

BVGer C-6018/2015 vom 12. Mai 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6018_2015

FR: TAF C-6018/2015 du 12 mai 2017

IT: TAF C-6018/2015 del 12 maggio 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

E. 1.2

Gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG ist die Beschwerde innert 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung einzureichen. Zur Fristwahrung reicht auch die Einreichung bei einem Versicherungsträger (Art. 8 Abs. 1 und Art. 21 Abs. 2 VwVG; vgl. auch Art. 60 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 39 Abs. 2 ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 60 N. 16). Daraus folgt, dass die Beschwerdeführerin die Frist mit Eingabe ihres Vertreters vom 10. August 2015 (Posteingang: 21. August 2015) an die Vorinstanz (IVST-act. 18) gewahrt hat.

E. 1.3

Beantragt die Beschwerdeführerin - wie hier - sinngemäss die Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids, so ist ein zusätzlicher Antrag zu einem neuen Entscheid in der Sache nicht zwingend notwendig. Unter Umständen ist ein Antrag von der Beschwerdeinstanz mittels Beizugs der Beschwerdebegründung nach Treu und Glauben zu ergänzen oder zu korrigieren. Besonders bei nicht anwaltlicher Vertretung dürfen in sprachlicher und formeller Hinsicht keine allzu strengen Anforderungen gestellt werden. Ein sinngemässer Antrag, welcher sich aus dem Zusammenhang unter Zuhilfenahme der Begründung ergibt, ist genügend (Urteil des BVGer A-3274/2012 vom 25. März 2013 E. 1.3.1; Frank Seethaler/Fabia Portmann, in: Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Art. 52 N. 45 ff.). Mit Blick auf diese Rechtsprechung genügt die an die Vorinstanz gerichtete Eingabe vom 10. August 2015 (IVST-act. 18), zusammen mit der ergänzenden Begründung vom 11. Januar 2016 (BVGer act. 6), den Mindestanforderungen hinsichtlich Begründung und Anträgen.

E. 1.4

Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde vom 10. August 2015 (Posteingang: 21. August 2015) einzutreten (Art. 60 ATSG und Art.

52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Damit ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen (hier: 31. Juli 2015) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 2.2

Soweit die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eine nach dem 31. Juli 2015 eingetretene Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend macht, ist er darauf hinzuweisen, dass eine solche grundsätzlich nicht im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens, sondern im Rahmen einer Neuanschuldung bei der zuständigen IV-Stelle vorzubringen ist (vgl. dazu Art. 87 Abs. 2 IVV; SR 831.201). Auf die nachträglich eingereichten Arztberichte, welche auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach dem 31. Juli 2015 Bezug nehmen, ist demnach vorliegend nicht einzugehen. Nachdem die Streitsache - wie nachfolgend darzulegen ist - zur Durchführung weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, wird diese indes die nachträglich eingereichten Berichte, zusammen mit dem neuen Gutachten (vgl. dazu nachfolgende E. 5.2, 6 und 8.4), zu berücksichtigen haben.

E. 3.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin war zuletzt als Grenzgängerin im Kanton Basel-Stadt erwerbstätig (act. 9, S. 1 - 7) und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Neuanschuldung, in C. _____ (F), wo sie heute noch lebt. Sie macht einen Gesundheitsschaden geltend, der unter anderem auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen waren die IV-Stelle Basel-Stadt zur Entgegennahme und Prüfung der IV-Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen

Verfügung zuständig.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin und lebte im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2015 in Frankreich. Der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich sowohl in materiell-rechtlicher als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. zur grundsätzlichen Anwendbarkeit des Freizügigkeitsabkommens und der entsprechenden Koordinierungsvorschriften Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 Bst. c der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnung [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]).

E. 4.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenige Rechtsätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2015 in Kraft standen.

E. 4.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 2 f.). Laut IK-Auszug hat die Beschwerdeführerin von Anfang 1994 bis November 2009 Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 37, S. 2 f.); sie erfüllt mithin ohne Weiteres die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

E. 4.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE

135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.5

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 (Bst. 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 (Bst. b und c).

E. 4.6.1

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; 115 V 133 E. 2).

E. 4.6.2

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 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 4.6.3

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S.

232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 4.7

In einem jüngst ergangenen Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmemodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komborbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereich und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach

Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 4.8

Bereits nach der bisherigen (vor BGE 141 V 281 geltenden) Rechtsprechung zählten depressive Störungen nicht zu den unklaren Beschwerdebildern. Danach war nicht von einem syndromalen Beschwerdebild auszugehen, wenn die depressive Erkrankung nicht bloss als eine Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens, sondern als ein selbstständiges, davon losgelöstes Leiden erschien. Auch nach dieser Rechtsprechung galt eine zuverlässig diagnostizierte, die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende depressive Störung nicht als überwindbares Beschwerdebild (Urteil des BGer 8C_14/2014 vom 30. April 2014 E. 4.2.5). Demgegenüber hatte nach dieser Rechtsprechung die depressive Erkrankung invaliditätsrechtlich keine weitergehende Bedeutung, wenn eine somatoforme Schmerzstörung oder ein anderes psychosomatisches Leiden (vgl. dazu KSIH Rz. 1017.4 1/14) und eine depressive Erkrankung im Sinne einer blossen Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild vorlag (Urteile des BGer 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1; 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2). Liegen ein syndromales Leiden und eine depressive Erkrankung vor, und ist die depressive Erkrankung als selbstständiges Leiden, losgelöst vom unklaren Beschwerdebild, anzusehen, so waren bereits nach der bisherigen Rechtsprechung in erster Linie die fachärztlichen Feststellungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich (Urteile des BGer 8C_278/2014 vom 24. Juni 2014 E. 5.1.2; 8C_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2; vgl. dazu auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 04/2015 S. 308 ff., 312 f.). Nach der mit BGE 141 V 281 begründeten neuen Rechtsprechung sind die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und "körperliche Begleiterkrankungen" zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist danach eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. SVR 2011 IV Nr. 17 [9C_98/2010] E. 2.2.2), ist nicht Komorbidität (vgl. SVR 2012 IV [9C_1040/2010] Nr. 1 E. 3.4.2.1), sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (vgl. dazu beispielsweise die Urteil des BGer 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität. Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt (E. 4.3.1.3 mit Hinweisen).

E. 4.9

Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V

351 E. 3a).

E. 5

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 5.1

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor: - Gestützt auf eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 30. Januar 2012 hielt Dr. med. E. _____ mit rheumatologischem Gutachten vom 6. Februar 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Arthroskopie des rechten Kniegelenks vom 3. Juni 2005, einen Status nach Arthroplastik beim rechten Kniegelenk (Totalprothese 01/2009), eine Rhizarthrose (links ausgeprägter als rechts) sowie pathomorphologische Veränderungen im Sinne von Osteochondrose, Spondylosen und Unkarthrosen im HWS-, BWS- und LWS-Bereich fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen Status nach Hysterektomie (1992), einen Status nach zweimaligem Rehaaufenthalt (bisher ohne besonderen Erfolg; dritter Rehaaufenthalt im April 2012 vorgesehen) sowie eine morbide Adipositas (BMI 41.5) an. Ferner hielt er fest, dass auf der psychisch-geistigen Ebene zunächst kein besonderer Befund festzustellen gewesen sei. Bei der demonstrierten Beschwerdesymptomatik und in ihrer Behinderung sei eine Verdeutlichungstendenz festzustellen. Im Zusammenhang mit dem rechten Knie sei auf die im Jahr 2005 nach einer Arthroskopie entstandene Algodystrophie sowie auf die Entwicklung einer generalisierten Fibromyalgie, was wiederum auf eine gewisse psychische Instabilität hindeute, hinzuweisen ("unverbindliche Aussage!"). Bei der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin habe sich ein ausgeprägtes Streck- und Beugedefizit ergeben. Im Bereich der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule habe er eine mässige Zunahme der Osteochondrose, Spondylose und vor allem der Unkarthrosen festgestellt. Diese Veränderung erkläre gewissermassen die allgemeinen Rückenbeschwerden beziehungsweise die Beschwerden am Achsenskelett bei fehlenden neurologischen Ausfällen. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei mechanisch bedingt eingeschränkt. Die Entwicklung dieser allgemeinen Schmerzsymptomatik an den peripheren Gelenken - obere und untere Extremitäten - und auch der gesamten Wirbelsäule führe dazu, dass die Beschwerdeführerin heute eine Reintegration in eine alternative Tätigkeit definitiv ablehne. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin sei sie froh, wenn sie morgens aufstehen und ihren Haushalt mit Hilfe ihrer Freundin erledigen könne. Gestützt auf diese Befunde und Diagnosen kam der Rheumatologe zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2009 nicht mehr für Arbeiten mit Heben und Lagerung von Lebensmitteln oder Getränken sowie Arbeiten in gebückter Haltung, mit Treppensteigen und auch nicht Laufen auf unebenem Boden, eingesetzt werden könne. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit unter Vermeidung von Arbeiten in kauender oder hockender Stellung, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule, ohne Heben schwerer Gewichte (maximal 10 kg), bei vornehmlich sitzender Tätigkeit mit der Möglichkeit, das Bein zu strecken und zu bewegen, sei der Beschwerdeführerin demgegenüber eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Es seien keine weiteren sonstigen oder zusätzlichen Leistungsminderungen zu berücksichtigen. Nach erfolgter Arthroplastik (am rechten Kniegelenk) vom 29. Januar 2009 sei eine Arbeitsunfähigkeit von rund drei Monaten zu berücksichtigen; dies bedeute, dass die

Beschwerdeführerin ab Mai 2009 zu 50 % arbeitsfähig gewesen wäre. Infolge der Daumenoperation im Februar 2010 sei von einem Unterbruch von rund zwei Monaten auszugehen (Februar und März 2010). Somit wäre die Beschwerdeführerin ab April 2010 bis zum Zeitpunkt der Untersuchung für eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % arbeitsfähig gewesen (act. 69, S. 1 - 20). - Mit Kurzbericht vom 13. März 2013 hielt RAD-Arzt Dr. med. H. _____ nach Prüfung der eingereichten Arztzeugnisse bezüglich Arbeitsunfähigkeit fest, es handle sich lediglich um eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei gleichen objektivierbaren Befunden. Das rheumatheologische Gutachten erfülle die Anforderungen an die Beweiskraft, weshalb die neuen Unterlagen aus Sicht des RAD nicht geeignet seien, dieses Gutachten in Zweifel zu ziehen (act. 95). - Im (mit Neuanschreibung vom 3. Januar 2014 eingereichten) Arztbericht 29. November 2013 hielt der Rheumatologe, Dr. med. I. _____, unter anderem ein ängstlich-depressives Syndrom ("syndrome anxyo-dépressif") fest, welches wahrscheinlich reaktiver Natur sei und für welches demnächst eine psychiatrische Beurteilung eingeholt werde (act. 99, S. 3 f.). - Dr. med. H. _____ kam mit Bericht vom 20. März 2014 zum Schluss, dass aufgrund des neu eingereichten Berichts eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zumindest glaubhaft gemacht worden sei. In den bisherigen Abklärungen seien immer nur somatische Befunde angeführt und untersucht worden, während im neu eingereichten Bericht erstmals ein ängstlich-depressives Syndrom genannt werde. Dementsprechend empfehle er die Einholung eines rheumatologisch-psychiatrischen Gutachtens (act. 101, S. 2). - In seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 17. September 2014 führte der Rheumatologe, Dr. med. F. _____, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich eine Gonarthrose links (ICD-10 M 17.1) an. Im Weiteren führte er aus, aufgrund der Zunahme der lokalen Beschwerden im Bereich des rechten Knies sei im Jahr 2005 erstmalig eine arthroskopische Operation durchgeführt worden mit anschliessend deutlicher Schmerzverstärkung und Verdacht auf ein Chronic-Regional-Pain-Syndrom (CRPS Typ I, Algodystrophie, M. Sudeck). Dieses sei allerdings bildgebend mittels Szintigrafie nicht verifiziert worden. Eine Beschwerdelinderung habe sich in der Folge nicht ergeben. Im Jahr 2009 sei eine Knie-Totalprothese rechts bei Gonarthrose eingesetzt worden. Aufgrund der Beschwerdepersistenz speziell der Knieproblematik rechts sei alsdann im Jahr 2012 ein Wechsel der Knie-Totalprothese 2012 mit verlängertem Schaft und Führung vorgenommen worden. Es sei von einem guten postoperativen Ergebnis auszugehen, wobei die Schmerzsymptomatik allerdings weiterhin persistiert habe. Ferner bestünden degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, betont im lumbosakralen Segment bei Diskopathie und Spondylarthrosen ohne Zeichen einer Nervenkompression. Im Bereich der Halswirbelsäule bestünden ab C3/4 nach distal linksbetonte Unkarthrosen sowie Spondylarthrosen mit Einschränkung der Beweglichkeit. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des Achsenskelettes könnten jedoch als mässig interpretiert werden und vermöchten das Ausmass des Beschwerdebildes nicht zu erklären. Das Hauptbeschwerdebild sei ein Wide-Spread-Pain-Syndrom (Fibromyalgie) welches eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik sowie funktionelle und vegetative Beschwerden aufweise. Die medikamentösen Massnahmen mit Einnahme von Analgetika sowie die physio- und balneotherapeutischen Massnahmen hätten keinen grossen Effekt gezeigt. Mitführend in dieser Symptomatik sei eine Erschöpfung, eine verminderte Erholungsfähigkeit während des Nachtschlafes, welcher durch Schmerzen fragmentiert werde sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Aus rheumatologischer Sicht sei infolge der pathologischen Veränderungen im Bereich beider Knie eine Belastungslimitierung

gegeben, wobei der Zeitpunkt ab Januar 2009 festzusetzen sei. Die angestammte Tätigkeit in der Hauswirtschaft könne lediglich in einem Pensum von maximal 40 % ausgeführt werden, und zwar verteilt auf fünf Wochentage. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit, vorwiegend Sitzen, bestehe medizintheoretisch eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit. Die Reduktion von 20 % ergebe sich aus der ausgesprochenen Schmerzsymptomatik, dem vermehrten Erholungsbedarf bei Erschöpfungssymptomen, der ausgeprägten muskulären Dysbalance und dem vermehrten Pausenbedarf. Dies seien Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aus schmerzmedizinischer Sicht. Insgesamt handle es sich um eine "PÖESBONG"-Beurteilung (recte: "Päusbonog" [pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage]-Beurteilung). Von weiteren operativen Massnahmen sei aktuell infolge der Schmerzkrankheit nur ein partieller schmerzlindernder Effekt zu erwarten. Medikamentöse Massnahmen seien gemeinsam mit der psychiatrischen Beurteilung zu fassen, wobei aus schmerzmedizinischer Sicht ein schmerzdistanzierendes Medikament mit schlaffördernder Wirkung zum Einsatz kommen sollte. Es müsse der Einsatz von Paracetamol oder Opioiden geprüft werden. Entgegen der im rheumatologischen Gutachten vom Februar 2012 vertretenen Beurteilung habe die Rhizarthrose nach seiner Meinung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, zumal ein guter postoperativer Verlauf bestehe und kaum Beschwerden hätten objektiviert werden können. In Abweichung vom Gutachten 2012, wo die Veränderungen im Bereich des Achsenskelettes als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gewertet worden seien, stuft er diese Diagnose als solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein. Zur Begründung dieser abweichenden Beurteilung führte der Rheumatologe aus, dass "die Schmerzsymptomatik durch die Fibromyalgie die Hauptbeschwerden darstellen und zu Übersteuerung der medizinisch theoretisch möglichen Schmerzen im Achsenskelett" führe. Die von Dr. med. E. _____ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit sei überdies nicht mit dem von der IV-Stelle verfügbaren Invaliditätsgrad von 33.5 % kompatibel und stimme auch mit der aktuellen rheumatologischen Beurteilung, welche - infolge der Hauptschmerzsymptomatik durch die Fibromyalgie - eine bessere Arbeitsfähigkeit attestiere (recte: nicht überein; act. 116, S. 18 f.). Dr. med. G. _____ führte im Rahmen seiner psychiatrischen Teilbegutachtung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode mittleren Grades (ICD-10 F 32.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F 41.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom selbstunsicheren, etwas zwanghaften Typ (ICD-10 Z 73.1) an. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er Panikattacken (ICD-10 F 41.0) und eine Klaustrophobie (ICD-10 F40.2) fest. In seiner Beurteilung hielt er überdies fest, die Beschwerdeführerin sei in gedrückter Stimmung, die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht gegeben, sie zeige einen Interesseverlust, eine Freudlosigkeit, einen verminderten Antrieb, eine erhöhte Ermüdbarkeit und berichte auch nachvollziehbar über ein Morgentief. Die Explorandin sei bei der Untersuchung psychomotorisch gehemmt. Sie habe Insuffizienz- und Wertlosigkeitsgefühle, eine ängstlich-pessimistische Zukunftsperspektive sowie Suizidwünsche. Sie berichte auch über Schlafstörungen und über Vergesslichkeit. Bei der Untersuchung habe "grob geprüft" keine Beeinträchtigung der Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung festgestellt werden können. Es müsse angenommen werden, dass die Vergesslichkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen der Depression zustande gekommen sei. Neben der depressiven Symptomatik bestehe auch eine Angstproblematik. Sie lebe seit Jahren mit dem Gefühl und der Befürchtung, dass ein Unglück passiere. Differenzialdiagnostisch müsse bei der Beschwerdeführerin an eine

anhaltend somatoforme Schmerzstörung gedacht werden. In Anbetracht der multiplen Gelenksprobleme, der Osteochondrose und Spondylose sowie Unkarthrosen stuft er organische Ursachen für die Schmerzentwicklung als Hauptursache ein. Darüber hinaus führte er wörtlich Folgendes aus: "Exakt davon, vor allem was die Muskelschmerzen angeht, eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung abzugrenzen, ist derart schwierig, dass der Referent auf diese Diagnose verzichtet" (act. 116, S. 26). Sicher sei aber, dass die depressive Symptomatik und Schmerzproblematik miteinander in einem "Circulus vitiosus" verbunden seien, indem die Schmerzen wie aber auch die Depression die jeweiligen Copingmechanismen beeinträchtigen würden. Aus psychiatrischer Sicht müsse in Anbetracht der Angstsymptomatik und der mittelgradigen depressiven Episode von einer 30%igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ungeachtet der somatischen Befunde ausgegangen werden. Diese Beeinträchtigung sei mit den reduzierten psychischen Ressourcen, der Depressivität und der Angsterkrankung zu begründen. Unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung sei es ihr aber ungeachtet der körperlichen Einschränkungen zumutbar, ein Pensum von 70 % - verteilt auf je 3 Stunden vormittags und 3 Stunden nachmittags - zu bewältigen (act. 116, S. 24 ff.). In ihrer Konsensbeurteilung kamen die beiden Spezialisten zum Schluss, dass aus gesamtmedizinischer Sicht die psychiatrische Beurteilung mit einer Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % überwiege. Die fachspezifisch festgestellten Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht additiv verrechnet werden. Der Schmerzproblematik werde im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung im Zusammenhang auch mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen und der Angstsymptomatik genügend Rechnung getragen (act. 116, S. 28 f.). - Mit Bericht vom 4. November 2014 kam RAD-Arzt Dr. med. H. _____ - gestützt auf eine Würdigung des bidisziplinären Gutachtens - zum Schluss, dass die depressive Entwicklung laut den Ausführungen der Gutachter nicht gänzlich losgelöst von den somatisch empfundenen Beschwerden betrachtet werden könne; sie würden sich vielmehr gegenseitig in den Copingstrategien beeinflussen. Die Kriterien seien ausreichend und nachvollziehbar diskutiert worden; sie seien nur teilweise erfüllt. Seit der letzten Verfügung sei im Wesentlichen von gleichartigen Beschwerden auszugehen. Diese würden aber von den Gutachtern "leicht anders gewichtet" (act. 119, S. 1 - 4). - Der Rheumatologe, Dr. med. I. _____, führte mit Bericht vom 5. Dezember 2014 aus, er habe beim linken Knie eine moderate Schwellung befundet, welche er in der Folge punktiert habe (act. 123, S. 4). - Mit Bericht vom 12. März 2015 hielt der behandelnde Psychiater, Dr. med. J. _____, insbesondere fest, dass die Beschwerdeführerin an einem schweren depressiven Syndrom und an einer chronischen Fibromyalgie leide. Die klinische Untersuchung habe einen traurigen Gesichtsausdruck, eine depressive Stimmung, eine psychomotorische Verlangsamung, eine Lustlosigkeit, eine Anhedonie (eingeschränkte Fähigkeit, Freude zu zeigen; Pschyrembel, a.a.O., 103), eine Abkapselungstendenz, mehrmaliges nächtliches Erwachen, einen Angstzustand mit vielen funktionellen Beschwerden sowie kognitive Beeinträchtigungen (Gedächtnis und Konzentration) ergeben. Die Entwicklung sei gekennzeichnet durch eine fehlende Verbesserung des Gesundheitszustandes. Es sei eine regelmässige psychiatrische Behandlung mit langfristiger psychopharmakologischer Medikamenteneinnahme (Zoloft: 10 mg pro Tag) erforderlich (act. 123, S. 3). - Dr. med. H. _____ kam in seiner Beurteilung vom 14. Juli 2015 zum Schluss, dass der Bericht des behandelnden Psychiaters vom 12. März 2015 eine subjektive Verschlechterung der psychischen Situation schildere. Beim depressiven Syndrom seien allerdings Schwankungen im Verlauf nicht ungewöhnlich. Ein Vergleich der

psychopathologischen Befunde zwischen dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G._____ und dem Bericht des behandelnden Psychiaters zeige keine Differenzen. Die gleichen Kriterien und gleichen Zustände seien vom behandelnden Psychiater lediglich hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit anders gewichtet worden. Nachdem das bidisziplinäre Gutachten formal alle Bedingungen für die Beweiskraft erfülle und die Schlussfolgerungen gut nachvollziehbar seien, könne aus Sicht des RAD am Vorbescheid festgehalten werden (act. 125, S. 2).

E. 5.2

Die Vorinstanz stütze ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung auf die dargelegten medizinischen Gutachten und Berichte. Wie nachfolgend darzulegen ist, sind die von der Rechtsprechung an ein beweiskräftiges Gutachten gestellten Anforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a S. 352 m.H.) vorliegend nicht erfüllt.

E. 5.2.1

Nach der neuen Rechtsprechung zu den syndromalen Beschwerdebildern (vgl. E. 4.8 hievore) kommt der genauen Diagnosestellung gemäss Klassifikationssystem in zweifacher Hinsicht eine erhebliche Bedeutung zu. Zum einen fordert das Bundesgericht, dass sich der medizinische Gutachter strenger an den Klassifikationssystemen orientiert und in der Folge nur diejenigen Befunde, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind, für die Begründung der Leistungseinschränkung berücksichtigt. Zum andern soll auch dem diagnoseinhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung getragen werden. Diagnosestellung und - in der Folge - Invaliditätsbemessung haben folglich stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Es muss medizinisch schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (vgl. BGE 141 V 574 E. 4.2). In diesem Zusammenhang ist auch erforderlich, dass der medizinische Gutachter den fraglichen Befund plausibel einer Diagnose zuordnen kann (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 2.1.1, E. 2.2 und E. 3.2; Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 16 ff. mit zahlreichen Hinweisen; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Einordnung von BGE 141 V 281 aus rechtswissenschaftlicher Sicht, in: HAVE 2015 S. 438 f.). Vorliegend geht Dr. med. F._____ aus rheumatologischer Sicht von einer leistungsbeeinträchtigenden ausgesprochenen Schmerzsymptomatik (Reduktion von 20 %) aus, welche als syndromales Leiden einzustufen sei (vgl. 116, S. 19). Die Fibromyalgie weise dabei eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit funktionellen und vegetativen Beschwerden auf (act. 116, S. 18). Zwar hat der Rheumatologe die Diagnose nach ICD-10 (M 17.1; Gonarthrose) gestellt; allerdings hat er es unterlassen, sich eingehend mit den diagnoserelevanten Befunden auseinanderzusetzen. Die blosser Annahme, dass über das Fibromyalgie-Syndrom hinaus eine "generalisierte chronische Schmerzkrankheit vermutlich" diagnostiziert werden müsse (act. 116, S. 19), wird - mit Blick auf die dargelegten hohen beweisrechtlichen Anforderungen (E. 4.7 und 4.8 hievore) - dem Erfordernis der eingehenden und umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhaltes nicht gerecht. Wenn Dr. med. F._____ der Fibromyalgie in der Auflistung der Diagnosen auf der einen Seite keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zubilligt (act. 116, S. 17), auf der anderen Seite in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit - unter Hinweis auf die ausgesprochene Schmerzsymptomatik und die muskuläre Dysbalance - aber dennoch eine 20%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. 116, S. 17), so begibt er sich in einen

Widerspruch, der weder durch die weiteren Aussagen im Gutachten noch durch andere ärztliche Berichte aufgelöst worden ist.

E. 5.2.2

Nicht überzeugend ausgefallen sind in diesem Zusammenhang auch die Aussagen von Dr. med. G. _____ insoweit, als er eine Abgrenzung der Muskelschmerzen von einer somatoformen Schmerzstörung als "derart schwierig" eingestuft hat, dass er auf eine entsprechende Diagnose verzichtet hat (act. 116, S. 26). Mit Blick auf die erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung ist eine eingehende Prüfung und Diskussion über Art und Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde geboten, was der psychiatrische Experte vorliegend unterlassen hat. Die psychiatrischen Abklärungen erweisen auch insoweit als unvollständig, als sich Dr. med. G. _____ - mit Ausnahme eines von der Beschwerdeführerin zur Untersuchung mitgebrachten Kurzberichts von Dr. med. J. _____ (act. 116, S. 10) - nicht auf entsprechende Berichte der behandelnden Psychiaterin respektive des behandelnden Psychotherapeuten abstützen konnte, da solche seitens der IV-Stelle offenbar nicht eingeholt wurden. Der psychiatrische Gutachter musste sich unter diesen Umständen auf die pauschale Angabe beschränken, es lägen keine relevanten psychiatrischen Akten vor, welche zu kommentieren wären (act. 116, S. 27). Zur Erstattung eines aussagekräftigen psychiatrischen Gutachtens gehören indes zwingend aktuell verfasste IV-Arztberichte des behandelnden Psychiaters respektive des behandelnden Psychotherapeuten (vgl. dazu Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten [nachfolgend: Qualitätsleitlinien] - Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, in: SZS 2016 S. 435 ff., insbesondere S. 448). Als Folge dieses Mangels konnte der psychiatrische Gutachter auch keine Analyse des Verlaufs der bisherigen Behandlungen vornehmen; diese ist indes ebenfalls unabdingbar für eine verlässliche Beurteilung von Schweregrad, Prognose und leistungsbezogener Arbeitsfähigkeit (Qualitätsleitlinien, S. 461). Aufgrund dieses Mangels beruht sodann auch die Schlussfolgerung von Dr. med. H. _____ in seiner Stellungnahme vom 4. November 2014, wonach seit der letzten Verfügung "im Wesentlichen von gleichartigen Beschwerden ausgegangen werden" müsse (act. 119, S. 4), nicht auf einer rechtsgenügenden medizinischen Grundlage.

E. 5.2.3

Aus dem Gutachten geht überdies auch nicht nachvollziehbar hervor, wie die Prüfung der Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung im Einzelnen erfolgt ist. Der blosser Hinweis, bei Untersuchung habe "grob geprüft" keine Beeinträchtigung festgestellt werden können, genügt jedenfalls in Fällen wie dem vorliegenden, wo die psychiatrischen Diagnosen selbst nach Auffassung der Gutachter einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsbeurteilung haben, nicht.

E. 5.2.4

Nach der neuesten Rechtsprechung bedarf es in diesem Zusammenhang überdies einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Im bidisziplinären Gutachten fehlt es indes an der erforderlichen eingehenden Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen zwischen der Depression und Schmerzsymptomatik.

E. 5.2.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die notwendige Konkretisierung in Bezug Schwere und Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde der Schmerzkrankheit respektive der Fibromyalgie fehlt. Darüber hinaus genügt die psychiatrische Begutachtung den rechtsprechungsgemässen Anforderungen insbesondere deshalb nicht, weil das Gutachten ohne Beizug der Berichte der behandelnden Fachärzte respektive Therapeuten erstellt wurde. Sodann fehlt es auch an der gebotenen Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen zwischen Depression und Schmerzsymptomatik. Daraus folgt, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2015 vorlagen, nicht schlüssig beurteilen lassen. Damit steht fest, dass das bidisziplinäre Gutachten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen im Sinne der neuen Schmerzrechtsprechung nicht standhält. Es bedarf demnach einer umfassenden Neubegutachtung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens.

E. 6

Vorliegend hat die IV-Stelle im Rahmen ihrer Haushaltsabklärung vom 10. Januar 2013 für den Haushalt (Anteil: 35 %) eine Einschränkung von 21 % ermittelt (Bericht vom 15. Januar 2013; act. 86, S. 1 - 7). In der angefochtenen Verfügung ist die Vorinstanz im Ergebnis weiterhin von einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 21 % ausgegangen, im Wesentlichen mit der Begründung, es bestehe keine wesentliche und dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz damit ihrer Abklärungspflicht hinreichend nachgekommen ist. Dabei ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin in einem Pensum von 65 % erwerbstätig gewesen wäre und dass die Rentenbemessung in Anwendung der gemischten Methode zu erfolgen hat (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_940 vom 19. April 2016 E. 5 mit Hinweisen). Anders als im Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) verhält es sich vorliegend auch nicht so, dass die Beschwerdeführerin wegen der Wahrnehmung von Betreuungsaufgaben gegenüber Familienmitgliedern lediglich eine Teilzeiterwerbstätigkeit ausgeübt hätte. Es ist somit nicht ersichtlich, inwiefern die Anwendung der gemischten Methode zu einer Verletzung des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens führen könnte. Die Invaliditätsbemessung ist demnach vorliegend weiterhin nach der gemischten Methode vorzunehmen.

E. 6.1

Die Abklärung vor Ort ist für gewöhnlich die geeignete Vorkehr zur Bestimmung der Behinderung im Haushalt. Grundsätzlich stellt sie auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst 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 indes 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 9C_228/2009 vom 5. November 2009 mit Hinweis und I 311/03 vom 22. Dezember 2003 E. 5.3, in: AHI 2004 S. 137). Nach der Praxis kann bei im Ausland wohnenden Versicherten unter Umständen auf

eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle im Sinn von Art. 69 Abs. 2 IVV verzichtet werden. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich allerdings unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Die Praxis der Vorinstanz, bei Versicherten im Ausland die erforderlichen Informationen über die tatsächlichen Verhältnisse an Ort und Stelle mit einem entsprechenden Fragebogen zu erheben und daran eine Beurteilung der eingeholten Auskünfte durch die Ärzte des medizinischen Dienstes anzuschliessen, wird vom Bundesverwaltungsgericht im Grundsatz geschützt und insbesondere damit begründet, dass die Invalidenversicherung ansonsten auf der ganzen Welt entsprechend qualifizierte und erfahrene Abklärungspersonen einsetzen müsste, was einen unverhältnismässigen Aufwand darstellen würde. Zu beachten ist allerdings, dass sich die Beurteilung der Ärzte auf substanziierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse zu stützen hat (Urteile des BVGer C-7026/2013 vom 9. September 2015 E. 5.5.1; C-4491/2013 vom 4. Mai 2015 E. 6.9).

E. 6.2

Vorliegend hat die IV-Stelle im Anschluss an die Neuanmeldung weder eine Haushaltsabklärung veranlasst noch die tatsächlichen Verhältnisse an Ort und Stelle mit einem entsprechenden Fragebogen erhoben und gestützt darauf eine ärztliche Beurteilung der Beeinträchtigung im Haushalt durch die Gutachter oder Ärzte des medizinischen Dienstes in die Wege geleitet. Vielmehr hat sie ohne weitere Prüfung das Ergebnis der früheren Haushaltsabklärung vom 10. Januar 2013 (act. 86, S. 1 - 7) der neuen Beurteilung zugrunde gelegt. Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung führte die Beschwerdeführerin aus, sie könne ihren Haushalt derzeit nur mit nachbarlicher Hilfe erledigen, müsse viel Zeit aufwenden und sei in den täglichen Aktivitäten eingeschränkt. Bei zunehmender Unfähigkeit im eigenen Haushalt sei aktuell auch eine Abklärung mit Haushalthilfe im Gang (act. 116, S. 12 und S. 14). Überdies kam auch Dr. med. F. _____ in seiner rheumatologischen Beurteilung zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit in der Hauswirtschaft nur noch in einem Pensum von maximal 40 % ausgeübt werden könne (act. 116, S. 19). Aufgrund dieser gutachtlichen Einschätzung hätte die Vorinstanz in Nachachtung ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) erneut eingehend prüfen müssen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die Einschränkung der Leistungsfähigkeit im eigenen Haushalt seit der Haushaltsabklärung vom 10. Januar 2013 (act. 86, S. 1 - 7; Abklärungsbericht vom 15. Januar 2013) verändert hat, zumal hier neu noch die psychisch bedingte Einschränkung zu beachten ist. Mit Blick auf die neu zur Diskussion stehende psychiatrische Diagnose wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, die durch die Schmerzstörung und die Depression bedingten Einschränkungen in der Haushaltsführung durch eine Haushaltsabklärung, kombiniert mit einer ärztlichen Einschätzung der Leistungsfähigkeit, erneut eingehend abzuklären. Mit der pauschalen Übernahme der Anfang 2013 ermittelten Einschränkung hat sie ihre Pflicht zur Abklärung des massgeblichen Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt.

E. 6.3

Daraus folgt, dass die Streitsache auch wegen unvollständiger Sachverhaltsabklärung bezüglich der Einschränkungen im Haushalt an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Aufgrund der unmittelbaren Nähe des Wohnorts der Beschwerdeführerin (C. _____/F) zur Schweiz respektive zu Basel ist die Haushaltsabklärung mittels eines Augenscheines

vor Ort durchzuführen. Ferner ist die Haushaltsabklärung zeitlich vor der medizinischen Begutachtung durchzuführen; dies ermöglicht den Gutachtern, sich ein Bild von den konkreten Verhältnissen im Haushalt zu machen. Im Einzelnen ist unter Berücksichtigung der gegebenen medizinischen Einschränkungen abzuklären, welche Haushaltstätigkeiten der Beschwerdeführerin tatsächlich noch in welchem Umfang möglich sind, und welche nicht mehr. Weiter sind Abklärungen zur Gewichtung der einzelnen Haushaltstätigkeiten sowie zur Schadenminderungspflicht vorzunehmen. Die Vorinstanz wird die Beschwerdeführerin bezüglich der offengebliebenen Tatsachen zu befragen haben, und die Einschränkungen auch unter Beizug eines Rheumatologen und eines Psychiaters eingehend abklären müssen.

E. 7

Die am 5. November 1954 geborene Beschwerdeführerin ist inzwischen 62-jährig. Verlässliche gutachtliche Feststellungen der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit liegen nach dem Gesagten derzeit noch nicht vor.

E. 7.1

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen. Diese steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4).

E. 7.2

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_482/2010 vom 27. September 2010 E. 4.2 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat etwa einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war. Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a.

rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Verneint wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde. Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden, ebenso eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Rechtsprechungübersicht aus dem Urteil des BGer 8C_482/2010 vom 27. September 2010, E. 4.2 mit Hinweisen). Ebenfalls verneint wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einem im Zeitpunkt der Verfügung 61 ½-jährigen Versicherten, bei welchem das fortgeschrittene Alter in Verbindung mit dem Herzleiden und der damit verknüpften Verzögerung einer allfälligen Schulteroperation eine Situation mit vielen Unwägbarkeiten entstand. Es müsse damit gerechnet werden, dass eine Anstellung durch krankheitsbedingte Unterbrüche geprägt und eine halbwegs ungestörte Tätigkeit gar nicht möglich sei. Dies halte potenzielle Arbeitgeber davon ab, das Risiko einer mit solchen Komplikationen behafteten Anstellung einzugehen (Urteil des BGer 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 3.4).

E. 7.3

Spätestens im Zeitpunkt, da der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt sein wird, hat die Vorinstanz auch die Frage zu prüfen, ob der Beschwerdeführerin mit Blick auf die ihr gegebenenfalls noch attestierte Restarbeitsfähigkeit eine Verwertung noch zumutbar ist. Dabei wird sie neben der medizinisch-theoretischen Leistungsfähigkeit auch noch die vorstehend genannten Kriterien (E. 7.2 hiavor) in die Beurteilung miteinzubeziehen haben.

E. 8.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das von der Vorinstanz veranlasste bidisziplinäre Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderung an die Beweiskraft nicht erfüllt. Vorliegend sind ergänzende Expertisen in den Fachbereichen Psychiatrie und Rheumatologie geboten. Mit der Expertise sind nicht vorbefasste Gutachter zu betrauen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Dabei erfordert die bundesgerichtliche Praxisänderung im Bereich der psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281) im vorliegenden Fall die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens.

E. 8.2

Die Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der dem Gutachtensauftrag beizulegende

Fragenkatalog hat sämtliche Standardindikatoren der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführerin ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, zumal die Beschwerdeführerin in unmittelbarer Nähe zur Landesgrenze wohnt.

E. 8.3

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Hinzu kommt, dass die Vorinstanz auch die gebotenen Abklärungen im Haushalt unterlassen hat, was von ihr nachzuholen ist. Eine Rückweisung ist darüber hinaus auch deshalb geboten, weil die Vorinstanz zur Frage der Zumutbarkeit der Verwertung der Resterwerbsfähigkeit Stellung zu beziehen hat.

E. 8.4

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 2015 aufzuheben ist und die Akten, einschliesslich der im Beschwerdeverfahren nachgereichten Befund- und Arztberichte (vgl. E. 2.2 hievore), im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 8.1 und E. 8.2 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 9

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

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung (vgl. dazu auch BGE 122 V 278 E. 3e/aa; Urteile des BVGer C-1006/2012 vom 31. August 2012 und C-1451/2011 vom 9. Februar 2012 E. 9.2). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Der Vertreter hat sich zunächst mit Eingabe vom 10. August 2015 an die für die Beurteilung der Beschwerde nicht zuständige Vorinstanz darauf beschränkt, das Nicht-Einverständnis mit der angefochtenen Verfügung zu erklären (act. 130, S. 4), auf richterliche Rückfrage den Beschwerdewillen zu bestätigen (BVGer act. 4, 6) und weitere ärztliche Berichte ins Recht zu legen (BVGer act. 1 samt Beilagen, BVGer act. 14 samt Beilage, BVGer act. 16 samt Beilagen, BVGer act. 18 samt

Beilage sowie BVGer act. 22 samt Beilagen). Zur Begründung der Beschwerde wurde sinngemäss kurz ausgeführt, die ärztlichen Dokumente würden eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin beweisen (BVGer act. 1). Für die Beschwerdeschrift und auch für die Folgekorrespondenz ist von einem minimalen Zeitaufwand auszugehen. Auch die weiteren Eingaben (Einreichung von Arztberichten) dürften keinen hohen Zeitaufwand verursacht haben. Eine hohe Komplexität und Schwierigkeit der Rechtslage ist zu verneinen. Die Vertretung wurde nicht durch einen Anwalt, sondern durch einen Gewerkschaftssekretär wahrgenommen. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs und des aktenkundigen Aufwands ist eine Parteientschädigung von Fr. 500.- (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE) gerechtfertigt.

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