

# **BVGer C-6471/2017 vom 30. August 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6471\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6471_2017)

FR: TAF C-6471/2017 du 30 août 2019

IT: TAF C-6471/2017 del 30 agosto 2019

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2 und Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017 (act. 248) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- fristgerecht geleistet worden ist (B-act. 5), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

#### **E. 1.4**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 9. November 2017 (act. 248), mit welcher der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen worden ist. Aufgrund der (sinngemässen) Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin und deren Begründung ist streitig und zu prüfen, ob die angefochtene Verfügung vom 9. November 2017 rechtmässig ist resp. die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat oder ob eine medizinische Begutachtung zu veranlassen ist.

#### **E. 1.5**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

#### **E. 2**

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

##### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin verfügt über die französische Staatsbürgerschaft und wohnt in Frankreich (act. 9), so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

##### **E. 2.2**

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (9. November 2017) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten

aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

### **E. 2.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 9. November 2017 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 2.4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.5 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (5 Jahre und 3 Monate; act. 88), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

### **E. 2.5**

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

### **E. 2.6**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der

Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektiverte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

### **E. 2.7**

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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 2.8**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

### **E. 2.9**

Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

### **E. 2.10**

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts

hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6).

### **E. 3**

Mit Blick auf den französischen Rentenbescheid der Caisse Primaire d'Assurance Maladie du (...) vom 27. Dezember 2016 (act. 207), mit welchem der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2017 eine Rente (catégorie: 2; taux de calcul: 50 %) zugesprochen wurde, ist vorab festzuhalten, dass die Versicherte daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann, denn ihr allfälliger Rentenanspruch bestimmt sich alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 4**

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.1). In Anwendung dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung bilden im vorliegenden Fall zeitliche Referenzpunkte einerseits der 27. März 2014 (act. 142; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine rechtsgenügeliche materielle Beurteilung zu Grunde lag) und andererseits der 9. November 2017 (act. 248; Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung).

### **E. 5.1**

Im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 27. März 2014 dienten der Vorinstanz als Entscheidbasis in medizinischer Hinsicht hauptsächlich die Gutachten der Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. November und 3. Dezember 2013 (act. 131 und 132). Diese Expertisen sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben:

#### **E. 5.1.1**

Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stellte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnosen. Ohne Einfluss erwähnte er ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache, einen radiomorphologisch beginnenden engen Spinalkanal C5/6 und C6/7 mit bildgebend beginnender zervikaler Myelopathie sowie eine kleine mediane Diskushernie L4/5 (ohne klinische Zeichen einer cervicalen Myelopathie). Weiter berichtete er, er führe nicht die Diagnose einer Fibromyalgie auf, weil nicht nur die Fibromyalgie-Druckpunkte positiv seien, sondern sämtliche zufällig und frei gewählten Punkte. Betreffend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aus, für eine Tätigkeit im kaufmännischen Bereich bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %; eine solche bestehe für jegliche leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Eine körperliche Schwerarbeit sei ungünstig. Es fänden sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erheblichen Befunden. Die Prognose sei äusserst ungünstig, dies insbesondere auch deshalb, weil die Versicherte angebe, dass ihr eine schwere Wirbelsäulenoperation im Bereich der HWS bevorstehe. Man müsste sich hier sehr gut überlegen, ob man eine derartige Patientin auch beim bildgebenden Nachweis einer beginnenden zervikalen Myelopathie im Bereich der

HWS operieren wolle. Hier wäre auch noch eine neurologische Beurteilung angezeigt, bevor ein derartig schwerwiegender Entscheid gefällt werde. Es sei nicht zu erwarten, dass es nach einer HWS-Operation besser gehen werde, denn hier sei ein infauster Verlauf klar vorgezeichnet.

### **E. 5.1.2**

In seinem psychiatrischen Gutachten diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Ohne Auswirkungen erwähnte er ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.25) und führte weiter zusammenfassend aus, der Versicherten könnten aus psychiatrischer Sicht qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von maximal 20 % attestiert werden. In der angestammten und in einer Verweisungstätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine 5-jährige Benzodiazepin-Behandlung nicht unterbrochen werde bzw. es zu einer solchen Behandlung mit so hoher Dosierung gekommen sei. Es müsse klar davon ausgegangen werden, dass ein wesentlicher Teil der Müdigkeit, der subjektiv erlebten Erschöpftheit und der Antriebsminderung auf diesen langjährigen und hochdosierten Benzodiazepinkonsum zurückzuführen sei. Der Versicherten wären berufliche Massnahmen aus psychiatrischer Sicht auf jeden Fall zumutbar. Allerdings sehe sie sich als gar nicht arbeitsfähig, sodass vor diesem Hintergrund jegliche Angebote für berufliche Massnahmen möglicherweise sehr früh scheitern würden. Im Rahmen der gesamtmedizinischen Konsensbeurteilung wurde schliesslich berichtet, in der bisherigen Tätigkeit gelte die psychiatrische Beurteilung. In einer Verweisungstätigkeit gelte die psychiatrische Beurteilung, solange es sich dabei um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit handle.

### **E. 5.2**

Im Zusammenhang mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017 (act. 248) stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2017 (act. 233) sowie die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 10. August 2017 (act. 236) und 20. Oktober 2017 (act. 245). Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend ebenfalls zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

#### **E. 5.2.1**

Dr. med. H.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Verlaufsgutachten vom 19. Mai 2017 - wie bereits im Gutachten vom 3. Dezember 2013 - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Ohne Auswirkungen erwähnte er ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.25). Weiter führte er aus, es habe sich an der Beurteilung der Psychodiagnostik wie auch an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nichts verändert im Vergleich zu seinen beiden psychiatrischen Vorgutachten. Aufgrund der Inkonsistenzen müssten die objektiven Untersuchungsbefunde und nicht die subjektiven Angaben der Versicherten gewürdigt werden. Diese Inkonsistenzen ergäben sich beim Vergleich der subjektiven Angaben der Versicherten mit den objektiven Untersuchungsbefunden. Betreffend die psychische Krise im Januar 2016 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_\_ weiter, im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik L.\_\_\_\_\_ vom 17. März 2016 werde erwähnt, dass die Versicherte einzelne Antworten in

inkohärenter Weise abgegeben habe. Man könne sich auf diese rudimentären Angaben nicht abstützen, weil der Begriff der Inkohärenz in der klinischen Psychiatrie ganz unterschiedlich und häufig nicht korrekt verwendet werde. Aus den Akten ergäben sich keine Hinweise auf eine eigentliche psychotische Episode. Hätte es sich um eine solche gehandelt, wäre diese akut und vorübergehend gewesen. Wenn die Versicherte mitteile, dass sie ein totales Blackout gehabt habe, könnte dies für eine gewisse dissoziative bzw. konversive Symptomatik im Rahmen einer Belastungssituation sprechen. Man wisse auch nicht genau, wie lange diese Episode tatsächlich gedauert habe. Falls sie von kurzer Dauer gewesen sei, könnte eine sog. akute Belastungsreaktion gemäss ICD-10: F43.0 vorgelegen haben. Eine psychotische Grundstörung könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Aufgrund der Gesamtschau der diversen Beurteilungsdimensionen könne weiterhin festgehalten werden, dass bei der Versicherten qualitative Funktionsfähigkeiten in der Höhe von 80 % vorlägen. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweisungstätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Es könne auch diesmal gesagt werden, dass der Versicherten aus psychiatrischer Sicht berufliche Massnahmen zugemutet werden könnten. Da sie sich jedoch weiterhin nicht arbeitsfähig sehe, würden jegliche Angebote für berufliche Massnahmen scheitern.

### **E. 5.2.2**

In seiner Stellungnahme vom 10. August 2017 führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, das psychiatrische Gutachten sei sehr ausführlich geschrieben, es basiere auf den Vorakten, auf eigener Anamnese und Untersuchung. Die Diagnosen würden begründet hergeleitet und daraus die Arbeitsfähigkeit bestimmt. Die Diskrepanzen würden diskutiert, und es verblieben keine offenen Fragen. Das Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Der neue Arztbericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ habe vom Gutachter nicht mehr diskutiert werden können. Hierzu nehme er wie folgt Stellung: Die Fibromyalgie werde im psychiatrischen Gutachten als somatoforme Schmerzstörung erwähnt, was gleichzusetzen sei. Die Diskushernien lumbal und die cervicalen Arthrosen seien auch schon bekannt. Eine obstruktive Ventilationsstörung könnte bei symptomatischem Auftreten einfach mit einem Spray behoben werden, was aber nicht auf der Medikamentenliste stehe. Ein gastro-duodenales Ulcus lasse sich sehr einfach therapieren, und auch hierfür stehe kein Medikament auf der Liste. Ein Ulcus bewirke keine Arbeitsunfähigkeit (act. 236).

### **E. 5.2.3**

Nachdem die Versicherte weitere Unterlagen hatte einreichen lassen, nahm Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hierzu am 20. Oktober 2017 Stellung. Er führte zusammengefasst aus, das MRI sei wegen ischialgischen Schmerzen rechts gemacht worden. Der Befund zeige eine degenerative Diskopathie mit medianer Diskusprotrusion, was mit der Schmerzangabe übereinstimme. Dazu sei aber zu bemerken, dass die Versicherte sowohl gemäss den Angaben der Hausärztin Dr. J. \_\_\_\_\_ als auch der Psychiaterin keine Schmerzmittel einnehme. Dies lasse die Aussage zu, dass die Schmerzen im Alltag nicht allzu störend vorhanden sein dürften. Zudem sei eine Diskopathie mit einer Arbeitsfähigkeit sehr gut vereinbar, vor allem bei einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit ohne allzu grosse Rückenbelastung. Aus rheumatologischer Sicht sei somit die Arbeitsfähigkeit nur qualitativ mässig eingeschränkt. Das Schreiben der Psychiaterin vom 31. März 2017 sei fast wortgleich mit demjenigen, das dem psychiatrischen Gutachter schon vorgelegen habe. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ beschreibe, dass man gemäss den Kardinalkriterien eine mittelgradige depressive Episode diagnostizieren könnte, was sich aber mit den Befunden des objektiven

Psychostatus nicht bestätigen lasse. Es seien nur wenige Kriterien für eine depressive Episode vorhanden, sodass nur eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden könne, was Dr. med. H.\_\_\_\_\_ ausführlich und nachvollziehbar begründe. Der Einwand mit den beigelegten Unterlagen vermöge die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu entkräften.

### **E. 5.3.1**

Gemäss der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies auch für die bei der Beschwerdeführerin im psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2017 (act. 233) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie die leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) gilt (vgl. hierzu BGE 143 V 418 E. 7.2). Da Dr. med. H.\_\_\_\_\_ eine solche Prüfung vorgenommen hatte (S. 32 ff.), steht seine Beurteilung der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit in Einklang mit der geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren. Weil das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 19. Mai 2017 darüber hinaus aktuell und umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet ist, bildet es für den vorliegenden Fall in Übereinstimmung mit der Vorinstanz und den entscheiderelevanten, schlüssigen und überzeugend begründeten Berichten im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 10. August und 20. Oktober 2017 (vgl. hierzu Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5) eine rechtsgenügeliche Entscheidungsgrundlage.

### **E. 5.3.2**

Betreffend die ebenfalls der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegenden Berichte (vgl. Urteil des BVGer C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) der behandelnden Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_\_ vom 20. März 2015 (act. 184 S. 2), 30. Juli 2015 (act. 184 S. 9), 30. November 2015 (act. 184 S. 8), 22. April 2016 (act. 182 S. 2), 22. Juni 2016 (act. 183 S. 2), 21. Oktober 2016 (act. 198), 2. November 2016 (act. 194 S. 2), 29. November 2016 (act. 201 S. 2), 3. Januar 2017 (act. 203 S. 2), 31. Januar 2017 (act. 211 S. 2), 2. März 2017 (act. 218 S. 2), 31. März 2017 (act. 223 S. 2 und 3), 12. Mai 2017 (act. 229 S. 2) und 15. September 2017 (act. 241 S. 2 und 3) ist einerseits darauf hinzuweisen, dass sich der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztin vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheidet (vgl. hierzu SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3, SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Andererseits finden sich in den entsprechenden Berichten vom 30. Juli 2015, 22. April 2016, 22. Juni 2016 und 31. März 2017 weder eine ICD-Klassifikation noch eine nachvollziehbare und schlüssige Begründung in Bezug auf das attestierte schwere depressive Syndrom und die daraus

resultierende Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich des Berichts vom 21. Oktober 2016 ist weiter festzuhalten, dass die erwähnte depressive Episode zwar mit dem ICD-Code ICD-10: F32.3 klassifiziert worden war, Dr. med. M.\_\_\_\_\_ jedoch erneut bloss rudimentäre und somit nicht rechtsgenügende Angaben machte, weshalb die Beschwerdeführerin auch aus diesem Bericht nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. Dasselbe gilt auch für den Bericht vom 15. September 2017 (act. 241 S. 2 und 3), denn dieser hat im Wesentlichen und zu grossen Teilen wortwörtlich denselben Inhalt wie derjenige vom 31. März 2017, welcher dem Gutachter bekannt gewesen und von diesem gewürdigt worden war. Hinsichtlich des im Beschwerdeverfahren nachgereichten Berichts von Dr. I.\_\_\_\_\_ vom 10. April 2018 (Beilage 2 zu B-act. 12) - welcher vorliegend ebenfalls zu berücksichtigen ist (vgl. hierzu BGE 130 V 138 E. 2.1) - ist schliesslich festzuhalten, dass dieser Bericht im Vergleich zu denjenigen vom 31. März und 15. September 2017 keine neuen wesentlichen Aspekte enthält, wie dies die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2018 (Beilage 14 zu B-act. 14) korrekt ausgeführt hat.

### **E. 5.3.3**

Hinzu kommt weiter, dass sich Dr. med. H.\_\_\_\_\_ auch mit den Austrittsberichten der Klinik K.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2016 (act. 180 S. 13 bis 15) und der Psychiatrien Klinik des Spitals "N.\_\_\_\_\_" in (...) vom 26. Februar 2016 (act. 180 S. 8 bis 11) und 17. März 2016 (act. 181 S. 3 bis 6) intensiv auseinandergesetzt und überzeugend dargelegt hat, inwiefern und aus welchen Gründen diese Berichte Mängel aufweisen. Aus diesen Gründen vermögen diese ärztlichen Dokumente das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2017 nicht in Zweifel zu ziehen.

### **E. 5.3.4**

Dasselbe gilt schliesslich auch für die Berichte von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 2. Januar 2017 (act. 215 S. 4) und Prof. P.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2017 (act. 215 S. 2 bis 3) und 12. April 2017 (act. 227 S. 2 bis 5). So konnten die von der Beschwerdeführerin gemäss Dr. O.\_\_\_\_\_ subjektiv erlebten kognitiven Beeinträchtigungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ zu keinem Zeitpunkt festgestellt werden. Zwar zeigte die neuropsychologische Untersuchung eine deutliche Verlangsamung und einzelne kognitive Einbussen der Versicherten, und es wurde ein "subkortiko-frontales" Syndrom diagnostiziert, welches mit der depressiven Störung in Verbindung gebracht wurde. Am Ergebnis ändert sich dadurch jedoch mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, wonach sich dies nicht nachvollziehen lasse, da die bei der Versicherten vorhandene depressive Störung eine leichte sei und im klinischen Eindruck keine relevanten kognitiven Einbussen hätten nachgewiesen werden können, nichts, zumal diesbezüglich auch keine aussagekräftigen Testresultate aktenkundig sind.

### **E. 5.4**

Betreffend den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in somatischer Hinsicht ergibt sich weiter was folgt: Zwar haben gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung medizinische Abklärungen beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beschwerden interdisziplinär zur erfolgen (vgl. hierzu Urteil 8C\_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Im vorliegend zu beurteilenden Neuanmeldungsverfahren konnte jedoch aus den folgenden Gründen darauf verzichtet werden. Einerseits beruhen die bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Einschränkungen der Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit gemäss vorliegender Aktenlage seit jeher eindeutig auf den psychiatrischen Diagnosen. Andererseits ergibt sich mit Blick auf

das - in Bezug auf die zeitlichen Referenzpunkte massgebliche (vgl. E. 4. hiervor) - Gutachten des Rheumatologen Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2013 und den neuen MRI-Befunden vom 2. Januar 2017 (act. 241 S. 4) und 19. Juni 2017 (act. 238 S. 2 bis 5), dass bereits Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von einer Diskushernie L4/5 berichtet hatte. Aufgrund dieser Umstände ist ohne weiteres von einem im Wesentlichen gleich gebliebenen somatischen Gesundheitsstand auszugehen, zumal die Beschwerdeführerin - soweit leserlich - sowohl gemäss den Angaben der behandelnden Hausärztin Dr. J. \_\_\_\_\_ in deren Bericht vom 13. Mai 2017 (act. 231) als auch der behandelnden Psychiaterin Dr. I. \_\_\_\_\_ (act. 241 S. 3) keine entsprechenden Schmerzmittel (vgl. zur Anwendung von Fluoxetin und Seresta mit dem Wirkstoff Oxazepam [www.kompodium.ch](http://www.kompodium.ch) und betreffend Theralene [https://www.arcofarma.be/files/pdf/0133231\\_DE.PDF](https://www.arcofarma.be/files/pdf/0133231_DE.PDF)) einnimmt und demzufolge von keiner wesentlichen, durch Schmerzen verursachten Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Daran vermag auch die im Bericht des Universitätsspitals Q. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2017 (stationärer Aufenthalt vom 16. bis 17. März 2017) erwähnte Medikation (Tramadol 100 mg - 1 1 1; act. 241 S. 5 bis 8) mangels längerdauernder Einnahme nichts zu ändern. Schliesslich sind auch die auf den MRI-Befunden vom 2. Januar 2017 und 19. Juni 2017 basierenden Ausführungen des RAD-Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2017, wonach eine Diskopathie mit einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit ohne allzu grosse Rückenbelastung mit einer Arbeitsfähigkeit sehr gut vereinbar sei, insbesondere auch mit Blick auf die seinerzeit vom Experten Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gemachten Ausführungen nachvollziehbar und schlüssig.

#### **E. 6**

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich zusammenfassend, dass der rechtserhebliche Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurde (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG) und sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Aktenlage und mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.9 hiervor). Das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2017 sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 10. August und 20. Oktober 2017 vermögen eine abschliessende Beurteilungsgrundlage zu bilden, weshalb sich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin weitere medizinische Abklärungen erübrigen. Es ist demnach davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine wesentliche gesundheitliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen.

#### **E. 7**

Da bei der Beschwerdeführerin gemäss dem überzeugenden und schlüssigen Verlaufsgutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2017 sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweisungstätigkeit eine 80%ige Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit besteht, ergibt der Prozentvergleich einen rentenausschliessenden IV-Grad von 20 % (zum Verzicht auf einen bezifferten Einkommensvergleich bzw. zur Zulässigkeit des Prozentvergleichs vgl. Urteil des BGer 9C\_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend die von der Beschwerdeführerin zu fordernde, gegenüber der beruflichen Eingliederung vorrangige

Selbsteingliederung (vgl. hierzu BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1) direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des funktionellen Leistungsvermögens führt, weshalb von der Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen - für welche sich die Beschwerdeführerin subjektiv ohnehin nicht in der Lage sieht - abgesehen werden konnte (vgl. hierzu bspw. Urteil des BVGer C-3191/2012 E. 4.1 mit Hinweisen).

## **E. 8**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass die Vorinstanz zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 9. November 2017 erweist sich demnach als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 14. November 2014 als unbegründet abzuweisen ist.

## **E. 9**

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

### **E. 9.1**

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

### **E. 9.2**

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

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