welchem Folgendes festgehalten wurde:

#### **E. 4.1.1**

In seiner allgemeininternistischen Beurteilung (IV-act. 183, S. 7) stellte Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, anlässlich der am 6. Januar 2016 erfolgten Untersuchung folgende Diagnose: Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), aktuell unbehandelt. Zusammengefasst wurde festgehalten, es könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und somit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Frühere ärztliche Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit bezögen sich stets auf Diagnosen, welche in den spezialärztlichen Teilgutachten diskutiert würden. Eine allgemeininternistische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei nie angeführt worden.

#### **E. 4.1.2**

Im Teilgutachten auf dem Fachgebiet der Psychiatrie (IV-act. 183, S. 7 - 13) stellte Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich der am 6. Januar 2016 erfolgten Untersuchung ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.20) sowie Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) auf (S. 13). Zusammengefasst gab Dr. med. C. \_\_\_\_\_ an, die Versicherte sei freundlich und kooperativ und auf die gestellten Fragen ausführlich eingegangen. Ihre Stimmung sei leicht bedrückt, aber nicht depressiv. Sie habe von gewissen Ängsten bezüglich eines Rezidivs und von Schwierigkeiten mit ihrem Ehemann berichtet. Die Psychomotorik sei lebhaft ohne Antriebsstörungen. Ihr affektiver Kontakt sei gut. Sie machte einen wachen Eindruck, sei bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Sie könne gut auf

die gestellten Fragen eingehen und drücke sich differenziert aus. Die Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung seien intakt; das Denken nicht eingeschränkt. Sie habe weder Gedankenabreissen, Neologismen noch Gedankenleere gezeigt. In ihren Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden. Es gebe keine Anhaltspunkte für illusionäre Veränderungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen. Die Versicherte habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu ihrer Person. Sie könne sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussung seien nicht vorhanden. Sie habe weder Zwangsgedanken geäußert, noch lägen Hinweise auf Zwangshandlungen vor. Sie berichte nicht über Ängste und erwähne keine Phobien. Aus ihren Schilderungen ergäben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages. Sie berichte auch nicht über Lebensverleider, Suizidgedanken oder -fantasien (S. 9 - 10). In der Beurteilung führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, die Versicherte klage einzig über somatische Beschwerden. Sie fühle sich allein aufgrund der Schmerzen im Bereich des rechten Arms beeinträchtigt. Sie sei in sozialer Hinsicht durch ihren alkoholkranken Ehemann belastet, dies haben jedoch keine direkten negativen Folgen im Alltag. Die Versicherte führe den Haushalt selbständig, unternehme regelmässig Spaziergänge, habe eine gute Beziehung zu ihrer Tochter und ihren Enkelkindern sowie zu ihrer Schwester. Sie habe bereits vor Jahren mit der Berufswelt abgeschlossen; sie werde auch berentet. Es bestehe keine Motivation, erneut eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen. Eine eigenständige psychiatrische Störung, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, liege nicht vor. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Dass sich die Explorandin nicht mehr arbeitsfähig fühle, lasse sich nicht durch eine psychiatrische Störung begründen. Die Ängste vor einem Rezidiv hätten zum Untersuchungszeitpunkt keinen Krankheitswert. Sie seien eine normale Reaktion im Rahmen einer Krebserkrankung (S. 10 - 12). Zu den früheren psychiatrischen Einschätzungen wurde festgehalten, dass die Diagnose einer depressiven Störung nicht gestellt werden könne. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden zumal weder ein auslösendes Ereignis aktenkundig sei noch Flashbacks auftreten würden (S. 13). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. C. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass in den bisherigen Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Ausser einer vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014 könne rückwirkend aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 13).

#### **E. 4.1.3**

Im anlässlich der Untersuchung vom 6. Januar 2016 erstellten orthopädischen Teilgutachten (IV-act. 183, S. 13 - 17) wurden von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden chronische Beschwerden an der dominanten rechten oberen Extremität (ICD-10 M79.60) - klinisch (bis auf Atrophie im Bereich des Musculus supraspinatus und endgradig minim verminderter Schulterbeweglichkeit) unauffälliger Befund - festgehalten (IV-act. 183, S. 16). Nach Untersuchungen der Wirbelsäule, der Halswirbelsäule, der Hüften, Knie, Füsse, Schultern, Ellbogen und Hände hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung fest, die Explorandin beklage sich seitens des Bewegungsapparates ausschliesslich aufgrund eines 2007 erfolgten Eingriffs

(Mammakarzinom rechts) über diffuse Beschwerden zwischen dem lateralen Thorax und den Fingerspitzen dieser Seite und äussere wiederholt, nicht zu verstehen, weshalb sie orthopädisch untersucht werde. Sie schildere ihre Beschwerden sehr sprunghaft und widersprüchlich, doch könne die gesamte Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen bei guter Kooperation insgesamt problemlos durchgeführt werden, wobei es zu keinem Zeitpunkt zu einem höhergradigen Leidensdruck zu komme scheine. Es lägen keine radiologischen Bilddokumente vor. In Anbetracht des auf rein orthopädischer Ebene weitgehend blanden Befundes werde auf eine Anfertigung derselben verzichtet. Zusammenfassend führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, dass sich die diffus an der rechten oberen Extremität beklagten Beschwerden auf rein orthopädischer Ebene keinesfalls klar nachvollziehen liessen. Zu früheren Einschätzungen des Bewegungsapparates hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, dass der Einschätzung des Berichts des Administrative Appeals Tribunal, Australien, vom 12. April 2013 auf rein orthopädischer Ebene in keiner Weise gefolgt werden könne. Es seien keine relevanten funktionellen Defizite in diesem Bereich objektivierbar. Ebenso könnten die im Bericht des Amtes für Erstellung von Gutachten, Professionelle Rehabilitierung und Einstellung von Leuten mit Invalidität in (...), über die ärztliche Untersuchung vom 22. Januar 2015 dokumentierten Bewegungseinschränkungen an der rechten Schulter und Halswirbelsäule keinesfalls mehr nachvollzogen werden. Die Versicherte habe bis zur Krebserkrankung 2007 als Verkäuferin gearbeitet, sodass diese Tätigkeit als die angestammte angesehen werden könne. Für diese Tätigkeit bestehe aus rein orthopädischer Sicht ebenso wie für andere körperlich leichte und zumindest mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 17)

#### **E. 4.1.4**

Im neurologischen Teilgutachten (IV-act. 183, S. 18 - 21) nannte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, anlässlich der am 5. Januar 2016 erfolgten Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen genannt: subjektive sensomotorische Störungen am rechten Arm, subjektive Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, wahrscheinlich funktionell, und Schwindelbeschwerden ohne Hinweis auf ein organisches Korrelat (S. 19). Zusammengefasst hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ - nach Untersuchungen von Kopf/Hals/Hirnnerven (mit Frenzelbrille), der Extremitäten, Motorik, Reflexe und Sensibilität - in der neurologischen Beurteilung fest, die beklagten Schwindelbeschwerden, Kopfschmerzen und Schmerzen sowie sensomotorische Störungen am rechten Arm seien aus neurologischer Sicht schwierig nachvollziehbar. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich ein unauffälliger Befund. Es fänden sich keine Hinweise auf fokal-neurologische Ausfälle. Hinsichtlich der Schwindelbeschwerden ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine peripher-vestibuläre Störung oder eine zentrale Ursache. Auch im Hinblick auf die Gangunsicherheit seien während der klinischen Untersuchung keine relevanten Einschränkungen feststellbar. Die entsprechenden funktionellen Gleichgewichtstests ergäben einen normalen Befund. Die beschriebenen Gedächtnisstörungen seien schwierig einzuordnen. Gegen eine dementielle Entwicklung spreche, dass die Versicherte regelmässig autofahre. Sie sei alleine zur Untersuchung gekommen und finde sich offenbar gut zurecht. Auch in den sonstigen Alltagsaktivitäten würden keine weiteren dementiellen Symptome beschrieben werden (S. 19 f.). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, es könne aufgrund der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in den letzten Jahren aufgrund einer neurologischen Diagnose nicht

relevant eingeschränkt gewesen sei. Zu der in den Akten erwähnten neurologischen Diagnose Cephalaea (vgl. Bericht von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2015, IV-act. 147) äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass sich weder aufgrund der aktuellen anamnestischen Angaben noch unter Berücksichtigung der Angaben von Dr. J. \_\_\_\_\_ Hinweise auf eine relevante Beeinträchtigung im Alltag ergäben.

#### **E. 4.1.5**

In seiner onkologischen Beurteilung (IV-act. 183, S. 21 - 23) stellte Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Onkologie, anlässlich der am 6. Januar 2016 erfolgten Untersuchung keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt: "1. Mammakarzinom rechts (ICD-10 C50.9) - 02.04.2007 Mastektomie und Axillarevision Tumorstadium pT1c (1,8 cm), pN1 (3/14) MO, G3, ER/PR negativ, HER2 neu 3+ - adjuvante Chemotherapie mit 4 x AC-Schema und 4 x Taxol in dreiwöchigen Abständen - adjuvante Radiotherapie, adjuvante Herceptinbehandlung für ein Jahr - Oktober 2009 Silikonimplantat rechte Brust 2. Chronische Beschwerden an der dominanten rechten oberen Extremität (ICD-10 M79.60) - klinisch bis auf Atrophie im Bereich des Musculus supraspinatus und endgradig minim vermindertes Schulterbeweglichkeit unauffälliger Befund 3. Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.20).

#### **E. 4.1.6**

Die Gesamtbeurteilung (IV-act. 183, S. 23 - 25) wurden in einem interdisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern erarbeitet. Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass vom Beginn der Tumorerkrankung (April 2007) bis zum Ende der Radiotherapie plus einer Erholungsphase von drei Monaten, also bis circa Frühjahr 2008, wahrscheinlich eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Anschluss daran sei die stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit mit arbiträr 50 % Arbeitsunfähigkeit bis Juni 2008 und 0 % Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2008 möglich gewesen. Zur Selbsteinschätzung der Versicherten führten die Gutachter aus, es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen ihren Beurteilungen und der Selbsteinschätzung der Explorandin, welche sich für gar nicht mehr arbeitsfähig halte. Ursächlich für diese Diskrepanz seien wahrscheinlich in erster Linie IV-fremde Faktoren wie fehlende Arbeitsmöglichkeiten im Wohnort der Explorandin, die jahrelange Arbeitsabsenz und ein wahrscheinlich vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen wurde auf die spezialärztlichen Teilgutachten verwiesen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde zusammengefasst angegeben, bei der Explorandin könne aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Lediglich körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund fehlender Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden.

#### **E. 4.1.7**

Nachdem das interdisziplinäre Gutachten des I. \_\_\_\_\_ Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, unterbreitet wurde, nahm dieser am 27. März 2016 zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung (IV-act. 191). Er fasste den medizinischen Verlauf zusammen und gab an, der erhobene Psychostatus im

Gutachten sei - bis auf eine gewisse Bedrücktheit und eine nachvollziehbare Angst vor einem Karzinomrezidiv - völlig bland. Er befand die Versicherte aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit zu 0 % arbeitsunfähig. Zusammengefasst hielt er fest, infolge der Operation eines Mammakarzinoms leide die Versicherte unter belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Arm. In ihrer Heimat und von Australien sei sie berentet worden. Sie glaube nicht, jemals wieder arbeiten zu können und sei auch nicht motiviert dazu. Die leichte Bedrücktheit und die nachvollziehbaren Ängste stellten weder einen psychiatrischen Gesundheitsschaden im Sinne der IV dar, noch könnten sie eine Arbeitsunfähigkeit begründen. Das Gutachten erfülle alle gemeinhin an solche Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen. Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, nahm am 18. April 2016 Stellung (IV-act. 193). Er führte zusammengefasst aus, die Versicherte sei vor zehn Jahren wegen eines Mammakarzinoms rechts mastektomiert und anschliessend lege artis mit Chemotherapie adjuvant nachbehandelt worden. Sämtliche folgende Kontrolluntersuchungen hätten seither eine Heilung der Krankheit gezeigt. Die Gutachter fänden bei der aktuellen Begutachtung keine relevanten Funktionseinschränkungen. Die Versicherte sei zu Recht - auch als Verkäuferin - für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten als voll arbeitsfähig beurteilt worden. Ein rentenrelevantes Leiden bestehe demnach nicht. Bei der damaligen Behandlung habe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden.

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdeführerin, die sich im Frühjahr 2007 einer Mastektomie unterzogen hatte, stellte am 3. Dezember 2010 beim kroatischen Versicherungsträger ein Gesuch zum Bezug von IV-Leistungen. Ihr Rentenanspruch entstand demnach frühestens am 1. Juni 2011, vorausgesetzt, dass sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (E. 3.2; vgl. zum Anmeldedatum das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1039/2012 vom 7. März 2014, E. 6.2). Es ist im Folgenden zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin vom 1. Juni 2010 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 23. August 2016 ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorgelegen hat. Dabei ist zu überprüfen, ob auf die Stellungnahmen der Dres. med. H.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2016 (IV-act. 191) und 18. April 2016 (IV-act. 193) sowie auf das interdisziplinäre Gutachten des I.\_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2016 (IV-act. 183) abgestellt werden kann.

##### **E. 4.2.1**

Das I.\_\_\_\_\_ -Gutachten basiert auf die mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. September 2013 angeordneten Untersuchungen in den Fachgebieten der Neurologie und Psychiatrie. Im Weiteren wurden umfassende allgemeininternistische, orthopädische und onkologische Untersuchungen vorgenommen. Im Vordergrund der Beurteilung durch die Gutachter und des medizinischen Dienstes standen folgende Diagnosen: chronische Beschwerden an der rechten oberen Extremität, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle und psychische Beschwerden.

##### **E. 4.2.1.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte nach einer ausführlichen orthopädischen Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen zu den vordergründig beklagten Beschwerden im rechten Arm lediglich eine Atrophie im Bereich des Obergrätenmuskel und eine endgradig minimal verminderte Schulterbeweglichkeit fest. Er führte aus, dass die Beschwerden sehr

sprunghaft und widersprüchlich geschildert und kaum nachvollziehbar seien. Insbesondere habe die Explorandin im Langsitz den Oberkörper spontan und zügig hochgestemmt, was mit einer höhergradigen funktionellen Einschränkung seitens der oberen Extremitäten kaum vereinbar sei (IV-act. 183, S. 16). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ schätzte die Versicherte aus rein orthopädischer Sicht für körperlich zumindest mittelschwere Tätigkeiten als uneingeschränkt arbeitsfähig. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ konnte die Schmerzen aus neurologischer Sicht ebenfalls schwierig nachvollziehen. Der Befund hierzu war völlig unauffällig. Die Versicherte hat anlässlich der Untersuchung einerseits über ein stark ausgeprägtes Taubheitsgefühl am rechten Arm, andererseits jedoch über eine normale Sensibilität berichtet. Ihre Aussagen betreffend eine Empfindungsstörung sind widersprüchlich. Neben einer normalen Kraftentwicklung wurden auch keine muskulären Atrophien festgestellt, sodass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ davon ausging, dass die Versicherte ihren Arm im Alltag normal einsetzt (IV-act. 183, S. 20). Aufgrund seiner Einschätzungen ist die Versicherte in der Arbeitsfähigkeit nicht relevant eingeschränkt. Die Versicherte gab bezüglich der Schmerzen im Arm anlässlich der orthopädischen und neurologischen Untersuchung an, diese hätten nach der Brustoperation begonnen und sich seither nicht verbessert. Der rechte Arm sei schwach; immer wieder trete ein Taubheitsgefühl auf. Manchmal habe sie stechende Schmerzen im rechten Arm. Diese Beschwerden seien im Sommer besser; wahrscheinlich, weil sie zweimal täglich zum Schwimmen gehe (IV-act. 183, S. 14, 21). Anlässlich der Anamnese führte sie zu den Tätigkeiten im Alltag aus, den Haushalt selbständig zu führen, die Einkäufe zu erledigen, zu putzen, abzustauben und Wäsche zu waschen. Sie würde ebenfalls das Mittag- und Abendessen zubereiten, wobei ihr Ehemann koche, da er dies gerne tue. Sie steuere auch tagsüber das Auto über Strecken von 30 km und betreue zudem zwei Enkelkinder im Alter von vier und sechs Jahren (IV-act. 183, S. 6, 14, 18). Die Aussagen der Versicherten zu ihren Leiden sind auch in Bezug auf ihre Alltagsaktivitäten widersprüchlich. Hingegen decken sich die Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit jenen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und entsprechen sowohl den Untersuchungsergebnissen als auch den Beschreibungen der Versicherten bezüglich ihrer Alltagsaktivitäten. Insgesamt konnten die Gutachter in ihrer nachvollziehbaren Beurteilung zum Untersuchungszeitpunkt in orthopädischer als auch in neurologischer Hinsicht keine relevanten funktionellen Defizite im Bereich der rechten oberen Extremität feststellen.

#### **E. 4.2.1.2**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ setzte sich einlässlich mit den beklagten Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen auseinander. Bezüglich die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie die Schwindelbeschwerden fand er weder Hinweise auf ein organisches Korrelat noch Anhaltspunkte für eine peripher-vestibuläre Störung. Ebenso wenig konnte eine dementielle Erkrankung festgestellt werden. Zudem zeigte sich bei der klinischen Untersuchung betreffend die geltend gemachte Gangunsicherheit ein unauffälliger Befund. Insgesamt haben keine Hinweise auf fokal-neurologische Ausfälle vorgelegen (IV-act. 183, S. 19 f.). Zu ihren Beschwerden machte die Versicherte unterschiedliche Aussagen: Einerseits führt sie anlässlich der neurologischen Anamnese aus, sie habe am ganzen Körper Schmerzen; bei der Arbeit spüre sie ein Schwere- und Taubheitsgefühl im rechten Arm. Sie könne im Alltag wegen der Beschwerden kaum noch etwas machen (IV-act. 183, S. 18). Sie könne sich oft nicht daran erinnern, was sie am Tag zuvor gemacht oder mit Angehörigen besprochen habe. Wegen der Schwindelbeschwerden sei sie auch schon gestolpert. Andererseits führt sie aus, in ihrer Freizeit mit dem Auto und Velo zu fahren. Sie führt daneben den Haushalt selbständig, betreut ihre Enkelkinder und

geht schwimmen. Sie war ausserdem in der Lage, allein in die Schweiz zur Begutachtung zu reisen (IV-act. 183, S. 6, 18). Weiter führte sie anlässlich der Untersuchung der Knie im Rahmen der orthopädischen Untersuchung aus, dass ihr Problem nur der rechte Arm sei; alles andere sei nicht der Rede wert (IV-act. 183, S. 15). In der psychiatrischen Anamnese gab sie schliesslich an, ausser den belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des rechten Arms und der rechten Brust gelegentlich unter Kopfschmerzen zu leiden, aber ansonsten keine gesundheitlichen Probleme zu haben (IV-act. 183, S. 8). Insgesamt sind die Aussagen der Versicherten der beklagten Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, und Schwindelgefühle widersprüchlich. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ konnte denn auch im Rahmen seiner Untersuchungen keine Hinweise auf eine relevante Beeinträchtigung im Alltag feststellen. Er kam im neurologischen Teilgutachten in einer nachvollziehbaren Beurteilung zum Schluss, dass diese Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten hätten.

#### **E. 4.2.1.3**

Im Krankheitsverlauf attestierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in orthopädischer Hinsicht keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 183, S. 17). Ebenso stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 183, S. 20). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nahm zur im "Befund des Facharztes" des Allgemeinkrankenhauses K. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2015 (IV-act. 147) erwähnten Diagnose Cephalea Stellung und gab dazu an, dass die erwähnten Kopfschmerzen lediglich intermittierend und diffus aufträten. Zu den von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Spezialist Neurologe, zum neurologischen Status gemachten Ausführungen sowie zu dessen Angaben betreffend die Arbeitsunfähigkeit äusserte er sich hingegen nicht. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt neben den Diagnosen Cephalea, St. post ablationem mmae dex cum meta lymphonodi axilaris ppt ca ductale invasivum, St post chemo, radioth. et imonoth. und Depression Folgendes fest: "Bewusst, die kranialen Nerven sind in Ordnung, keine Versteifungen am Hals, ohne Laterisierungen an den Extremitäten, Tonus und Mtr in Ordnung, pathologische Ref negativ, Koordinationstests in Ordnung, ohne spürbare Läsionen, noch eine Asymmetrie der Extremitäten" und kam zum Schluss, dass eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen würde. Er befand die Versicherte - ohne weiter zu begründen - offensichtlich lediglich aufgrund der auf die Anamnese basierenden Diagnosen, welche diskrepant zu seinen Befunden sind, für nicht arbeitsfähig. Dies, obwohl auch aus dem auf seine Empfehlung hin durchgeführten Elektroenzephalogramm des Allgemeinkrankenhauses K. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015 der Befund in Ordnung war (IV-act. 148). Insgesamt ist sein Bericht widersprüchlich; ihm kann nicht gefolgt werden. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ äusserte sich ebenfalls zu den Ausführungen im Rentenbeschluss des australischen Verwaltungsgerichts vom 12. April 2013 (IV-act. 80). Er konnte den Befunden in keiner Weise folgen, da er keine relevanten funktionellen Defizite feststellen konnte. Zum Bericht "Fachärztliche Meinung des Amtes für Erstellung von Gutachten, Professionelle Rehabilitation und Einstellung von Leuten mit Invalidität in (...)" (IV-act. 146) vom 11. Februar 2015 von Dr. L. \_\_\_\_\_, spezialisiert in Familienmedizin und Sachverständige, führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, dass die dokumentierten Bewegungseinschränkungen keinesfalls mehr nachvollzogen werden könnten. Selbst unter deren Berücksichtigung falle es schwer, daraus eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Dazu ist festzuhalten, dass Dr. L. \_\_\_\_\_ die Versicherte aufgrund der von ihr festgestellten Bewegungseinschränkungen für die Tätigkeit als Kellnerin sowie für körperlich schwere, normierte und intensive Arbeiten ab dem 22. Januar 2015 als arbeitsunfähig erachtete. Dies entspricht den Einschätzungen der Gutachter des

I.\_\_\_\_\_, welche die Versicherte wohl für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wie beispielsweise als Verkäuferin, als voll arbeitsfähig beurteilt, jedoch körperlich schwer belastende Tätigkeiten ebenfalls als nicht mehr zumutbar erachtet haben (vgl. E. 4.1.6). Bezüglich der Angaben zur Arbeitsfähigkeit entsprechen die Einschätzungen der Gutachter somit jenen von Dr. L.\_\_\_\_\_. Die übrigen in den Akten liegenden Arztberichte (IV-act. 11,18, 60) wiederholen die von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden, beispielsweise häufiges Anschwellen und Stechen/Nadeln im ganzen rechten Arm und der Hand - zu welchen die Gutachter des I.\_\_\_\_\_ ebenfalls Stellung genommen haben. Im Weiteren wurden anlässlich der allgemeininternistischen sowie onkologischen Untersuchung keine Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt (IV-act. 183, S. 7, 22). Während Dr. med. B.\_\_\_\_\_ lediglich den Verdacht auf eine arterielle Hypertonie und ansonsten unauffällige Befunde attestierte, konnte Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in onkologischer Hinsicht weder Hinweise für Lokalrezidive noch für Lymphknotenmetastasen feststellen. Er führte jedoch auf, dass aus onkologischer Sicht schwere körperliche Arbeiten, insbesondere mit Belastung des rechten Arms und Überkopfarbeiten für die Versicherte eher nicht geeignet seien, jedoch besteht seiner Ansicht nach für die Tätigkeit als Kassierin im Supermarkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 183, S. 22). Auch die Kontrollberichte von März 2009 bis April 2011 und April 2012 (IV-act. 155), ebenso wie die im Rahmen der Neuabklärung eingereichten Berichte der Onkologen Dres. M.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ vom 22. April 2014 (IV-act. 153 f.) sind jeweils ohne Befund. Insgesamt konnten die Gutachter des I.\_\_\_\_\_ in ihrer überzeugenden Beurteilung, welche im Ergebnis nicht widersprüchlich zu den in den Akten liegenden Arztberichten ist, betreffend die Symptomatik in der oberen rechten Extremität sowie den übrigen somatischen Beschwerden auch rückwirkend keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden feststellen.

#### **E. 4.2.1.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_\_ setzte sich einlässlich mit den psychischen Beschwerden auseinander. Er konnte keine depressive Störung feststellen und begründete dies damit, dass die Versicherte gut schlafen könne und am Morgen keine Mühe habe aufzustehen. Sie führe den Haushalt selbständig und pflege soziale Kontakte. Sie sei in der Lage, Auto zu fahren und freue sich auch am Zusammensein mit den Enkelkindern. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung konnte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ebenfalls nicht bestätigen. Die Explorandin sei nie Opfer von Gewalterfahrungen gewesen und leide auch nicht unter Angstträumen oder Flashbacks. Eine Brustkrebserkrankung stelle kein hinreichendes Ereignis dar, aufgrund dessen eine posttraumatische Belastungsstörung abgeleitet werden könne (IV-act. 183, S. 13). Die Ängste vor einem Rezidiv hätten zum Untersuchungszeitpunkt keinen Krankheitswert (IV-act. 183, S. 10). Die Versicherte führte zu ihrem Tagesablauf anlässlich der Anamnese sowie der psychiatrischen Untersuchung aus, dass sie praktisch täglich ihre in der Nähe lebende Tochter mit ihren Enkelkindern besuche. Sie mache nachmittags einen Spaziergang; abends sei sie meistens zu Hause und sehe fern. In den letzten Jahren hätten sich die Menschen in Kroatien eher zurückgezogen; sie habe nur lockere Kontakte mit den Bekannten und Nachbarn. Mit ihrer in (...) lebenden Schwester habe sie regelmässig Kontakt. Sonntags besuche sie regelmässig den Gottesdienst und das Grab ihrer Mutter. Sie beschäftige sich gerne mit ihren Katzen, gehe schwimmen und Velo fahren. Im Laufe des Tages würde sie auch gerne ausgehen und einen Kaffee trinken (IV-act. 183, S. 8, 18). Demnach pflegt die Versicherte - wie von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ festgestellt - Kontakte innerhalb und ausserhalb der Familie, führt den Haushalt

selbständig, kümmert sich um ihre Haustiere, treibt Sport und unternimmt regelmässig Spaziergänge. Zu den von der Versicherten eingenommenen Medikamenten stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine Benzodiazepinabhängigkeit fest und führte dazu aus, dass keine Hinweise auf eine vorbestehende psychiatrische Störung beständen, zu deren Behandlung Benzodiazepine eingesetzt werden müssten. Ebenso erachtete er eine psychiatrische Therapie als nicht notwendig. Er befand die Versicherte zum Zeitpunkt der Begutachtung mangels Vorliegen relevanter Krankheitsbilder aus psychiatrischer Sicht für arbeitsfähig (IV-act. 183, S. 10 f.). Insgesamt decken sich die Einschätzungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit den Angaben der Versicherten und den Untersuchungsergebnissen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Versicherte in psychischer Hinsicht zum Untersuchungszeitpunkt arbeitsfähig war. Fraglich ist jedoch, ob rückwirkend ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorgelegen hat (E. 4.2).

#### **E. 4.2.1.5**

Rückwirkend attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ausser einer vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014 keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 183, S. 13). Dabei setzte er sich lediglich mit den Arztberichten von Dr. O.\_\_\_\_\_, welche er nicht weiter spezifiziert, auseinander. In seinem Teilgutachten nahm er wohl zu dessen Diagnosen Stellung und begründete seine abweichende Meinung, nämlich dass weder eine depressive Störung noch eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen würden. Unbegründet ist jedoch, weshalb 2014 eine vierwöchige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll. Es lässt sich auch aufgrund der Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nicht klar eruieren, wie sich die Situation in psychiatrischer Hinsicht in der Vergangenheit entwickelt hat. Aus den Akten lässt sich entnehmen, dass erstmals im Jahr 2011 Hinweise auf eine psychische Erkrankung vorgelegen haben. Während Dr. P.\_\_\_\_\_ in ihrem zuhänden des kroatischen Versicherungsträgers erstellten Untersuchungsbericht vom 6. April 2011 zum psychischen Status ausführte, dass dieser normal sei (IV-act. 38, S. 1), erwähnte Dr. Q.\_\_\_\_\_, Chirurg an der Poliklinik Q.\_\_\_\_\_ in seinem kurzen Bericht vom 11. Juli 2011, dass die Patientin sehr ängstlich ("erschreckt") sei, den Eindruck einer depressiven Person mache und Angst vor einem Rezidiv der Krebserkrankung habe (IV-act. 95). Am 30. Dezember 2011 hielt Dr. Q.\_\_\_\_\_ fest, dass sich der psychische Zustand verschlechtert habe (IV-act. 60). Hierzu ist fraglich, inwiefern Dr. Q.\_\_\_\_\_ als Chirurg den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu beurteilen vermochte. Gemäss Austrittsbericht der Dres. O.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_ vom 9. März 2012 (IV-act. 66) befand sich die Versicherte vom 20. Februar bis 9. März 2012 zur Behandlung in der psychiatrischen Abteilung der Tagesklinik des Spitals K.\_\_\_\_\_, wobei eine depressive Störung (ICD-10 F32.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostiziert wurden. Es wurde einerseits festgehalten, dass die Versicherte an Stimmungsschwankungen, Unentschlossenheit, Anspannungen und Willens- und Kraftlosigkeit gelitten habe; so sei sie manchmal hyperaktiv, manchmal weinerlich und depressiv gewesen. Andererseits nahm sie an Behandlungsprogrammen teil und partizipierte in der psychotherapeutischen Gruppe, innerhalb welcher sie offen und eine grosse Unterstützung gegenüber den anderen Mitgliedern war. Diese Angaben deuten darauf hin, dass die Hauptsymptome der Depression, nämlich der Verlust von Interessen, innere Leere und Antriebslosigkeit selbst während des Klinikaufenthalts nicht ständig vorhanden waren. Die Versicherte hatte weder - wie für eine Depression kennzeichnend - das Interesse an sozialen Kontakten verloren, noch zeigte sie sich durchgehend passiv und antriebslos (vgl. <https://www.netdoktor.de/krankheiten/depression/>, aufgerufen am 11. Januar 2018). Zur

Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ist hinzuzufügen, dass die Versicherte gemäss den Angaben der Dres. O. \_\_\_\_\_ und R. \_\_\_\_\_ bereits im Jahr 1983 an psychiatrischen Problemen gelitten habe und damals wegen eines erfolgten Psychotraumas behandelt worden sein soll, sich in den Akten jedoch dazu keinerlei Arztberichte finden. Die Beschwerdeführerin erwähnte in der anlässlich der von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ durchgeführten Anamnese denn auch keine zu diesem Zeitpunkt vorliegende Belastungssituation. Sie gab lediglich anlässlich der psychiatrischen Untersuchung an, Angst zu haben, ein Rezidiv zu erleiden (IV-act.183, S. 8). Schliesslich stellte Dr. P. \_\_\_\_\_ in ihrem Untersuchungsbericht zuhanden des kroatischen Versicherungsträgers am 6. April 2011 einen normalen psychischen Status fest (IV-act. 38, S. 1). Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung wie beispielsweise Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber waren ebenso wenig erfüllt. Ausserdem beklagte sich die Versicherte nicht über Nachhallerinnerungen, Flashbacks, einem andauernden Gefühl von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (vgl. <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=Sposttraumatische%20Belatungsst%F6rung>, aufgerufen am 16. Januar 2018; s. auch BGE 142 V 342 E. 5.1). Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen kann deshalb den Einschätzungen der Dres. O. \_\_\_\_\_ und R. \_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden. Hingegen geht aus ihrem Austrittsbericht vom 9. März 2012 klar hervor, dass zu diesem Zeitpunkt mindestens eine depressive Störung vorgelegen hat. Nichts anderes lässt sich auch aus dem Bericht von Dr. T. \_\_\_\_\_, Magister der Psychologie entnehmen. In ihrem "Befund und Meinung" vom 27. Oktober 2014 (IV-act. 150) gab sie in der Anamnese an, die Versicherte beschwere sich, willenslos, angespannt und vergesslich zu sein; sie schlafe schlecht, der Willen und Trieb seien nicht nivelliert. Bei den angewandten Messmethoden MMPI, BDI - II, CCII seien in den Testergebnissen unter anderem ein erhöhtes Ergebnis in den Bereichen Depression und Ängstlichkeit ausgewiesen worden. Personen mit diesem Profil seien ängstlich, angespannt, nervös und depressiv, fühlten sich verwundbar und hätten Angst vor realen und eingebildeten Gefahren. Im Fragebogen auf Depressivität sei man bei der Versicherten zu einem Ergebnis gekommen, welches auf eine depressive Störung mit starker Intensität hinweise. Die Störungen manifestierten sich unter anderem durch Traurigkeit, verstärktem Weinen und eine Minderung des Willens- und Triebdynamismus. Hier sei auch die Absicht, Selbstmord zu begehen, zu erwähnen. Die Versicherte habe sich geweigert, projektive Tests durchzuführen, weil sie keine Ideen gehabt habe, was sie machen könnte. Dieses Verhalten weise auf eine Depression mit Willenlosigkeit hin. Bei der Versicherten jedoch stellte Dr. T. \_\_\_\_\_ in ihren Schlussfolgerungen lediglich einen Hinweis auf eine Stimmungsstörung vom depressiven Typ fest. Sie führte aus, die Patientin sei auf Willens-, affektiver und kognitiver Ebene beschädigt. Die Störungen seien chronisch, der prognostische Verlauf sei ungünstig. Es wurden weder psychiatrische Diagnosen genannt, noch eine therapeutische Behandlung vorgeschlagen, sondern lediglich die Empfehlung abgegeben, die Versicherte weiterhin zu beobachten. Aufgrund der Aussagen von Dr. T. \_\_\_\_\_ kann ebenfalls nicht darauf geschlossen werden, dass die Versicherte an einer Depression oder posttraumatischen Belastungsstörung gelitten hat. Hingegen hält Dr. O. \_\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 23. Februar 2013, 5. April 2013 und 29. Januar 2015 an seinen Diagnosen und Ausführungen fest. Am 9. März 2012 führte er - ohne weiter zu begründen - aus, es sei eine Verschlechterung eingetreten. Im Bericht vom 5. April 2013 fügte er in der Anamnese hinzu, dass die "Verwaltungsablehnung" seitens des australischen Versicherungsträgers die Versicherte frustriere und erneut traumatisiere. Sie mache sich Sorgen um den Befund

(IV-act. 66, 149, 151 f.). Hauptsächlich werden die subjektiven Beschwerden der Versicherten aufgeführt; die Diagnosen hingegen werden weder begründet noch werden Angaben zu den erfolgten Untersuchungen oder Befunden gemacht. Ausserdem sind die Berichte von Dr. O. \_\_\_\_\_ sehr kurz gehalten. Diesbezüglich ist auch festzuhalten, dass Berichte behandelnder Ärzte - insbesondere allgemein praktizierende Hausärzte ebenso wie behandelnde Spezialärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. E. 4.2.1.5). Schliesslich wird im Bericht "Fachärztliche Meinung im Bericht des Amtes für Erstellung von Gutachten, Professionelle Rehabilitation und Einstellung von Leuten mit Invalidität in (...)" vom 11. Februar 2015 (IV-act. 146) von Dr. L. \_\_\_\_\_, spezialisiert in Familienmedizin und Sachverständige, zu den psychiatrischen Problemen ausgeführt, postoperativ sei es zur Entwicklung einer schweren depressiven Störung gekommen, was von einer ungünstigen Familienproblematik unterstützt werde. Die Störungen seien chronifiziert, die Prognose für den Verlauf ungünstig und die Arbeit als Kellnerin nicht mehr durchführbar. Die Angaben von Dr. L. \_\_\_\_\_ zum psychischen Zustand sind oberflächlich, sehr kurz, unklar betreffend den weiteren Verlauf und zudem unvollständig bezüglich der beruflichen Tätigkeiten.

#### **E. 4.2.1.6**

Die kroatischen Berichte sind widersprüchlich, teilweise sehr kurz gehalten und unvollständig betreffend den Krankheitsverlauf in psychiatrischer Hinsicht. Jedoch lässt sich daraus klar erkennen, dass die Versicherte ab dem Sommer 2011 an einer depressiven Verstimmung gelitten hat. Ebenso ist erstellt, dass vom 20. Februar bis 9. März 2012 ein depressiver Zustand vorgelegen hat, welcher der Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik bedurfte. Ab Oktober 2014 lag lediglich noch ein Hinweis auf eine depressive Störung vor. Insgesamt lässt sich aus den in den Akten liegenden Arztberichten die Krankheitsentwicklung in psychiatrischer Hinsicht nachvollziehen. Zum psychiatrischen Teilgutachten ist festzuhalten, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht alle, insbesondere nicht die anlässlich der Neuabklärungen eingereichten Berichte von Dr. T. \_\_\_\_\_ (IV-act. 150) und Dr. L. \_\_\_\_\_ (IV-act. 146) gewürdigt hat. Beispielsweise hat er im Jahr 2014 eine vierwöchige Arbeitsunfähigkeit attestiert, obwohl aus den Berichten der kroatischen Ärzte klar hervorgeht, dass die Versicherte im Jahr 2012 aufgrund psychischer Probleme in einer Tagesklinik behandelt worden war. In seinen Angaben hat sich Dr. med. C. \_\_\_\_\_ offenbar auf die anamnestischen Aussagen der Versicherten bezogen. Die Beschwerdeführerin selbst berichtete anlässlich der Begutachtung - ausser von einer immer wieder auftretenden Angst vor einem Rezidiv und einem depressiven Zustand mit Klinikaufenthalt im Frühjahr 2014 - von keinen schweren psychischen Problemen; weder zum Untersuchungszeitpunkt noch in der Vergangenheit. Ebenso besucht sie gemäss ihren eigenen Angaben lediglich einmal pro Jahr einen Psychiater und unterzieht sich demzufolge keiner Psychotherapie (IV-act. 183, S. 14). Weiter lagen nach unbestrittener Feststellung der Gutachter psychosoziale Belastungsfaktoren (angespannte Beziehung zum Ehemann, fehlende Arbeitsmöglichkeiten, jahrelange Arbeitsabstinenz) vor, welche gemäss dem psychiatrischen Experten des I. \_\_\_\_\_ jedoch keine direkten negativen Folgen im Alltag hätten und auch nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht invalidisierend sind (vgl. Urteil des BGer 8C\_438/2013 vom 11. Februar 2014 E. 5.3). Obwohl im psychiatrischen Teilgutachten die Aktenlage nicht vollständig diskutiert und der Krankheitsverlauf nicht lückenlos dargestellt wurde, sind die Einschätzungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ insgesamt konform mit den Angaben der Versicherten und widersprechen auch nicht den Begründungen der kroatischen Ärzte.

#### **E. 4.2.1.7**

Zusammengefasst ergibt sich, dass die untersuchenden Ärzte in den Teilgutachten auf den Fachgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie und zudem auch in onkologischer Hinsicht den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt haben. Sie haben eine Anamnese und umfassende Diagnosen erstellt, sich auf die Aktenlage bezogen, eine Aktendiskussion vorgenommen, ihre eigenen Einschätzungen begründet und Stellung zu früheren ärztlichen Einschätzungen genommen. Ebenfalls haben sie die subjektiven Beschwerden aufgeführt und jeweils dazu Stellung genommen. Zudem verfügen die Gutachter über die entsprechenden Facharztstitel. Allerdings sind die Ausführungen im Gutachten recht kurz und die Stellungnahmen zu den in den Akten liegenden Arztberichten oberflächlich ausgefallen. Im psychiatrischen Gutachten ist ausserdem der Krankheitsverlauf nicht vollständig und zum Teil widersprüchlich zu den Akten dargestellt, jedoch im Ergebnis zutreffend. Insgesamt entspricht das Gutachten damit den Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abgestellt werden kann (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3). Unter diesen Umständen sind auch die von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 27. März 2016 (IV-act. 191) und Dr. H. \_\_\_\_\_ am 18. April 2016 (IV-act. 193) verfassten Berichte dem Grundsatz nach nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.4.3). Der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich schlüssig und zuverlässig beurteilen; von einer zusätzlichen medizinischen Abklärung sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Nach dem Gesagten ist bei der Beschwerdeführerin nach Juli 2008 - bis auf eine vierwöchige Arbeitsunfähigkeit im Frühjahr 2012 - von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin sowie für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszugehen. Demzufolge hat kein ununterbrochener invalidisierender Gesundheitsschaden während eines Jahres vor dem Rentenanspruch (1. Juni 2011) bestanden. 5. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung 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 (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin vom kroatischen sowie vom australischen Sozialversicherungsträger eine Invalidenrente erhält, kann sie im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente nichts zu ihren Gunsten ableiten. 6. Zusammenfassend verletzt es somit kein Bundesrecht, dass die Vorinstanz gestützt auf die medizinischen Unterlagen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und demzufolge einen Rentenanspruch verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 23. August 2016 erweist sich somit als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 8. September 2016 abzuweisen ist.

#### **E. 5**

Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

#### **E. 6**

Subjektive Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, wahrscheinlich funktionell

#### **E. 7**

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

### **E. 7.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Sie sind aus dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

### **E. 7.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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