

BVGer C-6199/2016 vom 22. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6199_2016

FR: TAF C-6199/2016 du 22 avril 2020

IT: TAF C-6199/2016 del 22 aprile 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der 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). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 7. Oktober 2016 ist - nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist (vgl. BVGer act. 4) - einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 6. September 2016 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz der Beschwerdeführerin ab dem 1. September 2013 eine halbe Invalidenrente zugesprochen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ist somit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 3.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Kognition, vgl. Benjamin Schindler in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, Art. 49 N. 1 ff.).

E. 3.2

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). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 6. September 2016) 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. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). 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. 4

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

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich indes auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). 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. 4.2

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.

E. 4.3

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. 4.4.1

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausgerichtet, in dem der Anspruch entsteht, jedoch frühestens von jenem Monat an, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 Bst. b und Abs. 2 Satz 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Meldet sich ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen in Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet (Art. 48 Abs. 2 Satz 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). 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). Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG (ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) frühestens 6 Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

E. 4.4.2

Anspruch auf eine ganze Rente besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung), 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. Hieran hat die 5. und 6. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung).

E. 4.4.3

Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG in der ab 1. Januar 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 staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE

130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.5.1

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; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 4.5.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Je substantieller sich eine medizinische Fachperson äussert, umso höher ist der Beweiswert ihrer Aussage (Rudolf Rüedi, Das medizinische Gutachten - Erwartungen des Sozialversicherungsrichters an den Arzt, in: Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Medizinische Gutachten, Zürich 2005, S. 80). Liegen unterschiedliche, sich widersprechende Expertenmeinungen vor, wird diejenige Begutachtung obsiegen, die lückenlos dokumentiert ist und durch eine schlüssige Beurteilung zu überzeugen vermag: kurz, es kommt auf die Qualität an (Jacques Meine, die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz - Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen?, in: Swiss Surg 1998; 4: 54).

E. 4.5.3

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa mit Hinweisen). Im Weiteren ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und

-ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

E. 4.6.1

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352; 131 V 39 E. 1.2; 139 V 547 E. 3.2.3).

E. 4.6.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2; Urteil des BGer 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

E. 4.6.3

Mit BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis im Zusammenhang mit Leiden aus dem depressiven Formenkreis insofern ab, als es erkannte, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 f.). Weiter stellte es klar, dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2). Sodann soll E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 fortan so verstanden werden, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1). Des Weiteren führte es aus, dass die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der

Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern vermag. Folgerichtig entschied das Bundesgericht gleichentags mit BGE 143 V 409 - ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung -, dass die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur grundsätzlich ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 4.5). Dieses bleibt nur dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 409). Diese geänderte Rechtsprechung ist vorliegend anwendbar (vgl. statt vieler Urteil des BGer 9C_700/2015 vom 18. Juli 2016 E. 3.2).

E. 4.6.4

Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts begründete die primäre Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird sie invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer (vgl. Urteile des EVG I 50/07 vom 23. Oktober 2007 E. 5.1; I 750/04 vom 5. April 2006 E. 1.2 m.H.), die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn die Abhängigkeit selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Sucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 22. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 4.6.5

Das Bundesgericht kam in seiner aktuellen Entscheid 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 u.a. nach vertiefter Auseinandersetzung mit Erkenntnissen der Medizin zum Ergebnis, dass an der bisherigen Praxis zu primären Suchtleiden nicht mehr festzuhalten ist. Aus medizinischer Sicht handelt es sich bei einer Sucht klar um ein krankheitswertiges Geschehen. Es drängt sich insofern die gleiche Sichtweise auf wie bei anderen psychischen Störungen, bei denen im Einzelfall aufgrund objektiver Massstäbe beurteilt wird, ob die betroffene Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens ganz oder teilweise einer (angepassten) Arbeit nachgehen kann. Die Rechtsprechung ist deshalb dahingehend zu ändern, dass einem fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom beziehungsweise einer Substanzkonsumstörung nicht mehr zum vornherein jegliche IV-rechtliche Relevanz abgesprochen wird. Es ist wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen nach dem strukturierten Beweisverfahren (gemäss BGE 141 V 281; vgl. auch vorstehende E. 4.6.3) zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

E. 4.6.6

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5.1

Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2016, womit die Vorinstanz einen Rentenanspruch ab 1. Februar 2006 verneint, der Beschwerdeführerin jedoch mit Wirkung ab 1. September 2013 eine halbe Invalidenrente zugesprochen hat (BVGer act. 1, Beilage).

E. 5.2

Aufgrund von Diskrepanzen zwischen den diversen medizinischen Beurteilungen hat das Bundesverwaltungsgericht in Nachachtung der Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 E. 4.2 ff. ein Gerichtsgutachten eingeholt. Die Parteien haben gegen das Gerichtsgutachten vom 4. Juni 2019 bzw. dessen Ergebnis keine Einwände erhoben. Somit ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob zwingende Gründe gegen den Beweiswert des Gerichtsgutachtens sprechen.

E. 5.3

Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen des vom Bundesverwaltungsgericht in Auftrag gegebenen Gerichtsgutachtens am 24. September 2018 von Dr. med. P. _____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, am 25. September 2018 von Dr. med. Q. _____, fallführende Oberärztin Begutachtungsstelle M. _____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, MAS Versicherungsmedizin, Vertrauensärztin SGV, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM und Dr. med. R. _____, Fachärztin Neurologie, Oberärztin Begutachtungsstelle M. _____, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, Verkehrsmedizinische Vertrauensärztin Stufe 3 SGRM, am 26. September 2018 von Dr. med. S. _____, Oberärztin Begutachtung M. _____, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, Versicherungsmedizin, Klinik T. _____ und am 30. Oktober 2018 von Prof. Dr. med. U. _____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht und begutachtet. Die neuropsychologische Exploration durch lic. phil. I V. _____ erfolgte am 9. Januar 2019 (vgl. BVGer act. 57). In der Konsensbeurteilung des Gerichtsgutachtens wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (BVGer act. 57, Konsensbeurteilung S. 11 ff.): 1. Linksbetontes zerviko-brachiales Schmerzsyndrom mit/bei - St. n. Nukleotomie C5/6 und Implantation einer Prodisc-C Bandscheibenprothese C5/6 (30.05.2005) - DD klinisch überlagert durch vorwiegend sensibles Karpaltunnelsyndrom beidseits (ICD-10 G56.0) sowie überlagert durch psychiatrische Komorbidität - kernspintomographisch auf Höhe HWK5/6 aufgrund der ausgeprägten Metallartefakte nicht beurteilbar, auf Höhe HWK6/7 flache beidseitige

laterale Diskushernie, jeweils bis intraforaminal reichend, rechts mehr als links mit hier möglicher Beeinträchtigung der entsprechenden Wurzel C7 (MRI der ganzen Wirbelsäule nativ vom 26.09.2018) - klinisch persistierend eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, ausgeprägte myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Nackenmuskulatur - pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in den linken Arm bei Ansatzentendinose des Musculus pectoralis major linksseitig, DD intermittierende irritative Radikulopathie C7 links - intermittierende irritative Radikulopathie C7 rechtsseitig ebenfalls möglich - diffuse myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur vom zervikalen bis in den lumbalen Bereich

2.Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei - diffusen Schmerzen im Bereich der oberen und der unteren Extremitäten ohne eindeutiges organisches Korrelat (ICD-10 M79.69) mit/bei - normal erhaltener Beweglichkeit beider Ellenbogengelenke, beider Handgelenke, beider Kniegelenke, Hüftgelenke und Sprunggelenke ohne Hinweise auf lokale segmentale Dysfunktion - Diagnose 1, 3, 4, 5, 6

3.Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60/DD F61)

4.Verdacht auf Opioidabhängigkeit, iatrogen induziert (ICD-10 F11.24)

5.Idiopatische N. trigeminus Neuralgie (Originalcode: 13.1.1.3.2 Idiopathic trigeminal neuralgia with concomitant continuous pain) nach ICHD-III, DD idiopatische N. trigeminus Neuropathie (13.1.2.5 Idiopathic painful trigeminal neuropathy) nach ICHD-III

6.Mittelschwere neuropsychologische Störung bei Diagnosen 1-5 Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit konnten demgegenüber folgende Diagnosen gestellt werden:

1.Anamnestic rezidivierende depressive Störung

2.Chronisches thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4, M54.5) mit/bei - kernspintomographisch kleine Diskushernie BWK6/7, BWK8/9 und BWK9/10 mit z.T. Deformation des Myelons ohne Nachweis einer Myelopathie, ohne klinische Relevanz, keine Auffälligkeiten in der LWS (MRI der BWS und LWS nativ vom 26.09.2018) - klinisch diffuse, ausgeprägte myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im thorakalen und lumbalen Bereich, keine Hinweise auf segmentale Dysfunktion der Brust- und Lendenwirbelsäule - Hinweise auf Schmerzverarbeitungsstörung

3.Beginnende Polyarthrose der Hände (ICD-10 M15.9) mit/bei - leichtgradiger Bouchard-Knoten der proximalen Interphalangealgelenke, keine Hinweise auf aktivierte degenerative Veränderungen der Hände, normal erhaltene Beweglichkeit der Fingergelenke und der Handgelenke beidseits

4.Symptomatische Senk- und Spreizfüsse (ICD-10 M21.6) mit/bei - muskuläre Dysbalance der Wadenmuskulatur im Rahmen einer generalisierten muskulären Dekonditionierung (Anmerkung: bei den Diagnosen 5., 6. und 7. gemäss Konsensbeurteilung handelt es sich um Wiederholungen der Diagnosen 2., 3. und 4.)

8.Art. Hypertonie

9.Anamnestic Pflasterallergie

10.Anamnestic Varikosis

Hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kamen die Gutachter in der polydisziplinären Zusammenschau zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der somatischen Kernbeschwerden eine aufgehobene Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die von ihr zuletzt ausgeübte Tätigkeit als pharmazeutische Mitarbeiterin einer Spitalapotheke zu attestieren sei. Dies könne aufgrund der Minderbelastbarkeit im Bereich der HWS und der oberen Extremitäten begründet werden. Es könne retrospektiv davon ausgegangen werden, dass seit der aktenkundig attestierten Arbeitsunfähigkeit für diese zuletzt ausgeübte Tätigkeit ab 17. Februar 2005 keine Arbeitsfähigkeit mehr für diese teilweise schultergürtelbelastende Tätigkeit vorgelegen habe. Der Zeitpunkt der aufgehobenen Arbeitsfähigkeit korreliere dabei mit dem in der Aktenlage dokumentierten Auftreten der zervikobrachialen Beschwerden im Rahmen des Bandscheibenvorfalles und dem Zeitpunkt der damals

hausärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit für die damalige Tätigkeit in der Spitalapotheke. Seit dem Zeitpunkt der Krankschreibung im Februar 2005 bis drei Monate nach der Operation vom 11. April 2005 sei sodann eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten plausibel. Rein aus somatischer Sicht sei für optimal körperlich angepasste Tätigkeiten ohne repetitiv mittelschwere bis schwere Hebe-, Trage-, Zug- und Stossbelastungen und ohne Zwangshaltungen des Kopfes, Überkopfarbeiten und ohne Tätigkeiten mit Inklinations- und Reklinationsbewegungen des Kopfes und Oberkörpers, ohne Notwendigkeit Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu bewegen und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Vibrations-, Stoss- oder Starkbelastung der Hände und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Kälteexposition und Zugluftbelastung seit dem Zeitpunkt 3 Monate nach durchgeführter HWS-Operation am 11. April 2005 noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % zu verzeichnen. Die darüber hinaus bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für optimal angepasste Tätigkeiten gemäss oben definiertem Belastungsprofil sei psychisch und aufgrund der neuropsychologischen Funktionsstörung zu begründen. Die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei im Längsschnitt nur schwer zu rekonstruieren. In der Gesamtschau aller Befunde unter Berücksichtigung der diversen gutachterlichen Voreinschätzungen sei davon auszugehen, dass im Längsschnitt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht um 50 % schwankend eingeschränkt gewesen sei, eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen bzw. zum Zeitpunkt schwerer Ausprägungsgrade der dokumentierten depressiven Störung retrospektiv nachvollziehbar, dies sei vordokumentiert im Rahmen des F. _____-Gutachtens von 07/2013 (damals schwere depressive Episode) und im Rahmen der nervenärztlichen Begutachtung durch Dr. med. W. _____ vom 19. Oktober 2017 (damals mittelschwere depressive Störung). In den übrigen Vorbegutachtungen werde von einer 30 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rein psychiatrisch (Dr. med. E. _____ 2007/2009), einer Arbeitsfähigkeit von drei bis sechs Stunden am Tag (Gutachten Dr. med. X. _____ und Dr. med. Y. _____ 2009/2013) und von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit (Gutachten Dr. med. O. _____ 07/2016) ausgegangen. Die Gutachter gehen davon aus, dass es sich bezüglich dieser divergierenden Voreinschätzungen der Arbeitsfähigkeit um Schwankungen im Verlauf in Bezug auf die schmerzbedingten funktionellen Einschränkungen bei grundsätzlich gut und durchgängig dokumentiertem schwerem Krankheitsverlauf handle. Aus heutiger Sicht könne retrospektiv von einer im Verlauf schwankenden, ca. 50 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht ausgegangen werden, mit Ausnahme der Phasen eines höheren Ausprägungsgrades der depressiven Störung, wo die Arbeitsfähigkeit stärker eingeschränkt gewesen sein könnte. Eine exaktere Einschätzung des Verlaufs sei nicht möglich. Auch könne nicht exakt geklärt werden, ab wann das psychiatrische Krankheitsbild klar im Vordergrund gestanden habe, es sei jedoch plausibel, dass dies bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen psychiatrischen Abklärung im 10/2007 der Fall gewesen sei und die Arbeitsfähigkeit seit diesem Zeitpunkt gesamtmedizinisch eingeschränkt gewesen sei. Heute sei gesamthaft gesehen von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Zusätzlich zum somatisch definierten Belastungsprofil sollte dabei aus psychiatrischer Sicht berücksichtigt werden, dass die Beschwerdeführerin eine ruhige Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Kundenkontakt und ohne starke hierarchische Strukturen und mit klar vorstrukturierten Aufgaben benötige (BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 15 ff.).

E. 5.4

Das Gerichtsgutachten ist umfassend, beruht auf einer eingehenden Untersuchung der Beschwerdeführerin, geht einlässlich auf die Beschwerden der Versicherten ein und vermittelt ein hinreichendes Bild über deren Gesundheitszustand. Die bestehenden Funktionsstörungen werden ausführlich aufgezeigt und deren Auswirkung auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit dargelegt. Ferner berücksichtigt es auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte. Insbesondere setzt es sich einlässlich mit den diversen medizinischen Berichten und Vorgutachten auseinander (BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 15 ff.). Dabei wird sowohl zu den abweichenden Einschätzungen des Schweregrades der diagnostizierten Pathologien als auch zu den Diskrepanzen in den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen, wobei retrospektiv von einem schwankenden Verlauf mit teilweise höherer Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird. Schliesslich weisen die Gutachter auch auf die Schwierigkeit einer exakten rückwirkenden Einschätzung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit hin. Dennoch erscheint die Einschätzung einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bzw. die retrospektiv (zwar teilweise schwankende) und aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar und sorgfältig begründet. Davon geht auch RAD-Arzt Dr. med. Z. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Fachspezialist Psychiatrie, aus, der sich in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2019 dem Gerichtsgutachten vollumfänglich anschliesst (BVGer act. 59 Beilage).

E. 5.5

Schliesslich nimmt das Gerichtsgutachten auch zu den Ergänzungsfragen der Vorinstanz im Zusammenhang mit der Therapierbarkeit der Beschwerden und zum Opiatgebrauch Stellung (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 17 ff.). Die Gutachter kommen zum Schluss, dass zur Behandlung der chronifizierten Schmerzstörung grundsätzlich eine Therapie mit somatischem, psychiatrischem und psychotherapeutischem Ansatz empfohlen werde und eine solche der Beschwerdeführerin auch zumutbar gewesen wäre. Eine solche Therapie sei in der Vergangenheit aufgrund des ausschliesslich somatischen Krankheitskonzeptes der Beschwerdeführerin nicht eingeleitet worden. Es müsse offenbleiben, ob die Prognose der psychiatrischen Störung durch die Etablierung einer psychiatrischen multimodalen Therapie zu verbessern gewesen wäre. Bei zwischenzeitlich langzeitigem Krankheitsverlauf und bisher ausschliesslich somatischem Krankheitskonzept müsse davon ausgegangen werden, dass ein psychotherapeutischer Zugang zur Störung nur schwer etabliert werden könne und dass ein solcher Zugang mit einer vorübergehenden Verschlechterung im Sinne der Dekompensation der Schmerzsymptomatik und der depressiven Symptomatik einhergehen könne. Ebenso wenig könne aus heutiger Sicht beantwortet werden, inwiefern eine leitliniengerechte multimodale psychiatrische Therapie die Chronifizierung einer Schmerzstörung, die Entwicklung einer Depression und die Entwicklung des Opiatgebrauchs hätte beeinflussen können. Ein stationärer Entzug oder Teilentzug des Opiatgebrauchs wäre grundsätzlich zumutbar gewesen und eine Reduktion bzw. Entzug der Opiattherapie auch grundsätzlich zu empfehlen. Es könne jedoch keine sichere Prognose darüber abgegeben werden, wie sich das Krankheitsbild im Zuge eines solchen Opiatentzuges entwickelt hätte. Denkbar sei, dass sich die Schmerzsymptomatik hierunter zumindest vorübergehend deutlich verschlechtert hätte, ebenso erscheine es möglich, dass im Zuge der im Rahmen eines Opiatentzuges notwendigen psychotherapeutischen Begleitung eine Destabilisierung des Gesamtzustandes hätte eintreten können. Eine genaue Prognose hierzu sei jedoch nicht möglich. Wie sich aus der

ausführlichen Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. Z._____ vom 12. Januar 2018 ergibt, hat im Fall der Beschwerdeführerin weder eine - wie von den Gutachtern beschriebene - multimodale Therapie noch eine Opioidreduktion stattgefunden. Trotz Kenntnis dieser beiden Problemkreise wurde auf den Hinweis entsprechender medizinischer Massnahmen - gegebenenfalls - unter Schadenminderungspflichtauflage verzichtet (vgl. BVGer act. 22, Beilage S. 1 ff.). Gemäss Einschätzung von RAD-Arzt Dr. med. Z._____ seien die Erfolgsaussichten aller therapeutischen Bemühungen zwar eher als gering, aber nicht von vornherein als infaust einzuschätzen (vgl. BVGer act. 22, Beilage S. 1 ff.). Die Gutachter äussern indessen Zweifel, inwiefern der Verlauf der Beschwerden mit medizinischen Massnahmen in der Vergangenheit zu verbessern gewesen bzw. zukünftig zu verbessern wären. Die Prognose hinsichtlich des Erlangens einer höheren Arbeitsfähigkeit durch eine multimodale Behandlung der Schmerzstörung und Reduktion des Opiatkonsums sei eher als negativ zu betrachten, eher sei mit einer Stabilisierung und Vermeidung einer weiteren Verschlechterung zu rechnen (vgl. BVGer act. 57, psychiatrisches Teilgutachten, S. 18). Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch medizinische Massnahmen und Therapien nicht wesentlich verbessern lässt.

E. 5.6

Das Gerichtsgutachten hält - soweit anwendbar - auch vor der Indikatorenrechtsprechung stand (vgl. vorstehende E. 4.6.2 ff.). Zunächst ist festzuhalten, dass keine Ausschlussgründe für die Annahme einer Gesundheitsschädigung wie Aggravation oder ähnliche Erscheinungsbilder festgestellt werden konnten (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 15). Bei den somatischen Untersuchungen hätten sich zwar deutliche Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden gezeigt, was jedoch nicht im Sinn einer Verdeutlichung oder Aggravation gewertet werde, sondern im Rahmen der chronifizierten Schmerzstörung zu erklären sei. Grundsätzlich könnten die Befunde als konsistent gewertet werden. Auch in der neuropsychologischen Untersuchung sei das Antwortverhalten im Beschwerdevalidierungstest sowie die Leistungsbereitschaft unauffällig gewesen, wenn auch die Testbefunde nicht konsistent waren mit der beschriebenen und beobachteten Alltagsfunktionalität und dem Verhalten in der Testsituation. Hinweise für bewusste Aggravation hätten sich nicht gefunden, es müsse von einer wahrscheinlich unbewussten Symptomverdeutlichung ausgegangen werden, die im Rahmen des psychiatrischen Krankheitsbildes zu erklären sei. Hinsichtlich des funktionellen Schweregrads kommen die Gutachter zum Schluss, dass die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin schwergradig eingeschränkt sei. Vollständig eingeschränkt sei sie jedoch nicht (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 14). Es könne davon ausgegangen werden, dass seit Jahren ein schwer chronifiziertes psychiatrisches Krankheitsbild bestehe, das hinsichtlich der Funktionseinschränkung der Beschwerdeführerin (neben den somatischen Einschränkungen) im Vordergrund stehe und das im Längsschnitt zu deutlichen Funktionseinschränkungen führe, die jedoch verschiedene Ausprägungsgrade zeige (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 11). Zum aktuellen Gutachtenszeitpunkt könne im Vergleich mit den bisherigen Einschätzungen das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bestätigt werden, was der Einschätzung einer somatoformen Störung entspreche. Der Verdacht auf eine dieser Schmerzverarbeitungsstörung zugrundeliegenden Persönlichkeitsproblematik könne bestätigt werden (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 11 und S. 14). Darüber hinaus würde aktuell eine mittelschwere

neuropsychologische Störung nachgewiesen, die im Zuge der chronischen Schmerzstörung, des somatisch nachvollziehbaren Schmerzsyndroms und bei iatrogenem Opiatgebrauch zu erklären sei (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 11). Die Beschwerdeführerin verfüge über gute intellektuelle Ressourcen und eine gute Strukturiertheit und Differenziertheit, sie habe jedoch aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur, die nach heutiger Einschätzung die Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung gefördert habe, eingeschränkte Ressourcen (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 14). Die Ressourcen würden zusätzlich durch die bestehende mittelschwere kognitive Störung und den iatrogen verordneten Opiatgebrauch eingeschränkt. Grundsätzlich sei es ungünstig anzusehen, dass die Beschwerdeführerin ein rein somatisches Krankheitskonzept verfolge und eine Abwehr gegenüber psychischen/psychosomatischen Krankheitskonzepten bestehe. Diese Abwehrhaltung bedinge eine eingeschränkte Prognose hinsichtlich des voraussichtlichen Erfolges einer psychiatrischen Therapie. Bei langjährigem Krankheitsverlauf und zwischenzeitlich schwerer, chronifizierter Störung sei durch die Etablierung von therapeutischen Massnahmen nicht mit schnellen oder durchgreifenden Therapieerfolgen zu rechnen. Insbesondere müsse aus psychiatrischer Sicht mit innerem, krankheitsbedingtem Widerstand gerechnet werden. Auch hinsichtlich der grundsätzlich zu empfehlenden Reduktion bzw. dem Absetzen der mitinteragierenden Opiattherapie müsse mit einer vorübergehenden Verschlechterung einerseits der Schmerzsymptomatik, andererseits mit einer möglichen Demaskierung und Verschlechterung der psychiatrischen Symptomatik gerechnet werden. Es sei möglich, dass durch einen aufdeckenden psychotherapeutischen Zugang und dem damit verbundenen Prozess eine Dekompensation des psychischen Befundes, vor allem hinsichtlich Verschlechterung der Schmerzsituation und der depressiven Symptomatik eintritt. Insofern verfüge die Beschwerdeführerin über wenig Ressourcen für die Verbesserung des schweren Krankheitsbildes (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 14 f.). Was sodann den Opiatkonsum betrifft, so ist nach dem Gesagten unbestritten, dass dieser mitinteragierend ist und reduziert oder eingestellt werden sollte, wobei die Gutachter allfällige daraus resultierende kurz- oder mittelfristige Folgen eher negativ einschätzen. Es handelt sich beim Opiatkonsum der Beschwerdeführerin um ein krankheitswertiges Geschehen, zumal vorliegend ein sekundärer iatrogenes («durch einen Arzt verursacht», vgl. www.pschyrembel.de, abgerufen am 16.10.2019) Konsum besteht und somit von einer Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens auszugehen ist. Solchen sekundären Suchtleiden, konnten bereits vor Anwendbarkeit der Indikatorenrechtsprechung invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommen.

E. 5.7

Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass keine zwingenden Gründe ersichtlich sind, die gegen den Beweiswert des Gerichtsgutachtens sprechen würden. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit seit dem 17. Februar 2005 vollständig aufgehoben ist. Demgegenüber besteht für angepasste Tätigkeiten seit dem Zeitpunkt drei Monate nach der HWS-Operation am 11. April 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

E. 5.8.1

Die Beschwerdeführerin schliesst sich den Arbeitsfähigkeitsschätzungen des Gerichtsgutachtens im Wesentlichen an. Was die Teilarbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit betrifft, macht sie jedoch geltend, die Frage, ob die Verwertbarkeit

der theoretisch möglichen, angepassten Tätigkeit selbst auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch bestehe oder jemals seit 2005 bestanden habe, offen bleibe, zumal die Abhängigkeit von Drogen, die medizinisch verursacht worden sei, bei der Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigt werden müsse. Das Bundesgericht habe in letzter Zeit in gewissen Situationen, z.B. bei einer Person kurz vor Erreichen des AHV-Alters, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige Tätigkeit habe aufgeben müssen, anerkannt, dass die Verwertbarkeit einer theoretisch möglichen angepassten Tätigkeit selbst auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr bestehe. Es werde angeregt, dass das Gericht gegebenenfalls eine Stellungnahme des regionalen Arbeitsvermittlungszentrums beim Amt für Wirtschaft und Arbeit in (...) einhole (BVGer act. 1, act. 62).

E. 5.8.2

Hervorzuheben ist, dass nach der Rechtsprechung bei der Berechnung des Invalideneinkommens von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) auszugehen ist. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b). Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (Urteil des BGer 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1). Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen (Urteil des EVG U 42/06 vom 23. Oktober 2006 E. 3.2.3 am Ende). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des BGer 9C_124/2010 vom 21. September 2010 E. 2.2 mit Hinweis). Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des BGer 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 5.8.3

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 Restvermögensfähigkeit auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt würde. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, die Ausbildung, den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden (Urteile des BGer 9C_918/2008

vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 und I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1, je 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 ist durch die Umstände des Einzelfalls bedingt. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1; Urteile des BGer 8C_678/2016 vom 1. März 2017 E. 2.1 und 8C_910/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2.2, in: SVR 2016 IV Nr. 58 S. 190). Somit hängt die Verwertbarkeit nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3). Dieses ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.4; Urteile des BGer 8C_678/2016 vom 1. März 2017 E. 2.2, 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2 am Ende und 8C_665/2016 vom 24. November 2016 E. 5.3).

E. 5.8.4

Die Beschwerdeführerin war in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt (der Fertigstellung des Gerichtsgutachtens am 4. Juni 2019) rund 53 Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters verbleibt ihr somit noch eine beträchtliche Aktivitätsdauer von rund 11 Jahren. Insofern kann alleine aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin nicht davon ausgegangen werden, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten kann. Des Weiteren unterliegen die Anforderungen an zumutbare Tätigkeiten nicht so vielen Einschränkungen, dass eine Anstellung nicht mehr als realistisch erscheint. Das Anforderungsprofil für angepasste Tätigkeiten aus somatischer Sicht umfasst Tätigkeiten ohne repetitiv mittelschwere bis schwere Hebe-, Trage-, Zug- und Stossbelastungen und ohne Zwangshaltungen des Kopfes, Überkopfarbeiten und ohne Tätigkeiten mit Inklinations- und Reklinationsbewegungen des Kopfes und Oberkörpers, ohne Notwendigkeit Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu bewegen und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Vibrations-, Stoss- oder Starkbelastung der Hände und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Kälteexposition und Zugluftbelastung (BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 16). Aus psychiatrischer Sicht solle es sich bei der angepassten Tätigkeit um eine ruhige Tätigkeit, ohne Zeitdruck und ohne Kundenkontakt sowie ohne starr hierarchische Strukturen handeln. Empfehlenswert sei eine Tätigkeit mit klaren vorstrukturierten Aufgaben (BVGer act. 57, Psychiatrisches Teilgutachten, S. 17). Die Beschwerdeführerin verfügt über gute intellektuelle Ressourcen und eine gute Strukturiertheit und Differenziertheit und war während rund 7 Jahren im erlernten Beruf als pharmazeutisch-technische Assistentin tätig (BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 6, S. 14). Vorstehendes Belastungsprofil wurde von den Gutachtern in Kenntnis des bestehenden Opiatkonsums abgegeben, sodass davon auszugehen ist, dass die beschriebenen Anforderungen an angepasste Tätigkeiten den Opiatkonsum bereits berücksichtigen. Ein IV-rechtlich relevanter mangelnder Zugang der Beschwerdeführerin zum Arbeitsmarkt für eine angepasste Tätigkeit ist unter diesen Voraussetzungen, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, zu verneinen. Von der Einholung einer Stellungnahme beim Amt für

Wirtschaft und Arbeit kann bei dieser Sachlage abgesehen werden.

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin bemängelt sodann die Invaliditätsbemessung gemäss angefochtener Verfügung, an der die Vorinstanz auch nach Vorliegen des Gerichtsgutachtens festhält (BVGer act. 1, Beilage 2; BVGer act. 59, Beilage). Die IV-Stelle meine, die Beschwerdeführerin könne nicht lediglich einfache, sondern eine praktische Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben. Das Invalideneinkommen werde anhand von statistischen Durchschnittslöhnen (sog. LSE-Tabellenlöhne) berechnet. Dabei werde von einem Kompetenzniveau 2 im Gesundheits- und Sozialwesen und damit von einer Tätigkeit mit Berufs- und Fachkenntnissen ausgegangen. Ein leidensbedingter Abzug werde nicht in Betracht gezogen. Im Gesundheits- und Sozialwesen könne man Leute ohne Teamgeist, mit schwergradiger Funktionsstörung überhaupt nicht gebrauchen. Wer fünf Jahre aus dem Beruf sei, habe kein Kompetenzniveau 2 mehr (BVGer act. 1 und act. 62).

E. 6.2

Zunächst ist festzuhalten, dass die IV-Stelle die Invaliditätsbemessung in der angefochtenen Verfügung nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorgenommen hat, obwohl sich aus den Akten ergibt, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens zu 80 % erwerbstätig war (act. V 7-1). Insofern stünde grundsätzlich die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode im Raum. Die Methode der Invaliditätsbemessung mit einem Einkommensvergleich wurde indessen weder im vorliegenden noch in den beiden vorangegangenen Beschwerdeverfahren bemängelt. Hinzu kommt, dass sich in den Akten keine Hinweise finden, dass die kinderlose Beschwerdeführerin teilerwerbstätig war, um in einem Aufgabenbereich tätig zu sein. Es ist daher von einer beschränkten Erwerbstätigkeit ohne zusätzlichen Aufgabenbereich auszugehen (vgl. BGE 131 V 51).

E. 6.3

Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Verglichen wird das ohne Invalidität erzielbare Einkommen (Valideneinkommen) mit dem Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen). Dabei sind beide Einkommen hypothetischer Natur. Der im Vergleich resultierende prozentuale Rückgang des Einkommens ergibt den Invaliditätsgrad. Dieser zeigt mithin an, in welchem Masse die versicherte, gesundheitlich dauerhaft beeinträchtigte Person ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr wirtschaftlich verwerten kann (vgl. BGE 128 V 29 E. 1).

E. 6.4

Das Valideneinkommen wird durch die Frage bestimmt, welches Einkommen die betreffende Person im Gesundheitsfall im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich erzielt hätte. Wäre - wie es der empirischen Erfahrung entspricht - die bisherige Tätigkeit ohne die Gesundheitsschädigung weitergeführt worden, kann der zuletzt erzielte Verdienst als Ausgangspunkt der Berechnung genommen und nötigenfalls der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasst werden (BGE 134 V 322 E. 4.1).

E. 6.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1; Urteil des BGer 9C_81/2008 vom 19. Juni 2008).

E. 6.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allen-falls zu kürzen. Mit dem Tabellenlohnabzug (sogenannter Leidensabzug) wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Ein-tritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr be-schränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnitt-liche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Be- triebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellen-lohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 6.7

Ausgehend davon, dass bei der Beschwerdeführerin ab Februar 2006 (frühestmöglicher Rentenbeginn nach Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b i.V.m. mit Art. 29 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab Juni 2013 eine solche von 50 % bestanden hatte, hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zwei Einkommensvergleiche vorgenommen. Ab Februar 2006 hat sie das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des BFS (abrufbar unter www.bfs.admin.ch > statistiken > arbeit-erwerb > erhebungen > lse) LSE 2006, TA1, Gesundheits- und Sozialwesen, Total Frauen, Anforderungsniveau 3, Tätigkeit mit Berufs- und Fachkenntnissen und Umrechnung von 40 auf 41.7 Arbeitsstunden auf Fr. 47'944.- festgelegt. Ab Juni 2013 wurde das Invalideneinkommen aufgrund der LSE 2012, TA1, Gesundheits- und Sozialwesen, Total Frauen, Anforderungsniveau 2, Tätigkeit mit Berufs- und Fachkenntnissen und Umrechnung von 40 auf 41.7 Wochenstunden und Ausgleich der Nominallohnentwicklung bis 2013 (+0.68 %) auf Fr. 32'017.- berechnet. Als angepasste Tätigkeiten kämen beispielsweise Arbeiten in einer Verkaufsapotheke oder qualifizierte Tätigkeiten in der chemischen Industrie, Bereich Laborarbeiten oder wissenschaftliche Untersuchungen etc. in Frage (BVGer act. 1, Beilage 2).

E. 6.8

Die Annahme, dass die Beschwerdeführerin noch in der Lage sein soll eine Tätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen im Anforderungsniveau 2 bzw. 3 auszuüben, erscheint aufgrund dem von den Gutachtern (aus somatischer und psychiatrischer Sicht) formulierten Anforderungsprofil an eine angepasste Tätigkeit nicht nachvollziehbar (vgl. zum Anforderungsprofil vorstehende E. 5.3 und 5.8.4). Neben den vorgenannten expliziten Ausführungen der Gutachter zu den Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit, finden sich im Gerichtsgutachten sodann noch weitere diesbezügliche relevante Hinweise. Im Gerichtsgutachten wird festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin Funktionseinschränkungen in verschiedenen psychischen Funktionsbereichen bestünden, insbesondere sei die Fähigkeit sich an Regeln und Routinen anzupassen reduziert. Die Fähigkeit Aufgaben zu planen und zu strukturieren sei aufgrund der mittelgradig neuropsychologischen Störung reduziert, ebenso die Flexibilitäts- und Umstellungsfähigkeit und die Anwendung fachlicher Kompetenzen. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei eingeschränkt, die Durchhaltefähigkeit teilweise reduziert. Es bestünden Defizite im Bereich der Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit. Die Interaktions-, Kommunikations- und Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt (BVGer act. Konsensbeurteilung, S. 14). In Würdigung der gesamten Umstände erscheinen die Voraussetzungen für die von der Vorinstanz als angepasste Tätigkeiten angenommenen Arbeiten in einer Verkaufsapothek oder qualifizierte Tätigkeiten in der chemischen Industrie, Bereich Laborarbeiten oder wissenschaftliche Untersuchungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr gegeben zu sein. Vielmehr entsprechen die psychiatrisch geforderten Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit noch Hilfsarbeiten ohne besondere Qualifikationen. Aus somatischer Sicht sollte es sich sodann um leichte Tätigkeiten handeln.

E. 6.9

Nach dem Gesagten ist zur Berechnung des Invalideneinkommens in Anwendung der LSE 2006, TA1, Total, Anforderungsniveau 4, Frauen und Umrechnung auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 40 auf 41.7 Wochenstunden, von Fr. 48'228.- (12 x Fr. 4'019) bei einem Vollzeitpensum bzw. bei der seit 2005 bestehenden verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 50 % von Fr. 24'114.- auszugehen. Was sodann der von der Beschwerdeführerin geforderte leidensbedingte Abzug betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass die leidensbedingten Einschränkungen bereits bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung berücksichtigt worden sind und daher kein zusätzlicher Leidensabzug erfolgen kann (vgl. Urteil des BGer 8C_768/2018 vom 12. April 2019 E. 5.2.3). So wurden im Gerichtsgutachten die psychiatrischen und neuropsychologischen Funktionseinschränkungen explizit in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer angepassten Tätigkeit aufgenommen (vgl. BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 16 f.) Unter diesen Umständen kann auch eine verminderte Belastbarkeit nicht zu einem Abzug vom Invalideneinkommen führen (Urteile des BGer 9C_182/2019 vom 12. September 2019 E. 4.3, 9C_233/2017 vom 19. Dezember 2017 E. 3.4). Hinzu kommt, dass die leidensbedingten Einschränkungen sich auf die Bestimmung des anwendbaren Tabellenlohns ausgewirkt haben. Wie in vorstehender E. 6.8 dargelegt, erscheinen Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen im Anforderungsniveau 2 bzw. 3 nicht mehr zumutbar. Vielmehr kommen als angepasste Tätigkeiten nur noch Hilfsarbeiten ohne besondere Qualifikationen in Frage, sodass die leidensbedingten Einschränkungen auch bei

der Festsetzung des Invalideneinkommens berücksichtigt worden sind und auch daher ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug nicht mehr erfolgen kann (zur unzulässigen doppelten Berücksichtigung: vgl. Urteil des BGer 9C_833/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2).

E. 6.10

Auf Seiten des Valideneinkommens ist die IV-Stelle bei der Invaliditätsbemessung von Fr. 56'373.- im Jahr 2006 (inkl. Nominallohnentwicklung bis 2006 von 1.2 %) ausgegangen (BVGer act. 1, Beilage 2; vgl. V act. 7-1 ff.). Bei Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert somit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 57 % ($[\text{Fr. } 56'373.- - \text{Fr. } 24'114.-] \times 100 / \text{Fr. } 56'373.-$). Es besteht somit rückwirkend ab 1. Februar 2006 (frühestmöglicher Rentenbeginn nach Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b i.V.m. mit Art. 29 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gerichtsgutachten eine verlässliche Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs bildet. Gestützt auf das Gerichtsgutachten ist von einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit seit Februar 2005 auszugehen. Die Invaliditätsbemessung ergibt einen Invaliditätsgrad von rund 57 %, sodass mit Wirkung ab 1. Februar 2006 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung besteht. Die nachzuzahlende Rente ist - da die Beschwerdeführerin ihren Mitwirkungspflichten nachgekommen ist - nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung. Die Vorinstanz hatte der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung eine halbe Rente rückwirkend ab 1. September 2013 zugesprochen. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wird der Beschwerdeführerin erstmals eine unbefristete halbe Rente der Invalidenversicherung rückwirkend ab 1. Februar 2006 zugesprochen. Ihr Antrag auf eine rückwirkende ganze Rente wird folglich abgelehnt.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist von einem je hälftigen Unterliegen der Parteien auszugehen. Da die nachfolgend angeführte Rechtsprechung zur Parteientschädigung bei «Überklagung» in Rentenangelegenheiten auf die Gerichtskosten nicht anwendbar ist (vgl. Urteile des BGer 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.2; 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.3), sind die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten der teilweise unterliegenden Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung des Anteils der Beschwerdeführerin an den Verfahrenskosten zu verwenden. Die Gerichtskasse ist anzuweisen, den Differenzbetrag von Fr. 400.- der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz können keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen. Wird keine Kostennote eingereicht, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE).

E. 8.3

In Erwägung 4.2 des Urteils 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 führte das Bundesgericht aus, für den Fall, dass das Quantitative einer Leistung streitig sei, rechtfertige eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst habe. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente dürfe die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen werde. Es bestehe grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen werde. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betreffe dessen zeitliche Dimension das Quantitativ. Indessen komme die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiege und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliege.

E. 8.4

Im vorliegenden Fall geht es um die erstmalige Prüfung eines Rentenanspruchs. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Gewährung rückwirkenden Ausrichtung einer ganzen Rente ab 1. Februar 2006 wird zwar abgelehnt, doch wird ihr - anders als in der angefochtenen Verfügung - aufgrund der höheren Arbeitsunfähigkeit ab 1. Februar 2006 eine unbefristete halbe Rente für einen um 7 Jahre und 7 Monate längeren Zeitraum zugesprochen. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin auf Gewährung einer unbefristeten ganzen Rente ab September 2006 habe den Prozessaufwand derart beeinflusst, als dass die «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigen würde. In der vorliegenden Konstellation betrifft die zeitliche Dimension des Rentenanspruchs das Quantitativ, sodass von einem Obsiegen im Grundsatz und einem lediglich im Masslichen teilweisen Unterliegen (Zusprache einer halben Rente anstelle der beantragten ganzen Rente) der Beschwerdeführerin auszugehen ist. Die Beschwerdeführerin hat folglich Anspruch auf eine volle Parteientschädigung (vgl. auch Urteil des BVGer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.2.1 ff.). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen überdurchschnittlichen Aufwands (insbesondere auch im Zusammenhang mit der Einholung und Prüfung eines umfassenden Gerichtsgutachtens), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'600.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt.

E. 9.1

Zu prüfen bleibt die Verlegung der seitens des Bundesverwaltungsgerichts bereits bezahlten Kosten für das während des Beschwerdeverfahrens eingeholte polydisziplinäre Gerichtsgutachten, die sich auf Fr. 31'807.60 belaufen (BVGer act. 45).

E. 9.2

Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe (BGE 135 V 465 E. 4.4; siehe auch BGE 139 V 225 E. 4 und Urteil 8C_71/2013 vom 27. Juni 2013 E. 2); wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 125 V 351 E. 3a). Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt habe, sei die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen dies auch immer erfolge (zum Beispiel aufgrund der Einreichung neuer Arztberichte oder eines Privatgutachtens).

E. 9.3

Hinsichtlich der Höhe der Kosten eines Gerichtsgutachtens führte das Bundesgericht in BGE 143 V 269 sodann aus, dass mit Blick auf die fehlende gesetzliche Grundlage die bisherige Rechtsprechung insoweit aufgegeben werde, als die kantonalen Versicherungsgerichte und das Bundesverwaltungsgericht nicht mehr an den Tarif gemäss Anhang 2 der Vereinbarung zwischen dem BSV und den MEDAS gebunden seien. Das bedeute, dass die IV-Stellen im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen haben (BGE 143 V 269 E. 7.2). Der vom BSV mit den MEDAS vereinbarte Tarif könne immerhin als Richtschnur dienen, an der sich die Beteiligten zu orientieren haben. Darüber hinaus ergehe die Empfehlung, entweder die erforderliche Gesetzesgrundlage zu schaffen oder aber den bestehenden Tarif unter repräsentativem Einbezug der erstinstanzlichen Beschwerdeinstanzen an die Besonderheiten des Gerichtsverfahrens anzupassen (BGE 143 V 269 E. 7.3).

E. 9.4

Wie im Sachverhalt dargelegt, wurden seit der im September 2005 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug von der IV-Stelle diverse Gutachten angeordnet (vgl. Sachverhalt, vgl. auch Aktenauszug im Gerichtsgutachten, BVGer act. 57, Konsensbeurteilung, S. 23 ff.). Des Weiteren lagen auch diverse ärztliche Berichte aus dem Rentenverfahren in Deutschland sowie von behandelnden Ärztinnen und Ärzten vor. Im vorangegangenen Beschwerdeverfahren C-4503/2009 kam das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 16. November 2011 zum Schluss, dass der medizinische Sachverhalt bis zum damals massgeblichen Zeitpunkt nicht vollständig, widerspruchsfrei und schlüssig beurteilt worden sei (act. I 48-20 f.). Dies führte in der Folge zu den von der IV-Stelle veranlassten polydisziplinären Gutachten des F. _____ vom 18. Juli 2013 und zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 10. Juli 2015, wobei die Gutachter des F. _____ in ihrer Konsensbeurteilung von einer vollen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ausgingen (act. IV 105-20), währenddem Dr. med.

H._____ aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 30 % attestierte (act. IV 139-66). Die Festlegung der Arbeitsfähigkeiten gemäss der angefochtenen Verfügung erfolgte schliesslich aufgrund der Stellungnahme von Dr. med. I._____ vom 29. Oktober 2015 (act. I 153.28-1 ff.). Diese nahm trotz der widersprüchlichen Gutachten eine Aktenbeurteilung vor und legte die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auf 50 % fest. Für eine angepasste Tätigkeit wurde zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und schliesslich von 50 % angenommen und somit sowohl vom F._____ Gutachten als auch vom Gutachten von Dr. med. H._____ abgewichen. Ein Aktenbericht ist jedoch nur zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil des BGer 8C_514/2008 vom 31. März 2009 E. 5). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann eine interne ärztliche Stellungnahme keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben. Mithin hat sich ein Aktengutachten auf beweiskräftige Arztberichte abzustützen (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Dies war vorliegend gerade nicht der Fall. Da die IV-Stelle die bestehenden Widersprüche in den medizinischen Akten unaufgelöst gelassen hat, erfolgte der Entscheid auf mangelhafter vorinstanzlicher Untersuchung. Infolgedessen gehören die Kosten für das vorliegende polydisziplinäre Gutachten nicht zu den Verfahrenskosten, sondern zu den Abklärungskosten, die grundsätzlich von der Vorinstanz zu tragen sind.

E. 9.5

Ebenfalls von der Vorinstanz zu tragen sind die Auslagen der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der An- und Rückreise nach (...) und dem Aufenthalt während den Begutachtungsterminen (Art. 45 Abs. 2 ATSG). Mit Eingabe vom 27. Dezember 2018 (BVGer act. 53) hat die Beschwerdeführerin Übernachtungskosten von total Fr. 318.-, Kosten für die regionalen Verkehrsmittel von Fr. 3.80 und rund Fr. 3.85 (EUR 3.50 umgerechnet mit Kurs 1 EUR = Fr. 1.0994) geltend gemacht. Für die An- und Rückreise hat die Beschwerdeführerin die zurückgelegten Kilometer der Fahrten mit ihrem PKW aufgelistet. Gemäss Zwischenverfügung vom 18. Mai 2018 werden für Reisespesen jedoch maximal das Flugticket (Economy Class) und/oder ein Bahnbillet 2. Klasse übernommen (vgl. BVGer act. 37). Nach Preisrechner der Deutschen Bahn (www.bahn.de; abgerufen am, 21. Oktober 2019) kostet ein Billet vom Wohnort der Beschwerdeführerin nach (...) und zurück EUR 259.80. Die Beschwerdeführerin musste für die Begutachtung zwei Mal nach (...) reisen. Die Reisespesen belaufen sich somit auf Fr. 571.25 (2 x 259.80 x 1.0994). Total ergeben sich Auslagen der Beschwerdeführerin von Fr. 896.90. Dieser Betrag ist von der Vorinstanz auf ein von der Beschwerdeführerin zu benennendes Konto zu überweisen.

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