

# **BVGer C-7047/2016 vom 5. November 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-11-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7047\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7047_2016)

FR: TAF C-7047/2016 du 5 novembre 2018

IT: TAF C-7047/2016 del 5 novembre 2018

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG). Nachdem die Beschwerdeführerin auch den einverlangten Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet hat, ist auf ihre frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2016, mit welcher die Vorinstanz das neue Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 21. August 2014 abgewiesen hat. In der Verfügungsbegründung führte die Vorinstanz aus, es sei anhand der vorliegenden Unterlagen keine abschliessende Stellungnahme möglich. Die Beschwerdeführerin habe sich in Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht geweigert, trotz grundsätzlicher Reisefähigkeit an der angeordneten Begutachtung in der Schweiz teilzunehmen. Die Vorinstanz ist damit implizit auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin eingetreten. Die Beschwerdeführerin vertrat im vorinstanzlichen Verfahren die Auffassung, die zahlreichen von ihr unterbreiteten Arztberichte genügten zum Nachweis ihrer Erwerbsunfähigkeit sowie auch ihrer Reiseunfähigkeit; sie beantragte daher die materielle Beurteilung durch die Vorinstanz. Demgegenüber rügt die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift vom 15. November 2016, die Vorinstanz hätte anstelle einer (materiellen) Abweisung des Rentenanspruchs ein Nichteintreten verfügen müssen. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein materieller Entscheid aufgrund der Akten bei nicht vollständig abgeklärtem Sachverhalt in der Regel einer Nichteintretensverfügung vorzuziehen ist (vgl. BGE 131 V 42 E. 3 S. 47; Urteil des BVGer C-3889/2014 vom 29. August 2016 E. 6.2., je mit weiteren Hinweisen; vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, N. 100 zu Art. 43), geht die Rüge der Beschwerdeführerin fehl. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist daher die Frage, ob die Vorinstanz das neue Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat respektive ob die Beschwerdeführerin - wie vorliegend beantragt - mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

### **E. 3**

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist serbische Staatsangehörige und wohnt in Serbien. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b; 122 V 381 E. 1 m.w.H.). Die Schweiz hat mit Serbien kein neues Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen, weshalb für Bürger von Serbien weiterhin das Sozialversicherungsabkommen zur Anwendung kommt (vgl. Urteil des BVGer C-5325/2014 vom 20. Dezember 2017 E. 6.1). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten einander in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach ist die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beantworten (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

#### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 18. Oktober 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen 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 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Vorliegend ergingen sämtliche im Beschwerdeverfahren von der Beschwerdeführerin eingereichten Arztberichte erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2016 (vgl. nachfolgend E. 5.12 ff.). Diese können nach dem Gesagten jedoch vorliegend dennoch berücksichtigt werden, soweit sie sich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin - sowie namentlich der vorliegend streitigen Frage der Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin - bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung äussern.

#### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 18. Oktober 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.4**

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

### **E. 3.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der 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 Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.6**

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

### **E. 4**

Mit der rechtskräftigen Verfügung vom 26. April 2010 hat die Vorinstanz die der Beschwerdeführerin bisher geleistete ganze Invalidenrente mit Wirkung ab dem 31. Mai 2010 aufgehoben. Das neue Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 21. August 2014 hat die Vorinstanz mit Verfügung vom 18. Oktober 2016 abgewiesen.

#### **E. 4.1**

Die Vorinstanz hat die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2016 damit begründet, dass die von der kantonalen IV-Stelle übermittelten medizinischen Unterlagen für eine abschliessende Beurteilung nicht ausreichen. Die in diesen gestellten Diagnosen seien nicht hinreichend mit den dazu notwendigen Beweisen untermauert worden. Deshalb sei die Versicherte zu einer Begutachtung in der Schweiz aufgeboten worden. Gemäss Art. 57 Abs. 3 IVG entscheide die IV-Stelle, welche Abklärungen massgeblich und notwendig seien. Unter anderem stehe die Massnahme einer medizinischen Abklärung zur Wahl. Der medizinische Dienst erhebe keine eigenen medizinischen Befunde, sondern würdige die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht. Um den Gesundheitszustand und das objektiv vorhandene Leistungspotential zu prüfen, seien vorliegend Kenntnisse der schweizerischen Versicherungsmedizin zwingend erforderlich. Hinsichtlich der Rüge der Beschwerdeführerin der fehlenden Objektivität von RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_

verweise sie auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach die Tatsache alleine, dass ein beauftragter Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehe, nicht genüge, um auf eine mangelnde Objektivität und auf Befangenheit zu schliessen (IV-act. 164).

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerdeschrift vom 15. November 2016 hiergegen geltend, sie sei sämtlichen Auskunfts- und Mitwirkungspflichten nachgekommen. Sie wäre bereit, für die Begutachtung in die Schweiz zu reisen. Jedoch sei sie sogar mit einer Begleitperson nicht reisefähig. Aufgrund der sehr ausführlichen spezialärztlichen Dokumentation aus Serbien könne die Vorinstanz den Fall ohne eine psychiatrische Abklärung in der Schweiz abschliessen beziehungsweise den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Invalidenrente anerkennen. Die Beschwerdeführerin bezweifle weiterhin die Objektivität von Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Das Bundesverwaltungsgericht habe in mehreren Fällen die Objektivität von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ gerügt. Die neu eingereichten Berichte belegten erneut die Reiseunfähigkeit der Beschwerdeführerin (BVGer-act. 1).

#### **E. 4.3**

In ihrer Vernehmlassung vom 12. Januar 2017 führte die Vorinstanz ergänzend zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, dass sich - wenn sich wie vorliegend der Leistungsanspruch nach dem materiellen Recht der Schweiz bestimme - nach schweizerischem Recht ableite, welche Fragen der ärztlichen Klärung bedürften, welche Anforderungen an den Nachweis des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gestellt würden und mit welchen Mitteln dieser Nachweis zu führen sei. Vorliegend hätten die serbischen Berichte kein umfassendes Bild ergeben. Die Diagnose sei unsicher und die Ausprägung des Gesundheitsschadens sei schwer einzuschätzen. Eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz sei daher notwendig. Eine medizinische Abklärung in der Schweiz wäre nur dann unzumutbar, wenn objektiv oder subjektiv unüberwindbare Hindernisse entgegenstünden. Die Zumutbarkeit sei nicht aufgrund der subjektiven Wahrnehmung der betreffenden Person zu beurteilen. Die üblichen Untersuchungen einer Gutachterstelle seien ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten. Die Reiseunfähigkeit stelle im Grundsatz einen hinreichenden Entschuldigungsgrund dar. Die versicherte Person trage nur dann die Konsequenzen der Verweigerung an der Mitwirkung an einer Begutachtung, wenn diese nicht auf entschuldbaren Gründen beruhe. Es obliege daher in erster Linie der versicherten Person, das Vorliegen einer Reiseunfähigkeit darzutun und zu begründen. An ein Arztzeugnis betreffend die Transportunfähigkeit würden hohe Anforderungen gestellt. Insbesondere müsse dieses hinreichend begründet sein. Vorliegend habe sich der ärztliche Dienst der IV-Stelle insgesamt sechsmal mit der Frage der Reisefähigkeit beschäftigt. Aufgrund der zur Verfügung stehenden medizinischen Dokumentation seien sowohl der Somatiker als auch der Psychiater des ärztlichen Dienstes der IV-Stelle übereinstimmend zur Feststellung gelangt, dass die Versicherte, zumindest mit einer Begleitperson, reisefähig sei. Die Versicherte habe damit ihre Reiseunfähigkeit - trotz zweifacher Mahnung - nicht bewiesen. Mit ihrer Verweigerung, an dem Gutachten teilzunehmen, habe sie somit in unentschuldbarer Weise ihre Mitwirkungspflicht verletzt. Die Vorinstanz habe daher zu Recht aufgrund der Akten verfügt. Die Tatsachen, aus denen die Versicherte ein Recht auf eine Invalidenrente abzuleiten beabsichtigt habe, seien schuldhaft nicht bewiesen worden

(BVGer-act. 3).

#### **E. 4.4**

Mit Replik vom 15. Februar 2017 hielt die Beschwerdeführerin den Ausführungen der Vorinstanz entgegen, es könne in Anbetracht der sehr ausführlichen spezialärztlichen Dokumentation aus Serbien nicht von einer Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht die Rede sein. Sie sei seit ihrer Ausreise aus der Schweiz vom 15. Mai 2010 nie mehr in der Schweiz gewesen, da sie hierzu nicht in der Lage gewesen sei. Dabei hätte sie gerne ihren Sohn und die Enkelkinder besucht. Da die Vorinstanz die Angaben der serbischen Spezialärzte in ungerechtfertigter Weise nicht akzeptiere, hätte sie anhand eines Fragenkatalogs über den serbischen Versicherungsträger einen ausführlichen Bericht zum physischen und psychischen Zustand der Versicherten und der Zumutbarkeit einer Reise in die Schweiz einholen können (BVGer-act. 7).

#### **E. 5**

Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Vorinstanz zu Recht aufgrund der von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichte den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat.

##### **E. 5.1**

Vorliegend war die Beschwerdeführerin zuletzt am 15. Januar 2010 von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet worden, wobei Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von nunmehr 20 % festgestellt hatte (IV-act. 75). Dieses Gutachten vom 15. Januar 2010 bezeichnete RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin am 22. Januar 2010 als aus medizinischer Sicht nachvollziehbar (IV-act. 76). Hingegen erhob der Hausarzt der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 8. März 2010 Kritiken gegen die Begutachtung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_. Die kantonale IV-Stelle führte daraufhin in der rentenaufhebenden Verfügung vom 26. April 2010 aus, sie habe die Einwände des Hausarztes der Beschwerdeführerin ihrem RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ unterbreitet (IV-act. 11). Eine entsprechende RAD-ärztliche Stellungnahme fehlt in den vorliegenden Akten. Die von der kantonalen IV-Stelle wiedergegebenen Argumente des RAD (das Gutachten sei schlüssig und von einem erfahrenen Gutachter erstellt worden; die darin beschriebene Dekonditionierung gelte nicht als rentenberechtigender Gesundheitsschaden; vgl. Sachverhalt Bst. B) setzen sich inhaltlich nicht mit den Kritiken des Hausarztes der Beschwerdeführerin auseinander. Mit ihrer Neuanmeldung vom 21. August 2014 reichte die Beschwerdeführerin der Vorinstanz als Nachweis für den von ihr geltend gemachten verschlechterten Gesundheitszustand lediglich einige kurze medizinische Berichte aus Serbien ein (IV-act. 96; Übersetzungen in IV-act. 98-112). RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2015 hierzu fest, die in den Arztberichten aus Serbien gestellten Diagnosen würden nicht hinreichend mit den hierfür notwendigen Befunden untermauert. Demgegenüber seien die vom Hausarzt der Versicherten vorgebrachten Kritiken gegen das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2010 weitgehend nachvollziehbar. Ein sorgfältigeres Gutachten ohne Widersprüche sei wünschenswert (IV-act. 114).

##### **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin hat mit ihrer Neuanmeldung vom 21. August 2014 mehrere Arztberichte aus Serbien eingereicht, wovon einige handschriftliche Berichte nicht

entzifferbar sind. Im Übrigen sind die in den Berichten enthaltenen Befunde sowie Diagnosen nachfolgend wiederzugeben.

#### **E. 5.2.1**

Das Überweisungsschreiben des Hauses J.\_\_\_\_\_ vom 17. August 2010 enthält die Diagnose Depressio obs. Das Schreiben ist im Übrigen nicht entzifferbar (IV-act. 105 unten).

#### **E. 5.2.2**

Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, stellte im Arztbericht vom 1. September 2010 die Diagnose Syn Cervicalae, Neurosis Anxiosa mit Somatisierung. Als psychischen Status gab er an: anxiös, Somatisierung der neurotischen Symptome. Die Laborbefunde seien unauffällig (IV-act. 100 unten).

#### **E. 5.2.3**

Das Überweisungsformular des Hauses J.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2011 führt die Diagnose Neurosis auf. Die weiteren Angaben sind nicht entzifferbar (IV-act. 101).

#### **E. 5.2.4**

Gemäss Arztbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2011 fühlt sich die Beschwerdeführerin matt und abgeschlagen. Als psychischen Status gab Dr. med. K.\_\_\_\_\_ an: anxiös, subdepressiv, Somatisierung neurotischer Symptome. Er stellte die Diagnose Neurosis anxiosa mit Somatisierung - reaktiv (IV-act. 102).

#### **E. 5.2.5**

Im Arztbericht vom 7. Juni 2012 stellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ die Diagnose Psychalgia, unter Angabe der ICD-10 F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Es zeige sich keine Lateralisierung. In psychischer Hinsicht habe eine Somatisierung der neurotischen Symptome stattgefunden (IV-act. 103 oben).

#### **E. 5.2.6**

Gemäss Arztbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2012 beklagt die Patientin starke Kopfschmerzen sowie ein Pfeifen in den Ohren. Es seien keine neurologischen Defizite festgestellt worden. Der Bericht führt als psychischen Status die Somatisierung der neurotischen Symptome sowie als Diagnose die ICD-10 45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) auf (IV-act. 104)

#### **E. 5.2.7**

In einem - im Übrigen nicht entzifferbaren - Arztbericht des Gesundheitszentrums L.\_\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2012 wurden als Diagnosen die Codes F46.4 (Code existiert nicht als ICD-10-Code) und F40.0 (phobische Störungen) angegeben (IV-act. 105 oben).

#### **E. 5.2.8**

Dem Arztbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, (...), vom 12. März 2013 sind die Befunde Ohrrauschen, Schmerzen in den Beinen und zwickender Nerv links im Gesicht zu entnehmen. Als Diagnose stellte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ eine Psychalgia, unter Angabe der ICD-10 F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Da die Behandlung auf primärem und sekundärem Niveau zu keiner Besserung geführt habe, sei die Patientin zur tertiären Behandlung (HNO, neurologische Klinik) überwiesen worden (IV-act. 112 oben).

#### **E. 5.2.9**

Der Neuropsychiater Dr. med. N.\_\_\_\_\_ stellte im Arztbericht vom 21. März 2013 die Diagnose ICD-10 F.33.2-3 (F.33.2: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome; F.33.3: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen). Im Übrigen ist der handschriftliche Befund nicht entzifferbar (IV-act. 106 unten).

#### **E. 5.2.10**

Im Bericht vom 15. Juli 2013 gab Dr. med. N.\_\_\_\_\_ als Diagnose die ICD-10 F33.2 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) an. Der Bericht ist im Übrigen nicht entzifferbar (IV-act. 103 unten).

#### **E. 5.2.11**

Dem psychologischen Bericht vom 20. September 2013 des Gesundheitszentrums L.\_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass die Patientin in ihrer Fähigkeit zu funktionieren belastet werde. Sie verstehe Instruktionen, jedoch keine schwierigeren Aufgaben. Die intellektuellen Fähigkeiten seien grenzwertig (auf primärem Niveau). Die Persönlichkeitstests hätten psychosomatisch dysthymische Störungen ergeben, die sich teilweise auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (IV-act. 106 oben).

#### **E. 5.2.12**

Im Arztbericht vom 28. November 2013 gab Dr. med. N.\_\_\_\_\_ die nachfolgenden Befunde an: Ängste, Insomnie, depressive Polarisierung des Affekts, begleitet von polymorphen somatischen Beschwerden sowie von suizidalen Gedanken. Ausserdem stellte er die Diagnose Cephalaea ICD-10 F33.2 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome). Die Beschwerdeführerin sei dauerhaft und vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 109 unten).

#### **E. 5.2.13**

Das Überweisungsformular von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin und Hausarzt der Versicherten, vom 19. Juni 2014 an den Spezialisten für Psychiatrie führt die Diagnose Depressio recurrens unter Angabe der ICD-10 F33 (rezidivierende depressive Störung) auf. Es enthält keine weiteren Angaben (IV-act. 107 oben).

#### **E. 5.2.14**

Im Arztbericht vom 20. Juni 2014 stellte Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen). Die Patientin werde wegen zahlreicher somatischer und psychischer Beschwerden behandelt. Sie befinde sich seit 1997 zufolge depressiver Störung in Behandlung. Aktuell sei sie missgestimmt, angespannt, ängstlich und willenlos. Den psychischen Status beschrieb Dr. med. P.\_\_\_\_\_ wie folgt: die Patientin sei psychomotorisch verlangsamt. Ein verbaler Kontakt lasse sich auf Initiative des Prüfers herstellen. Die Patientin sei bei wachem Bewusstsein. Es lägen akustische Täuschungen vor. Ausserdem bestehe eine Hypertenazität der Aufmerksamkeit, das Denken sei formal verlangsamt mit depressiven Ideationen sozialen Typus und herabgesetzter VND - Hypobulie, initialer und transitorischer Insomnie sowie sozialer Isolation. Die Patientin sei arbeitsunfähig (IV-act. 108 oben).

#### **E. 5.2.15**

Im Arztbericht vom 18. Juli 2014 beschrieb Dr. med. P.\_\_\_\_\_ einen unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Sie fühle sich weiterhin schlecht und sei angespannt, agitiert sowie missgestimmt. Die Patientin beklage, dass sie manches überhöre und habe schwere Probleme mit dem Darm. Er stellte erneut die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen). Den psychischen Status beschrieb Dr. med. P.\_\_\_\_\_ wie folgt: die Patientin sei psychomotorisch verlangsamt. Der verbale Kontakt lasse sich herstellen, aber nur auf Initiative des Prüfers aufrechterhalten. Die Patientin sei bei wachem Bewusstsein sowie regelrecht orientiert, es lägen akustische Täuschungen vor sowie eine Hypertenazität der Aufmerksamkeit, das Denken sei formal verlangsamt und inhaltlich seien depressive Ideationen vorhanden. Die Patientin sei anxiös und weise eine depressiv polarisierte Hyperthymie auf, bei herabgesetzter VND - Abulie, initialer und transitorischer Insomnie sowie einem sozial isolierten Verhalten (IV-act. 109 oben).

#### **E. 5.2.16**

Im Arztbericht vom 18. August 2014 stellte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen). Nach einer sich vor drei Tagen ereigneten, stresserzeugenden Situation zu Hause sei der Zustand der Patientin verschlechtert. Sie sei weiterhin angespannt und könne nicht schlafen. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ gab den nachfolgenden psychischen Status an: angespannt, anxiös, depressiv polarisierte Hyperthymie, Hyperbulie sowie initiale und transitorische Insomnie (IV-act. 110 unten).

#### **E. 5.2.17**

Im Arztbericht vom 10. November 2014 stellte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ erneut die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen). Die Patientin befinde sich seit 1997 in psychiatrischer Behandlung, dies zunächst in der Schweiz sowie anschliessend in Serbien. Den psychischen Status beschrieb Dr. med. P.\_\_\_\_\_ wie folgt: die Patientin sei psychomotorisch verlangsamt. Sie zeige ein vernachlässigtes Äusseres. Ein verbaler Kontakt lasse sich auf Initiative des Prüfers herstellen. Die Patientin sei bei wachem Bewusstsein sowie regelrecht orientiert, es lägen akustische Halluzinationen vom Typ eines Akoasmus vor. Ausserdem bestehe eine Hypertenazität der Aufmerksamkeit, das Denken sei formal verlangsamt und inhaltlich seien depressive Ideationen vorhanden. Die Patientin sei anxiös und weise eine depressiv polarisierte Hyperthymie auf, bei herabgesetzter VND - Abulie, Bipoapetition, initial und transitorischer Insomnie sowie sozial isoliertem Verhalten (IV-act. 110 oben).

#### **E. 5.2.18**

Das Überweisungsformular von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 17. November 2014 an den Psychologen führt die Diagnose Depressio, unter Angabe der ICD-10 F33 (rezidivierende depressive Störung), auf. Es enthält keine weiteren Angaben (IV-act. 107 unten).

#### **E. 5.2.19**

Der Psychologe Q.\_\_\_\_\_ der Ambulanz R.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 20. November 2014 fest, der verbale Kontakt lasse sich herstellen und aufrecht erhalten. Die Patientin sei in allen Modalitäten ordnungsgemäss orientiert, jedoch psychomotorisch verlangsamt. Die Reaktionszeit erweise sich als verlängert. Es bestehe eine Hypertenazität der Aufmerksamkeit. Die Patientin sei anxiös und angespannt. Es liege eine depressiv polarisierte Hyperthymie vor. Die intellektuellen Fähigkeiten seien begrenzt. Als Befunde hätten sich eine Instabilität der visumotorischen Fähigkeiten gezeigt, dies jedoch mehr als

Ausdruck der Oberflächlichkeit in der Arbeit als organisch verursacht. Ausserdem hätten die durchgeführten Tests Hinweise auf Anxiosität, soziale Introversion, emotionale Unreife und Sensitivität ergeben. Die Patientin verfüge über bescheidene primäre Potentiale. Es herrschten bei ihr die Gefühle der eigenen Inferiorität sowie der Unmöglichkeit, den Pflichten gerecht zu werden, vor (IV-act. 108 unten).

#### **E. 5.2.20**

Das Überweisungsformular von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2014 an den Spezialisten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde führt die Diagnose Surditas conductiva et surditas sensorineuralis, unter Angabe der ICD-10 H90 (Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung), auf. Es enthält keine weiteren Angaben (IV-act. 111 unten).

#### **E. 5.2.21**

Im Arztbericht vom 25. November 2014 stellte Dr. med. N. \_\_\_\_\_ die Diagnose Laesio non cochlearis bilis incip. Tinnitus. Die Patientin beklage Kopf- und Ohrenschmerzen. Die Untersuchung mittels Otoskop habe keine Befunde ergeben. Der Bericht enthält zwei Audiogramme (IV-act. 98 unten).

#### **E. 5.3**

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin die nachfolgenden ärztlichen Berichte ein, welche allesamt erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren. Diese können vorliegend insoweit berücksichtigt werden, als dass sie sich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt vor Erlass der angefochtenen Verfügung äussern (vgl. E. 3.2).

#### **E. 5.3.1**

Das Überweisungsformular von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2016 an den Facharzt für Psychiatrie enthält die Diagnose Episodum depressivum psychoticum; gradus majoris (ICD-10 F32.3) sowie den Vermerk "Verschlechterung" (Beilage zu BVGer-act. 1; Übersetzung in BVGer-act. 16).

#### **E. 5.3.2**

Im Arztbericht vom 7. November 2016 stellte Dr. med. P. \_\_\_\_\_ die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) sowie die Differenzialdiagnose ICD-10 F06.7 (leichte kognitive Störung). Die Patientin beschwere sich über Vergesslichkeit, die in letzter Zeit aufgetreten und progredient sei. Den psychischen Status beschrieb Dr. med. P. \_\_\_\_\_ wie folgt: psychomotorisch verlangsamt, angespannt, bei Bewusstsein, Vorhandensein akustischer Halluzinationen - Akoasmen. Die Patientin sei anxiös, weise eine depressive polarisierte Hyperthymie und einen verlangsamteten Denkprozess auf. Im Inhalt seien depressive Gedanken erkennbar, die Willens- und Antriebsdynamismen seien reduziert (Hypobulie). Sie leide an vorübergehender Schlaflosigkeit (Beilage zu BVGer-act. 1; Übersetzung in BVGer-act. 16).

#### **E. 5.3.3**

Im Arztbericht vom 8. November 2016 stellte Dr. med. S. \_\_\_\_\_ die Diagnosen Instabilitas et vertigo (ICD-10 R42), Episodum depressivum non psychoticum, gradus majoris (ICD-10 F32.2) und Morbus systematis nervosi degenerativus, non specificatus (ICD-10 G31.9). Der neurologische Befund der Hirnnerven habe einen Nystagmus nach

rechts, ersten Grades und horizontal rotierend, aufgezeigt. Des Weiteren sei eine auffällige Ataxie beim Stehen und Gehen beobachtet worden. Der Romberg-Versuch sei positiv und die Sprache dysarthrisch. Der psychische Zustand zeige eine ausgeprägte kognitive Verarmung, eine dominierende zeitliche und örtliche Desorientierung, ein mnestisches Defizit sowie eine Störung im affektiven Bereich. Die Entwicklung der Symptomatologie und die Reduktion des MMST weise - nebst den bereits bestehenden Schwindelanfällen und der Depression - auf die Entwicklung einer Demenz degenerativen Alzheimer-Typs hin, der aktuell das Niveau einer leichten kognitiven Beeinträchtigung aufweise. Die Patientin sei unfähig, selbständige Aktivitäten auszuführen und sei auch nicht in der Lage, eine längere Reise auf sich zu nehmen (Panikattacken und Aggressivität aufgrund von Vertigo und Agoraphobie; Beilage zu BVGer-act. 1; Übersetzung in BVGer-act. 16).

#### **E. 5.3.4**

Im Arztbericht vom 9. November 2016 berichtete Dr. med. O. \_\_\_\_\_ ebenfalls, dass die bestehende Symptomatologie auf die Entwicklung einer Demenz degenerativen Typs hinweise. Die Patientin sei unfähig, alleine zu Hause ihren gewöhnlichen Aktivitäten nachzugehen. Sie sei nicht in der Lage, längere Reisen auf sich zu nehmen. Auch den Weg zum Gesundheitszentrum verkrachte sie nur schwerlich. Aktuell sei sie in Begleitung ihres Enkels erschienen (Beilage zu BVGer-act. 1; Übersetzung in BVGer-act. 16).

#### **E. 5.3.5**

In der Stellungnahme vom 4. Januar 2017 hielt RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, in den neu eingereichten Arztberichten habe einerseits Dr. med. O. \_\_\_\_\_ die Diagnose "Episodium depressivum psychoticum; gradus majoris" (ICD-10 F32.3) und andererseits Dr. med. S. \_\_\_\_\_ die Diagnose "Episodium depressivum non psychoticum, gradus majoris" (ICD-10 F32.2) gestellt. Eine fachärztliche Begutachtung in der Schweiz wäre von Bedeutung, um solche Widersprüche auszuräumen. Es hätten bei der Beschwerdeführerin seit jeher sowohl psychosomatische als auch "polymorphe somatische Beschwerden" vorgelegen. Auch dieser Aspekt sei in einem Gutachten näher zu untersuchen. Dasselbe gelte für die neu vermutete beginnende Demenz. Die Beschwerdeführerin habe in der Beschwerdeschrift keine neuen Argumente für die geltend gemachte Reiseunfähigkeit vorgebracht. Die in den Akten liegenden Arztberichte liessen keinen eindeutigen Schluss hinsichtlich einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit sowie deren Ausmass zu, weshalb - im Interesse der Versicherten - eine Begutachtung in der Schweiz angezeigt und zumutbar sei (Beilage zu BVGer-act. 3).

#### **E. 5.3.6**

Dr. med. P. \_\_\_\_\_ stellte im Arztbericht vom 9. Februar 2017 erneut die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) sowie die Differenzialdiagnose ICD-10 F06.7 (leichte kognitive Störung). Die Patientin erscheine in Begleitung des Enkels. Gemäss Dr. med. P. \_\_\_\_\_ bewege sich die Patientin schwerfällig. Im Übrigen gab er den bereits bekannten psychischen Status der Beschwerdeführerin wieder (Beilage zu BVGer-act. 7; Übersetzung in BVGer-act. 9).

#### **E. 5.3.7**

Im Arztbericht vom 9. Februar 2017 stellte Dr. med. S. \_\_\_\_\_ die Diagnosen Instabilitas et vertigo (ICD-10 R42), Episodium depressivum non psychoticum; gradus majoris (ICD-10 F32.2) sowie Morbus Alzheimer, non specificatus (ICD-10 G30.9). Die Patientin weise ein ausgeprägtes amnestisches Syndrom auf, unter Abfall der allgemeinen Kenntnisse sowie

verlangsamter Denkprozesse. Neurologisch zeigten sich die Befunde eines angepassten Nystagmus, einer Ataxie beim Gehen und Stehen, eine leichte Dysarthrie, zeitweilig mit literarer Dysphalie. Die Mini-Mental-Status-Test habe einen Wert von 20 von 30 ergeben. Die Patientin sei vollständig unfähig zu arbeiten oder grosse Reisen zu unternehmen. Bereits auf kurzen Distanzen sei sie agoraphobisch, es träten Agitation, Aggressivität und Panikattacken auf (Beilage zu BVGer-act. 7; Übersetzung in BVGer-act. 9).

#### **E. 5.3.8**

Laut Arztbericht von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2017 erscheint die Versicherte regelmässig in Begleitung ihres Enkels zur Kontrolle. Sie verlasse das Haus nicht alleine. Sie habe ausgeprägte Panikattacken und sei psychomotorisch langsam und vergesslich. Trotz regelmässiger Medikamenteneinnahme schreite die progressive Entwicklung einer Demenz mit ausgeprägten kognitiven Defiziten und Störungen ständig voran. Die Patientin könne nicht lange reisen. Selbst kurze Reisen von 10 bis 20 Kilometer führten zu Agoraphobie, Agitation, Kopfschwindel und Panikattacken. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ stellte die Diagnosen *Depressio*, *Instabilitas et vertigo* sowie *Morbus Alzheimer* (Beilage zu BVGer-act. 7; Übersetzung in BVGer-act. 9).

#### **E. 5.3.9**

RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erklärte in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017, die mit der Replik neu eingereichten Arztberichte änderten nichts an seiner vorgängigen Stellungnahme. Der von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ zuvor geäusserte Verdacht auf eine beginnende Demenz werde nun von diesem als "*Morbus Alzheimer, non specificatus*" bezeichnet. Ebenfalls habe Dr. med. S. \_\_\_\_\_ angegeben, der Mini-Mental-Status-Test (MMST) betrage zwischen 20 und 30, was völlig unverständlich sei, da ein Wert von 30 im MMST völlig normal wäre, ein Wert von 20 hingegen hoch pathologisch. Es verbleibe dabei, dass die genannten Diagnosen nicht klar mit Befunden belegt seien. Ebenfalls würden die funktionellen Einschränkungen nicht beschrieben. Eine fachkundige Abklärung in der Schweiz sei daher weiterhin notwendig sowie zumutbar. Die Versicherte müsste für die Anreise in die Schweiz von jemandem begleitet werden (Beilage zu BVGer-act. 11).

#### **E. 5.4**

In der unaufgefordert eingereichten Stellungnahme vom 27. März 2017 stellte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin richtig, dass Dr. med. S. \_\_\_\_\_ nicht einen MMST-Wert von "zwischen 20 und 30" angegeben habe (wie dies in der eingeholten Übersetzung fälschlicherweise stand). Tatsächlich betrage der MMST-Wert gemäss Dr. med. S. \_\_\_\_\_ 20 von 30 (Anm.: im Originalwortlaut: "20 od 30").

#### **E. 5.5**

Die bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorgelegenen Berichte geben als Diagnose mehrheitlich eine wiederkehrende depressive Störung, teilweise mit sowie teilweise ohne psychotische Symptome, an. Daneben enthalten die Berichte die Diagnosen einer neurotischen Störung (*Neurosis anxiosa*), einer Somatisierungsstörung sowie Taubheit (*Surditas conductiva et surditas sensorineuralis*). Bei sämtlichen Berichten handelt es sich um Kurzberichte. Die kürzesten Berichte umfassen lediglich einen ICD-10 Code als Diagnose. Die längeren geben ausserdem einige Befunde wieder. Hierbei werden jedoch die in den Berichten gestellten Diagnosen nicht weiter beurteilt. RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bemängelte daher in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2015 zu Recht, dass die in den serbischen Berichten gestellten Diagnosen nicht mit den hierfür notwendigen Befunden

untermauert werden. Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind den meisten Berichten nicht zu entnehmen. Lediglich in den Arztberichten von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2013 sowie von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 wurde die Beschwerdeführerin für arbeitsunfähig befunden. Die angegebene Arbeitsunfähigkeit haben die beiden Ärzte jedoch ebenfalls nicht begründet. Angaben zu allfälligen funktionellen Einschränkungen fehlen gänzlich. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, wonach die spezialärztliche Dokumentation aus Serbien sehr ausführlich sei, trifft somit nicht zu. Die zahlreichen, jedoch stets sehr kurzen Berichte erlauben keine widerspruchsfreie, nachvollziehbare und umfassende Gesamtwürdigung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Der Sachverhalt erweist sich damit nicht als vollständig geklärt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nicht bereits aufgrund der von ihr im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten serbischen Arztberichte auf eine Invalidität geschlossen werden. Die serbischen Berichte untermauern lediglich das Abklärungserfordernis, welches RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2015 zu Recht hervorhob.

#### **E. 5.6**

Die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen enthalten sodann viele Hinweise auf psychische, aber auch somatische Erkrankungen. Diese Hinweise reichen ebenfalls nicht aus, um auf eine Invalidität zu schliessen. Auch bezüglich der in den neueren Arztberichten bescheinigten somatischen Erkrankungen fehlen für die Bestimmung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit unerlässliche Informationen, namentlich detaillierte, nachvollziehbare sowie einlässlich medizinisch begründete Angaben zu allfälligen, damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen. Die Arztberichte aus Serbien enthalten daher (lediglich, aber immerhin) relevante Hinweise auf gesundheitliche Erkrankungen, welche umfassend abzuklären sind. Sie begründen somit das Erfordernis einer interdisziplinären (wie dies entgegen der früheren Anordnung der Vorinstanz angesichts der neu diagnostizierten somatischen Erkrankungen angebracht wäre) fachärztlichen Begutachtung in der Schweiz.

#### **E. 5.7**

Insgesamt erweist sich damit die von der Vorinstanz angeordnete Begutachtung als begründet. Aufgrund der bis und mit Beschwerdeverfahren aktualisierten Aktenlage wäre sogar die Anordnung einer interdisziplinären Begutachtung (in den Fachbereichen Allgemeine Medizin, Psychiatrie und Neurologie) angezeigt. Dass die Vorinstanz eine in der Schweiz durchzuführende Begutachtung angeordnet hat, ist ebenfalls nicht zu beanstanden, nachdem weder ein Rechtsanspruch auf eine Begutachtung im Ausland noch auf eine medizinische Beurteilung durch einen Sachverständigen eigener Wahl besteht (Urteil des BGer 8C\_828/2013 vom 19. März 2014 E. 4.2). Aufgrund der in den serbischen Arztberichten unter anderem erwähnten somatoformen Schmerzstörung wären bei der durchzuführenden Begutachtung gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung überdies die Standardindikatoren im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu beachten gewesen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3 ff.), was zumindest Grundkenntnisse der schweizerischen Versicherungsmedizin voraussetzt (vgl. hierzu statt vieler: Urteil des BVer 3910/2015 vom 22. März 2017 E. 4.2.4).

#### **E. 6**

Zu prüfen bleiben die Folgen einer allfälligen Verletzung der Mitwirkungspflicht sowie die Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin.

### **E. 6.1**

Die Versicherten haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken (Art. 28 Abs. 1 ATSG). Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 2 ATSG). Gemäss Art. 43 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen der Invalidenversicherung beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann die IV-Stelle auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Sie muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

### **E. 6.2**

Sodann können gemäss Art. 7b IVG Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 43 Abs. 2 ATSG (Mitwirkung an ärztlichen Untersuchungen, soweit zumutbar; vgl. E. 5.1) oder jenen nach Art. 7 IVG (Pflicht zur Teilnahme an Interventionsmassnahmen, Integrationsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art, medizinische Behandlungen und Massnahmen zur Wiedereingliederung) nicht nachgekommen ist (Abs. 1). In bestimmten Fällen können die Leistungen ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren gekürzt oder verweigert werden (Abs. 2). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Abs. 3). Die Regelungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten oder Sachentscheid aufgrund der Akten) und Art. 7b Abs. 1 IVG (Kürzung oder Verweigerung der Leistung) sind grundsätzlich nebeneinander anwendbar (Urteil des BGer 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3).

### **E. 6.3**

In formeller Hinsicht sehen sowohl Art. 43 Abs. 3 ATSG als auch Art. 7b Abs. 1 IVG die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vor. Dieses ist eine zwingende Voraussetzung für die Verweigerung oder den Entzug von Versicherungsleistungen (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgericht I 152/05 vom 23. Mai 2006 E. 5; I 605/04 vom 11. Januar 2005 E. 3.1; BGE 122 V 218; 134 V 189 E. 2.3). Dabei obliegt dem Verwaltungsträger die Beweislast, wenn der Nachweis der Mahnung strittig ist (KIESER, ebd., Art. 43, Rz. 93). Die Bedenkzeit muss nicht lange sein und kann sich beispielsweise im Rahmen der arbeitsvertraglichen Kündigungsfristen halten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 605/04 vom 11. Januar 2005 E. 3.2). Die ordentliche arbeitsvertragliche Kündigungsfrist beträgt je nach Anzahl der Dienstjahre ein bis drei Monate (Art. 335c Abs. 1 OR). Vorliegend hat die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit zwei Mahnungen vom 8. Juli 2015 sowie vom 2. Juni 2016 angedroht, bei fehlender Mitwirkung die Erhebungen einzustellen und das Leistungsgesuch abzulehnen. In beiden

Mahnungen hat sie der Beschwerdeführerin eine Frist von 30 Tagen angesetzt zur Mitteilung, ob sie an der Untersuchung in der Schweiz teilnehme (IV-act. 126 und 144). Die (zweifach) angesetzte Frist von einem Monat war angesichts der vorangehend dargestellten Rechtsprechung von ausreichender Dauer. Damit hat die Vorinstanz vor Erlass der rentenablehnenden Verfügung das Mahn- und Bedenkverfahren korrekt durchgeführt.

#### **E. 6.4**

Die Verletzung der Auskunftspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt. Dies ist dann der Fall, wenn kein Rechtfertigungsgrund erkennbar ist oder sich das Verhalten der versicherten Person als völlig unverständlich erweist (Urteil des BGer I 166/06 vom 30. Januar 2007 E. 5.1; KIESER, ebd., N. 92 zu Art. 43). Anders verhält es sich nur, wenn die Verweigerung der Mitwirkung auf entschuldbaren Gründen beruht, etwa weil sie der versicherten Person nicht zugerechnet werden kann, da sie krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (Urteil des BGer 9C\_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5.2 f.). Demnach ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin krankheitshalber nicht in der Lage war, sich der fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

#### **E. 6.5**

Die üblichen Untersuchungen in einer Gutachterstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten (KIESER, ebd., N. 82 zu Art. 43). Die Beweislast für die geltend gemachte Reisefähigkeit obliegt daher der versicherten Person (vgl. Urteil des BVGer C-4166/2014 vom 1. Oktober 2015 E. 4.3.1 Abs. 2). Entgegen dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG verankerten Untersuchungsgrundsatz (hinsichtlich der Abklärung des Anspruchs auf einer Invalidenrente) trifft die Invalidenversicherung in Bezug auf die von einer versicherten Person geltend gemachte Reisefähigkeit keine Untersuchungspflicht. An ein Arztzeugnis betreffend die Reiseunfähigkeit werden hohe Anforderungen gestellt. Dieses muss hinreichend begründet sein (Urteil des BVGer C-5813/2009 vom 27. Juni 2012 E. 5.3 Abs. 2).

#### **E. 6.6**

Im vorinstanzlichen Verfahren hat die Beschwerdeführerin mit Eingaben vom 15. Juli 2015 (IV-act. 127), vom 15. September 2015 (IV-act. 136 f.) und vom 5. Juli 2016 (IV-act. 150 ff.) mehrere medizinische Berichte als Nachweis der von ihr behaupteten Reiseunfähigkeit eingereicht, welche die Vorinstanz jeweils dem RAD unterbreitet hat. Die einzelnen Berichte zur Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin sind nachfolgend darzulegen.

##### **E. 6.6.1**

Dr. med. P.\_\_\_\_\_ bestätigte im Arztbericht vom 6. Juli 2015 seine bisher gestellte Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen). Die Patientin sei vor jeglicher Stresssituation sowie vor übermässiger Belastung wegen Gefährdung der psychischen und physischen Gesundheit zu schonen (IV-act. 130).

##### **E. 6.6.2**

In seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2015 hielt RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, es sei der Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine Flugreise in Begleitung durchaus zumutbar (IV-act. 125).

##### **E. 6.6.3**

Im Bericht vom 7. Juli 2015 stellte der Allgemeinmediziner Dr. med. O. \_\_\_\_\_ erstmals die Diagnose Polyarthrosis, Syndrome cervicale et lumbalae. Die Patientin sei auch in Begleitung einer Drittperson nicht zu einer längeren Reise fähig (IV-act. 131).

#### **E. 6.6.4**

Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte im Bericht vom 7. Juli 2015 ausserdem neu die Diagnosen Spondylosis cervicalis, Spondylosis lumbalis, Periarthritis humero-scapularis dex., Syndrome canalis carpi bilateralis. Die Untersuchungen hätten mässiggradige Einschränkung der Nackenbewegung in alle Richtungen gezeigt. Die Bewegungen der rechten Schulter seien eingeschränkt und schmerzhaft. An beiden Händen liege eine Hypotrophie des Thenars vor, die Hautsensibilität in Distribution des Nervus medianus sei beidseitig vermindert. Die Röntgenaufnahmen hätten ausgeprägte degenerative Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule mit Arthrose der Facettengelenke, Osteophyten der Wirbelkörper und verengten Intervertebralaräumen L3-L4, L4-L5, L5-S1 gezeigt. Die Patientin sei arbeitsunfähig und unfähig zu einer längeren Reise (IV-act. 132).

#### **E. 6.6.5**

Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Leiter neurologischen Dienstes des Krankenhauses U. \_\_\_\_\_, stellte im Arztbericht vom 20. August 2015 die Diagnose Instabilitas et vertigo (ICD-10 R42). Bei den Hirnnerven habe sich ein Nystagmus zur rechten Seite, ersten Grades, gezeigt. Ansonsten sei der Befund regelrecht (IV-act. 139).

#### **E. 6.6.6**

Im Entlassungsschreiben vom 3. September 2015 stellte Dr. med. S. \_\_\_\_\_ die Diagnose Episodium depressivum psychoticum, gradus majoris (ICD-10 F32.3). Die Patientin sei am 25. August 2015 wegen Instabilitas et vertigo (ICD-10 R42) im Krankenhaus U. \_\_\_\_\_ aufgenommen worden. Die Untersuchungen hätten einen Nystagmus nach rechts, bei ansonsten regelrechten Befunden der Hirnnerven, ergeben. Ein MSCT des Neurokraniums habe einen Kalkansatz in Projektion der linken Arteria vertebralis gezeigt. Der klinische Psychologe habe als Befund eine depressive Störung psychotischer Qualität mit Tendenz zur Chronifizierung, aktuell am meisten verkompliziert durch psychoorganische Veränderungen mit begleitendem kognitivem Verfall, angegeben. Die Patientin sei während des Krankenhausaufenthalts vom 25. August bis zum 3. September 2015 mit Antidepressiva, atypischen Neuroleptika, Anxiolytika, Antivertiginosa behandelt worden. Der Zustand sei unverändert. Die Patientin sei arbeitsunfähig (IV-act. 140).

#### **E. 6.6.7**

Mit Stellungnahme vom 7. September 2015 schloss RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht auf Vorliegen der Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin in Begleitung (IV-act. 134).

#### **E. 6.6.8**

Im Überweisungsformular von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 11. September 2015 an den Facharzt für Psychiatrie wird die Diagnose Episodium depressivum psychoticum; gradus majoris (ICD-10 F32.3) angegeben. Es enthält keine weiteren Angaben (IV-act. 141).

#### **E. 6.6.9**

Dr. med. P. \_\_\_\_\_ stellte im Arztbericht vom 11. September 2015 die Diagnose ICD-10 F32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome). Als Differenzialdiagnose gab er die ICD-10 F06.3 (organische affektive Störungen) an. Ausserdem gab er die bereits bekannten Befunde wieder. Die Patientin sei nicht arbeitsfähig (IV-act. 141).

#### **E. 6.6.10**

In der Stellungnahme vom 18. September 2015 hielt RAD-Ärztin Dr. med. Béatrice H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, fest, es sei eine Flugreise in die Schweiz in Begleitung zumutbar, dies auch aus somatischer Sicht (IV-act. 138).

#### **E. 6.6.11**

RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt am 31. Mai 2016 fest, die neuen Arztberichte vermöchten nichts an seiner bisherigen Stellungnahme zu verändern. Es sei der Versicherten zumutbar, in Begleitung in die Schweiz zu einer Begutachtung zu reisen (IV-act. 143).

#### **E. 6.6.12**

Gemäss Entlassungsbrief vom 24. Juni 2016 war die Versicherte vom 19. Juni 2016 bis zum 24. Juni 2016 im Krankenhaus U. \_\_\_\_\_ hospitalisiert infolge Instabilitas et vertigo (ICD-10 R42). Der behandelnde Arzt Dr. med. S. \_\_\_\_\_ stellte eine Verschlimmerung des bereits bestehenden Schwindels und der Instabilität, Übelkeit sowie eine Verschlechterung im psychischen Bereich fest. Der klinische Psychologe habe eine dominant depressive Symptomatik von reaktivem Charakter, rekurrenten Typs, sowie wahrscheinlich das Vorhandensein von psychoorganischen Veränderungen festgestellt. Der Befund HNO habe beidseitig eine Schallempfindungsschwerhörigkeit ergeben. Die Untersuchung mittels Vestibulometrie habe beidseitig eine Hyperexzitabilität des Labyrinths aufgezeigt. Die Patientin sei mit antivertiginöser Therapie sowie psychiatrisch behandelt worden. Der Zustand und die Leistungsfähigkeit der Patientin seien bei der Entlassung unverändert. Es sei eine Kontrolle beim Neurologen in drei Monaten erforderlich. Bis dahin seien körperliche Aktivitäten und längere Reisen zu vermeiden (IV-act. 152).

#### **E. 6.6.13**

Dr. med. P. \_\_\_\_\_ wiederholte im Bericht vom 4. Juli 2016 die Diagnose ICD-10 F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) unter Wiedergabe der bereits bekannten Befunde. Er empfahl, längere Reisen zu vermeiden. Auch auf kürzeren Reisen sei eine Begleitperson erforderlich. Körperliche Aktivitäten seien zu vermeiden (IV-act. 153).

#### **E. 6.6.14**

Dr. med. O. \_\_\_\_\_ gab im Arztbericht vom 5. Juli 2016 an, die Versicherte werde aktuell am meisten durch Schwindel und Instabilität gestört. Durch den Krankenhausaufenthalt hätten sich die Beschwerden leicht gebessert. Sie sei aber weiterhin zu keiner weiten Reise fähig. Auch die kleinere Reise von zu Hause ins Haus J. \_\_\_\_\_ (etwa 10 Kilometer) verschlimmere ihre Beschwerden wesentlich. Er stellte die Diagnosen Instabilitas et vertigo sowie Depressio (IV-act. 154).

#### **E. 6.6.15**

RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2016 fest, die neu vorgelegten Arztberichte enthielten keine neuen Elemente in psychiatrischer Hinsicht. Es sei nach wie vor kein Grund ersichtlich, welcher gegen eine Flugreise in Begleitung spreche (IV-act. 156).

#### **E. 6.6.16**

RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 21. September 2016 zu den im Vorbescheidverfahren vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gegen die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vorgebrachten Einwände. Er hielt fest, die Versicherte mache keine konkreten körperlichen Einschränkungen geltend, welche gegen eine Reise mit dem Flugzeug sprächen. Sie sei daher aus somatischer Sicht reisefähig mit dem Flugzeug (IV-act. 163).

#### **E. 6.7**

Lediglich eine Minderzahl (vier von zehn) der vorangehend dargelegten Arztberichte bescheinigen der Beschwerdeführerin explizit die Reiseunfähigkeit, wobei die attestierte Reiseunfähigkeit in keinem der Arztberichte auch nur ansatzweise begründet wird. Im Übrigen leitet die Beschwerdeführerin die geltend gemachte Reiseunfähigkeit ausschliesslich aus der Beschreibung ihres Gesundheitszustands gemäss den verschiedenen Arztberichten ab. Indessen kann aus einem schlechten Gesundheitszustand nicht ohne Weiteres auf eine fehlende Reisefähigkeit geschlossen werden. Die im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Arztberichte genügen damit den beweisrechtlichen Anforderungen an ein Arzteugnis betreffend die Reiseunfähigkeit im Hinblick auf die Durchführung einer medizinischen Begutachtung nicht (vgl. E. 6.5). Damit hat die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren nicht rechtsgenügend nachgewiesen, dass sie im Hinblick auf die Begutachtung in der Schweiz - zur Abklärung des von ihr geltend gemachten Rentenanspruchs - reisefähig war.

#### **E. 6.8**

Erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat die Beschwerdeführerin Arztberichte eingereicht, welche eine minimale Begründung hinsichtlich der geltend gemachten Reiseunfähigkeit enthalten. So begründeten Dres. med. S. \_\_\_\_\_ und O. \_\_\_\_\_ die Reiseunfähigkeit der Beschwerdeführerin - in erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung datierenden Arztberichten - damit, dass bei Reisen Agoraphobie, Agitation, Kopfschwindel, Aggressivität oder Panikattacken auftreten könnten (vgl. vorangehend E. 5.3.7 und 5.3.8). Die Reiseunfähigkeit der Beschwerdeführerin ist vorliegend jedoch ausschliesslich in Bezug auf einen limitierten Zeitraum (Juni 2015 bis Juli 2016; vgl. Sachverhalt Bst. C.a bis C.c) und Zweck (Begutachtung in der Schweiz) im Rahmen des Verwaltungsverfahren zu beurteilen. In jenem Zeitraum hätte die Beschwerdeführerin in die Schweiz einreisen sollen, um an der von der Vorinstanz angeordneten fachärztlichen Begutachtung teilzunehmen. Das Bundesverwaltungsgericht hat daher in Bezug auf die von der Vorinstanz festgestellte Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin nur jene Arztberichte zu überprüfen, welche den genannten Zeitraum betreffen. Die erst im Beschwerdeverfahren nachgereichten, minim begründeten Arzteugnisse konnte die Vorinstanz demgegenüber nicht in die mit der angefochtenen Verfügung vorgenommene Beurteilung der Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin einfließen lassen. Unter diesen Umständen kann vorliegend die Frage offenbleiben, ob die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erwähnten gesundheitlichen Risiken im Falle einer längeren Reise bereits im Zeitpunkt vor

Erlass der angefochtenen Verfügung vorlagen respektive bekannt waren. Aus denselben Gründen erweist sich der erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren (mit Replik vom 15. Februar 2017; vgl. E. 4.4) gestellte Antrag der Beschwerdeführerin, ihre Reisefähigkeit sei mittels Fragenkatalogs über den serbischen Versicherungsträger abklären zu lassen, als unbehelflich, da verspätet. Die Beschwerdeführerin hätte den entsprechenden Antrag angesichts ihrer Beweislast bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung bei der Vorinstanz einreichen müssen. Die Vorinstanz traf keine Untersuchungspflicht hinsichtlich die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Reiseunfähigkeit (E. 6.5) und war daher nicht verpflichtet, von Amtes wegen entsprechende Massnahmen in die Wege zu leiten.

#### **E. 6.9**

Gemäss ihren Eingaben an das Bundesverwaltungsgericht fühlt sich die Beschwerdeführerin subjektiv nicht reisefähig. Dass sie seit ihrer Ausreise nie mehr freiwillig in der Schweiz gewesen sei, stellt keine medizinisch begründete Reiseunfähigkeit im Hinblick auf den vorgenannten Zweck und Zeitraum dar. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Flugangst gilt als überwindbar. Die Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin im Übrigen mehrfach darauf hingewiesen, dass die Reise mit dem Flugzeug mit einer Begleitperson durchgeführt werden könnte.

#### **E. 6.10**

Der RAD hat vorliegend in sieben Stellungnahmen (vom 7. Juli 2015 [IV-act. 122], vom 18. September 2015 [IV-act. 138], vom 31. Mai 2016 [IV-act. 143], vom 28. Juli 2016 [IV-act. 156], vom 21. September 2016 [IV-act. 163], vom 4. Januar 2017 [Beilage zu BVGer-act. 3] und vom 10. März 2017 [Beilage zu BVGer-act. 11]) die Zumutbarkeit der Anreise in die Schweiz mit einer Begleitung bejaht. Während die im vorinstanzlichen Verfahren verfassten Stellungnahmen noch eher kurz ausgefallen sind, wurden die im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten RAD-Stellungnahmen einlässlich begründet. Die RAD-Stellungnahmen erscheinen schlüssig, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei. Es bestehen daher keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit (vgl. vorne E. 3.12). RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin sowie RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, verfügen ausserdem über die erforderlichen Fachkenntnisse zur Beurteilung der serbischen Arztberichte betreffend die Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin. Es ist darauf hinzuweisen, dass die meisten der vorliegenden Stellungnahmen von RAD-Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ verfasst wurden. Nachdem sich die Beschwerdeführerin für die Begründung der von ihr geltend gemachten Reiseunfähigkeit ausnahmslos auf psychische Gründe stützt (vgl. Sachverhalt Bst. C.d) und die serbischen Ärzte die der Beschwerdeführerin attestierte Reiseunfähigkeit, sofern überhaupt, ausschliesslich mit zu erwartenden negativen psychischen Folgen für die Beschwerdeführerin begründeten, ist nachvollziehbar, dass die Vorinstanz die Frage der Reisefähigkeit der Beschwerdeführerin hauptsächlich ihrem RAD-Psychiater unterbreitet hat.

#### **E. 6.11**

Die Beschwerdeführerin hat bereits im Vorbescheidverfahren die Objektivität von RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in Zweifel gezogen, da seine Beurteilung in Anbetracht der ausführlichen spezialärztlichen Dokumentation aus Serbien vollkommen inakzeptabel sei. In ihrer Beschwerdeschrift vom 15. November 2016 bezweifelte sie weiterhin die

Objektivität von Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Sie behauptete, das Bundesverwaltungsgericht habe die Befangenheit von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ bereits mehrfach gerügt, ohne jedoch entsprechende, einschlägige Urteile zu zitieren. Die Beschwerdeführerin hat insgesamt keine objektiven Gründe für die von ihr geltend gemachte Befangenheit vorgebracht. Dass Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in einem Anstellungsverhältnis zur IVSTA steht, reicht zur Annahme der Befangenheit nicht (vgl. E. 3.12). Weshalb er den Schlussfolgerungen der serbischen Ärzte nicht folgte, hat Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in objektiver Weise sowie nachvollziehbar begründet. Insgesamt erweist sich damit die Rüge der Beschwerdeführerin, wonach Dr. med. F.\_\_\_\_\_ den konkreten Fall nicht objektiv beurteilt habe, als haltlos.

#### **E. 6.12**

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Anreise zur Teilnahme an einer medizinischen Begutachtung in der Regel von der Zumutbarkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin hat im Verfahren vor der Vorinstanz den Beweis des Gegenteils nicht hinlänglich erbracht. Damit ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die - möglichst von einem Familienmitglied - begleitete Anreise in die Schweiz möglich sowie zumutbar war, um sich einer fachärztlichen Begutachtung zu unterziehen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die IVSTA in diesem Zusammenhang die Kosten der Begleitperson zu übernehmen hätte. Indem sich die Beschwerdeführerin weigerte, sich in der Schweiz begutachten zu lassen, hat sie ihre Mitwirkungspflicht verletzt. Die Beschwerdeführerin hat entsprechend die Beweislosigkeit als Folge der Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht zu tragen. Die Vorinstanz durfte daher einen Entscheid aufgrund der ihr vorliegenden Akten erlassen. Diese erlaubten es nicht, auf eine rentenanspruchs begründende Invalidität der Beschwerdeführerin zu schliessen (vgl. vorangehend E. 5.5). Die Vorinstanz hat demzufolge das neue Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 21. August 2014 zu Recht aufgrund der vorliegenden Akten abgewiesen. Die angefochtene Verfügung ist daher zu bestätigen. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

#### **E. 7.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i. V. m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

#### **E. 7.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE (SR 173.320.2]). Der unterliegenden, juristisch vertretenen Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)