

BVGer C-7334/2017 vom 3. September 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7334_2017

FR: TAF C-7334/2017 du 3 septembre 2019

IT: TAF C-7334/2017 del 3 settembre 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 5. Dezember 2017, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. Dezember 2017 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. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 5. Dezember 2017) 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).

E. 4

Die Beschwerdeführerin ist österreichische Staatsangehörige und wohnt in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681)

und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 5.3

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer

9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 5.4

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls 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 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 5.5

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich

bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

E. 5.6

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 6

Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, sie habe sich zum bidisziplinären Gutachten nicht äussern können, womit sie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht.

E. 6.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar.

E. 6.2

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Seine Verletzung führt demnach ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde (grundsätzlich) zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1). Bei Missachtung formeller Verfahrensgarantien bildet die Kassation des vorinstanzlichen Entscheides die Regel, zumal der Rechtsunterworfene grundsätzlich Anspruch auf die Einhaltung des Instanzenzuges hat (Urteil des BGer 9C_136/2009 vom 10. August 2009 E. 2.4.2 m.H.). Allerdings ist eine

Heilung einer nicht besonders schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise möglich, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, welche bezüglich des Sachverhaltes und der Rechtslage über dieselbe Kognition verfügt wie die Vorinstanz (BGE 133 I 201 E. 2.3; 127 V 431 E. 3d/aa). Selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs ist von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf führen würde (BGE 133 I 201 E. 2.2 m.H.).

E. 6.3

Aus den Akten ergibt sich, dass die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin nach Erhalt des Vorbescheids, in dem sie über den Inhalt des bidisziplinären Gutachtens informiert wurde, kein Akteneinsichtsgesuch gestellt hat. In der angefochtenen Verfügung erläuterte die Vorinstanz nochmals die massgeblichen Ergebnisse der Begutachtung und nahm zu den vorgebrachten Einwänden der Versicherten Stellung. Die Vorinstanz bringt demnach in ihrer Vernehmlassung zu Recht vor, dass die Beschwerdeführerin im Vorverfahren keine Akteneinsicht verlangt hat (vgl. Art. 8 ATSV). Die Beschwerdeführerin ist daher darauf hinzuweisen, dass Rechtsuchende grundsätzlich ein Gesuch einzureichen haben, um Akteneinsicht zu erhalten, wobei sie vorliegend rechtzeitig von der Vorinstanz über den Eingang und Inhalt der bidisziplinären Gutachten informiert wurde, um Einsicht verlangen zu können (vgl. BGE 132 V 387 E. 6.2). Mit Verfügung vom 7. Mai 2019 stellte der Instruktionsrichter im Weiteren der Beschwerdeführerin die Gutachten vom 16. Mai 2017 samt den drei zugehörigen Prüfberichten des medizinischen Dienstes zu. Hierzu äusserte sich die Beschwerdeführerin in der Triplik vom 14. Mai 2019 (BVGer act. 17). Demnach ist keine Gehörsverletzung ersichtlich beziehungsweise müsste selbst bei Annahme einer Gehörsverletzung eine solche als im Beschwerdeverfahren geheilt gelten.

E. 7

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Rentengesuch zurecht abgelehnt hat.

E. 7.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin liegen folgende medizinische Unterlagen vor:

E. 7.2

Bezüglich der medizinischen Berichte, die bis zum Erlass der ersten Verfügung vom 27. Dezember 2013 aktenkundig wurden, ist - um Wiederholungen zu vermeiden - auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-419/2014 vom 14. September 2016 zu verweisen (siehe dort Sachverhalt Bst. B). Zu dem in E. 6 des genannten Urteils besprochenen österreichischen Gerichtsgutachten von Dr. C. _____ vom 1. April 2013 kommen die Änderungen vom 19. Januar 2017 (Frage der Therapieoptionen) hinzu und sind als solche mit zu berücksichtigen (vgl. E. 7.5 hiernach).

E. 7.3

Nach dem Erlass der ersten Verfügung (27. Dezember 2013) gelangten die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten: - Bericht von Dipl. Psych. D. _____ vom 4. September 2014 (Vorakten 110) mit den Diagnosen Burnout, Somatisierungsstörung, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichten Grades, Fibromyalgie und komorbid Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung. Es liege eine deutliche Störanfälligkeit im Aufmerksamkeitsbereich vor, die Versicherte sei vermehrt ablenkbar,

ihre Reaktionszeit sei verlangsamt. Es bestehe aber eine gute Fehlerkontrolle, das kognitive Leistungsprofil sei im Übrigen altersgerecht. - Im Auftrag des österreichischen Versicherungsträgers verfasste Dr. E._____, Facharzt für Psychiatrie, am 3. Oktober 2014 (Vorakten 61) ein Gutachten mit folgenden Diagnosen: ICD10 F43.2, Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Unter fehlenden Belastungen des Erwerbslebens sei eine leichte Besserung der Symptomatik eingetreten. Die cerebrale Belastbarkeit erscheine aber anhaltend zu gering zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit. Eine rasche Dekompensation mit der Folge langandauernder Krankenstände oder Spitalsaufenthalte sei absehbar. - Im Weiteren holte der österreichische Versicherungsträger das Gutachten von Dr. F._____, Facharzt für Orthopädie, vom 23. Oktober 2014 ein (Vorakten 60), mit den folgenden Diagnosen: ICD10 M54.9, ICD10 F41.2, ICD10 F40.2, ICD10 G43.9, ICD10 I10, ICD10 H93.1, Wirbelsäulenschmerzen. Als weitere Leiden hielt er eine Anpassungsstörung mit depressiven Reaktionen, Angststörung mit Agoraphobie (Raumangst), Verdacht auf posttraumatische Persönlichkeitsveränderung, Migräne, Arterielle Hypertonie und Tinnitus mit Verminderung links fest. Aus orthopädischer Sicht seien permanent leichte und überwiegend mittelschwere körperliche Belastungen zumutbar.

E. 7.4

Dr. G._____, Facharzt für Allgemeine Medizin des medizinischen Dienstes der IVSTA, beurteilte die beiden genannten Gutachten und den neuropsychologischen Bericht in der Stellungnahme vom 9. April 2015 (Vorakten 65). Das Gutachten von Dr. F._____ habe in der klinischen Untersuchung keine relevanten Bewegungs- und Funktionseinschränkungen ergeben. Eine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt könne damit nicht geltend gemacht werden. Der Versicherten sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Berücksichtigung einer gewissen Rückenergonomie voll zumutbar. Die neuropsychologische Testung von Dipl. Psych. D._____ entspreche nicht den Schweizerischen Qualitätskriterien und zeige geringe Einschränkungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, vor allem bestehe eine vermehrte Ablenkbarkeit. Mit diesen geringen Befunden bestehe weder im Haushalt noch in einer geistig eher einfachen Tätigkeit (wie z.B. Reinigungskraft) eine Arbeitsunfähigkeit. Dr. E._____ beschreibe schliesslich einen deutlich verbesserten Zustand. Die Versicherte breche nicht mehr in Tränen aus und sei positiv affizierbar. Der Antrieb sei normal. Klinisch fassbare kognitive Beeinträchtigungen seien nie festgehalten worden. Aus den Angaben im Gutachten gehe zudem hervor, dass die Versicherte ihren Haushalt selber führe und, mehr als das, auch teils selbständig wohnende Kinder unterstütze. Die Hilfe des Ehemannes bei Einkäufen gehöre zur Schadenminderungspflicht der Angehörigen und begründe keine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt.

E. 7.5

Nach der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz gelangten im Weiteren folgende medizinische Berichte zu den Akten: - Wegen Muskelverkrampfungen, rez. Schwindel, Migräne und Tinnitus führte Dr. H._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Vorakten 109), am 16. September 2013 ein EEG durch. Er fand nicht näher zuordenbare Hinweise auf ein nächtliches Crampussyndrom und schloss eine Myopathie im engeren Sinn aus. Im Weiteren hielt er einen möglichen Symptomshift bei einer vorbestehenden Migräne mit Aura im Sinne einer Basilarismigräne oder vestibulären Migräne fest. Jedenfalls finde sich ein unauffälliges EEG und er empfehle den Ausschluss einer Crampusursache sowie Routinelaborberichte bei Krämpfen. - MRI WS gesamt vom 13. Juli

2015 von Dr. I. _____ mit dem Ergebnis keiner wesentlichen Befundverschlechterung im Vergleich zum 6. August 2014. - Befundbericht des Landeskrankenhauses J. _____, HNO-Station, vom 3. November 2015 (Vorakten 111): Die Versicherte sei wegen plötzlicher Hörminderung mit begleitendem Ohrgeräusch, welche sich nicht wie sonst gebessert hätte, stationär aufgenommen worden. Die Fachärzte diagnostizierten rezidiv einen Hörsturz rechtsseitig (H91.2), Zustand nach mehrfachen Hörstürzen bds. und Zustand nach Hörsturz mit nahezu Ertaubung des linken Ohres vor ca. 28 Jahren. Im Verlauf habe sich eine rasche Besserung der Beschwerdesymptomatik und eine Normalisierung des Gehörs rechtsseitig gezeigt. Die Versicherte sei nach sechs Tagen stationären Aufenthalts in gutem Allgemeinzustand entlassen worden. - Dr. K. _____, Facharzt für Pulmologie, stellte am 25. Januar 2016 (Vorakten 112) Verdachtsdiagnosen auf Asthma bronchiale, GERD, Fibromyalgie und Histaminintoleranz. - Die behandelnde Psychiaterin, Dr. B. _____, attestierte in den Berichten vom 7. Oktober 2016, vom 13. Januar und vom 13. März 2017 (Vorakten 121 und 113) eine Somatisierungsstörung, Fibromyalgie (F45.0), Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) sowie Burn out (Z73.0). In somatischer Hinsicht erwähnte sie eine bestehende Stressinkontinenz, rezid. HWI, Myelonimpression im MRT, Migräne, art. Hypertonie, Tinnitus und Hypakusis links, Tinnitus rechts intermittierend, V. a. Asthma bronchiale, Histaminintoleranz und Refluxösophagitis. Die Diagnose der Fibromyalgie sei aus ihrer Sicht geeignet, die Symptomatik zu erklären. - Gemäss Protokoll des Landesgerichts L. _____ vom 19. Januar 2017 (Vorakten 120) schätzte der Gerichtsgutachter Dr. C. _____, dass sich die Symptomatik der Versicherten trotz Ausschöpfung der vorhandenen Therapiemöglichkeiten wahrscheinlich nicht mehr ändern werde. In diesem Zusammenhang kann auf das bereits aktenkundige Gerichtsgutachten vom 1. April 2013 verwiesen werden (vgl. Urteil C-419/2014, Bst. D.a und E. 6.4.2), in dem der Gutachter noch auf eine fehlende Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten geschlossen hatte. Den psychischen Gesundheitszustand hatte er damals als labil beschrieben, so dass auch eine Haushaltstätigkeit nicht regelmässig ohne Fremdhilfe durchgeführt werden könne. Auch bei einer körperlich leichten Tätigkeit ohne Zeitdruck sei mit weitaus längeren Pausen als üblich nötig und mit vermehrten Krankenständen zu rechnen.

E. 7.6

Bei den Akten liegen im Weiteren die bidisziplinär verfassten Gutachten aus den Fachbereichen der Rheumatologie und Psychiatrie/Psychotherapie vom 16. Mai 2017 (Vorakten 100, 106).

E. 7.6.1

Der Experte Dr. M. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, führte in seinem Gutachten die folgenden Diagnosen (interdisziplinär) auf: Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Angst und depressive Störung, gemischt, bei einer Somatisierungsstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. N. _____ Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom o nicht ausreichend somatisch abstützbar o krankheitsfremde Faktoren o primäres Fibromyalgie-Syndrom o Panalgie o Diffuse Druckschmerzangabe o Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke * Panvertebralsyndrom mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten o multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Sehstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Schluckschmerzen, Würgegefühl, Atembeschwerden, Schmerzen im Brustkorb

und im Bauchraum, brennende Schmerzen im Körper, Schwarz-Werden vor den Augen, Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwankungen des Hörvermögens, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Kraftverlust der Arme und Beine Adipositas mit Body-Mass-Index von 37.43 kg/m² Anamnestic Reizmagen-Syndrom Siehe auch Angaben zu I B) Persönliche Anamnese Aus rein somatischer Sicht seien erhebliche Differenzen zwischen den geltend gemachten Beschwerden und den erhobenen klinischen Befunden feststellbar. Für die Diagnose eines sekundären Fibromyalgie-Syndroms seien keine entzündlich abstützbaren Beschwerden geschildert worden. Im Bereich der oberen Extremitäten seien die Diagnosekriterien für ein Hypermobilitätssyndrom nicht erfüllt, es fehlten klinische Hinweise auf eine Arthrose, Fehlhaltung, entzündliche Veränderungen oder andere Problematiken und das Röntgendossier enthalte im Bereich der oberen Extremitäten ebenfalls keine Hinweise auf Kristallablagerungen oder Ähnliches. Hingegen seien im Bereich der Wirbelsäule im MRI vom 13. Juli 2015 (altersentsprechende) Veränderungen dokumentiert, der pathologische Befund sei jedoch nur unter Berücksichtigung der Beschwerdeschilderung und der klinisch-pathologischen Befunde interpretierbar. In der klinischen Untersuchung hätten sich jedoch keine dem geschilderten Schmerzgeschehen entsprechenden Einschränkungen gezeigt. Es bestünden auch anamnestic und klinisch keine Hinweise auf Reiz- oder Ausfallsyndrome. Im Bereich der Lendenwirbelsäule fehlten entsprechende schmerzverstärkende und -lindernde Mechanismen. Ebenso habe er im Bereich der unteren Extremitäten sowie allgemeininternistisch keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde erheben können. Mit den im Weiteren diffus geschilderten Beschwerden könne jedoch aus somatisch-rheumatologischer Sicht keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Die Arbeitsfähigkeit sei daher aus somatisch-rheumatologischer Sicht für die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für keinen Zeitraum anhaltend eingeschränkt gewesen. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne ebenso, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden.

E. 7.6.2

Im Psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 16. Mai 2017 (Vorakten 106) stellte Dr. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen: Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) o bei Somatisierungsstörung (F45.0) o bei sozialen Belastungen In Bezug auf den festgestellten Gesundheitsschaden führte der Experte eine Indikatorenprüfung durch. Hinsichtlich des Schweregrades hielt er fest, es seien in den Akten nur sehr spärlich objektive psychopathologische Befunde beschrieben worden, im Vordergrund stünden subjektive Beschwerden, welche im Verlauf abgenommen hätten, und übereinstimmend als ängstlich-depressives und somatoformes Syndrom zusammengefasst worden seien, das sich infolge sozialer Belastungen (insbesondere Überlastung am Arbeitsplatz) vor dem Hintergrund negativer Erlebnisse in der Kindheit entwickelt habe. Beim Verlauf der Störung seien nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu beachten (Lebensalter, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen/Schulden, Krankheiten des Ehemannes), welche sich demotivierend auswirkten und nicht in die Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils einfließen dürften. Sie erklärten auch die Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Im Jahr 2012 sei es zu einem Zusammenbruch mit Dekompensation infolge einer Überlastung gekommen. Die Angaben zur Vorgeschichte liessen bis zu

diesem Zeitpunkt aber eine gute berufliche, persönliche, familiäre und soziale Entwicklung erkennen, weshalb auch keine Pathologie der Persönlichkeit ausserhalb des Normbereichs feststellbar sei. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien keine Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens oder eine Unzumutbarkeit zu deren Bewältigung begründen könnten. Es sei von zumindest angemessenen innerseelischen Ressourcen auszugehen. Den sozialen Kontext beschrieb der Gutachter auf der Grundlage anamnestischer Angaben als objektiv und subjektiv geordnet. Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien angemessen, die Versicherte pflege familiäre und vielfältige weitere soziale Kontakte. Sie besorge den Haushalt, arbeite im Schrebergarten und kümmere sich um ihre eigenen Kinder sowie um eine Nichte mit Down-Syndrom. In der Konsistenzprüfung hielt der Gutachter fest, die objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zum Zustand vor Eintritt des Gesundheitsschadens) sei durch die Selbsteinschätzung der Versicherten zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (vgl. Pflege vielfältiger sozialer Kontakte, Aktivitäten des täglichen Lebens, Kinderbetreuung). Hinsichtlich der Behandlungs-, Eingliederungs- und Therapieoptionen sei festzuhalten, dass ab 2012 relevante ambulante Behandlungsmassnahmen inklusive Psychopharmakotherapie dokumentiert seien. Sie seien als wenig ausgebaut zu bewerten. Die Diagnose stelle weiterhin eine Indikation für eine regelmässige fachärztliche Behandlung dar, wobei die Versicherte auch ihre diesbezügliche Motivation bestätigt habe. Eingliederungsmassnahmen seien nicht dokumentiert und aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht unumschränkt zumutbar. Demnach sei eine IV-relevante Arbeitsunfähigkeit für ausserhäusliche Tätigkeiten und Hausarbeiten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht aufgrund der gestellten Diagnosen sowie der damit verbundenen, objektiv stets sehr gering ausgeprägten Defizite für keinen Zeitraum zu begründen.

E. 7.6.3

In der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, dass keine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (Vorakten 100/16 und 106/27).

E. 7.7

In der Folge nahm der medizinische Dienst der Vorinstanz dreimal zu den beiden Gutachten Stellung: - Dr. O._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, schloss sich am 30. Juni 2017 (Vorakten 115) den in den Gutachten genannten Diagnosen und Beurteilungen an. Für die angestammte Tätigkeit, allfällige Verweistätigkeiten und die Tätigkeiten im Haushalt bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. - Dr. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, überprüfte das psychiatrische Gutachten vom 16. Mai 2017 in der Stellungnahme vom 14. Juli 2017 (Vorakten 117) anhand der Standardindikatoren. Er stellte eine sehr hohe Kongruenz in Bezug auf das übrige medizinische Dossier fest, da durchwegs dieselben Diagnosen gestellt worden seien. Auffällig sei, dass das private Aktivitätenniveau kaum eingeschränkt sei, sich die Versicherte hingegen in beruflicher Hinsicht für vollständig arbeitsunfähig halte. In medizinischer Hinsicht führte er aus, die Diagnose einer Angst und Depression gemischt werde nur gestellt, wenn weder die eine noch die andere Erkrankung ein Ausmass annehme, das ihre Diagnose allein rechtfertigen würde. Im Fall der Versicherten seien demnach sowohl die Depression wie auch die Angst

nur sehr leicht ausgebildet und würden in Zusammenhang mit einer Somatisierungsstörung auftreten, wobei auch IV-fremde Umstände eine Rolle spielten. - Dr. Q._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; vgl. <https://www.doctorfmh.ch/>, aufgerufen am 29. Juli 2019) bestätigte in der Stellungnahme vom 13. November 2017 die Einschätzung von Dr. P._____ und äusserte sich in versicherungsmedizinischer Sicht zum Gutachten von Dr. N._____ im Vergleich zu den neu vorgelegten Arztberichten und dem Gerichtsprotokoll (vgl. E. 7.5 hiervor). Das psychiatrische Gutachten von Dr. N._____ vom 16. Mai 2017 berücksichtige die Qualitätsleitlinien und beantworte die Fragen zu den Standardindikatoren. Die Einschätzung weiche von jener der österreichischen Ärzte ab, da Dr. N._____ die Indikatoren anwende und die Ausschlussgründe eingehend kommentiere (bewusstseinsnahe Aggravation, fehlende Einschränkungen im nichtberuflichen Lebensbereich).

E. 8.1

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes stellte die Vorinstanz im Wesentlichen auf die bidisziplinär verfassten Gutachten von Dr. M._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und von Dr. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Mai 2017 ab. Diese Gutachten basieren auf den Vorakten, detaillierten anamnestischen Angaben und auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen, die am 4. Mai 2017 durchgeführt wurden. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der von der Vorinstanz gestellten Fragen. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin eingehend auseinander. Beide Expertisen leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeitsfähigkeit wurden für die rechtsanwendende Behörde nachvollziehbar begründet.

E. 8.2

Gegen die bidisziplinären Gutachten brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, die angeführten krankheitsfremden Faktoren würden einer ärztlich attestierten länger dauernden Arbeitsunfähigkeit entsprechen. Die Einschätzung von Dr. M._____ stehe diesbezüglich im Widerspruch zu den vorgelegten österreichischen Gutachten. Darüber hinaus sei die psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise von Dr. N._____ in sich widersprüchlich, da die von ihm durchgeführten Zusatzuntersuchungen andere Ergebnisse aufgewiesen hätten, als sein Gutachten. Schliesslich sei in Bezug auf die gestellten Diagnosen die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung in Betracht zu ziehen.

E. 8.3.1

Die ärztlichen Gutachten von Dr. E._____ und Dr. F._____, welche vom österreichischen Versicherungsträger im Jahr 2014 in Auftrag gegeben wurden (vgl. E. 7.3 hiervor), basierten auf einer Anamnese, eigenständig erhobenen Befunden und dokumentierten die medizinische Vorgeschichte. Während der Orthopäde von einer Zumutbarkeit von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ausging, stellte der Psychiater einen nach wie vor psychisch labilen Zustand fest, obschon sich die Situation im Verlauf gebessert habe. Auch der Psychiater hielt aufgrund der anamnestischen Angaben zumindest fest, dass der Versicherten die Tätigkeiten im Haushaltsbereich wieder zumutbar seien, die cerebrale Belastbarkeit sei jedoch für die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit zu gering.

E. 8.3.2

In Bezug auf die österreichischen Expertisen konnte sich die IVSTA vorliegend auf die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes stützen. Demnach ist davon auszugehen, dass das Gutachten von Dr. E. _____ in der versicherungsmedizinischen Einschätzung nicht so hoch zu gewichten ist, wie das Gutachten von Dr. N. _____, weshalb auf letzteres abzustellen war. Wie Dr. P. _____ festgehalten hat, besteht im medizinischen Dossier eine hohe Übereinstimmung in den gestellten Diagnosen und hat Dr. N. _____ die Standardindikatoren angewandt. Gemäss Dr. Q. _____ haben dies hingegen die österreichischen Gutachter nicht getan. Dies gilt insbesondere auch für das Gerichtsgutachten von Dr. C. _____ vom 1. April 2013 sowie seine Ergänzungen zur Ausschöpfung der therapeutischen Massnahmen im Protokoll vom 19. Januar 2017, die Dr. Q. _____ zur Beurteilung vorgelegen sind. Um Wiederholungen zu vermeiden, kann im Übrigen auf die im Rückweisungsentscheid getroffenen Feststellungen zum Gutachten von Dr. C. _____ vom 1. April 2013 verwiesen werden. Es entfaltet zwar einen gewissen Beweiswert (C-419/2014 E. 6.4.2), dennoch ist das Gutachten von Dr. N. _____ höher zu gewichten. Hinsichtlich des Gerichtsgutachtens wie auch der anderen vorgelegten österreichischen Gutachten ist festzuhalten, dass die Anwendung der Standardindikatoren für die Feststellung des Schweregrads des geltend gemachten Gesundheitsschadens und die Plausibilisierung der Funktionseinschränkungen zentral ist. Ohne diese kann auf die in den Expertisen durchgeführte Schätzung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden.

E. 8.3.3

Im Weiteren hat der medizinische Dienst, Dr. G. _____, unter Auflistung der Befunde nachvollziehbar dargelegt, dass sich weder aus der neuropsychologischen Testung von Dipl. Psych. D. _____ noch aus dem orthopädischen Gutachten von Dr. F. _____ relevante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ablesen lassen (Vorakten 65). Der Bericht von Dipl. Psych. D. _____ entspreche zudem nicht den Anforderungen der Qualitätsleitlinien. Hierzu ist anzumerken, dass Dipl. Psych. D. _____, klinische Neuropsychologin, im Bericht vom 4. September 2014, aufgrund einer Testung kognitive Funktionseinbussen festhielt (vgl. Vorakten 110). Dr. N. _____ kritisierte diesen Bericht sodann hinsichtlich einer fehlenden Symptomvalidierung. Demgegenüber befand Dr. N. _____ im objektiven Befund/Psychostatus, es seien keine inhaltlichen Denkstörungen vorhanden, die Intelligenz sei gut; die Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit seien in der Exploration unauffällig, im Gegensatz zur subjektiven Einschätzung der Versicherten. Aufgrund der fehlenden Symptomvalidierung und der Vorgaben in den Qualitätsleitlinien haben der Experte und der medizinische Dienst nachvollziehbar erklärt, weshalb nicht auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung abgestellt werden kann (vgl. hiernach E. 8.6.2, Vorgaben in den Qualitätsleitlinien zur Validierung von Testergebnissen). Darüber hinaus hat Dr. G. _____ schlüssig dargelegt, dass die getesteten Aufmerksamkeitsdefizite weder die Aufnahme der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft noch die Verrichtung von einfachen Hausarbeiten als unzumutbar erscheinen lassen. Diesbezüglich besteht auch kein Widerspruch zum Gutachten von Dr. E. _____, der ebenfalls auf die nach wie vor ausgeübten Tätigkeiten im Haushalt hingewiesen hat, jedoch die Unterstützung des Ehemannes für Aktivitäten ausser Haus als zentral erachtete. Zwar schätzte er die Arbeitsfähigkeit aufgrund einer verminderten cerebralen Belastbarkeit, welche vom Gutachter Dr. N. _____ nicht beobachtet werden konnte, anders ein, doch ist auch hiermit das lege artis und unter Berücksichtigung der Standardindikatoren erstellte Gutachten von Dr. N. _____ nicht ausreichend in Zweifel gezogen (vgl. bereits oben E. 8.3.2).

E. 8.4

Im Weiteren hat Dr. M. _____ in somatischer Hinsicht die Abweichungen zum medizinischen Dossier, insbesondere zu den österreichischen Gutachten, ausreichend diskutiert.

E. 8.4.1

In Bezug auf das orthopädische Gutachten von Dr. F. _____ vom 21. Oktober 2014, in dem aus orthopädischer Sicht «Wirbelsäulenschmerzen» als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit attestiert wurden, erläuterte er, dass Angaben zu schmerzverstärkenden und -lindernden Mechanismen fehlten. Deshalb sei davon auszugehen, dass der Vorgutachter in der Diagnosestellung nicht zwischen somatisch und nicht-somatisch abstützbaren Beschwerden differenziert habe. Damit sind die in der Triplik pauschal geltend gemachten Widersprüche im Gutachten von Dr. M. _____ schlüssig als abweichende Einschätzung desselben Gesundheitsschadens qualifiziert worden, wobei der Vorgutachter die Diagnose «Wirbelsäulenschmerzen» mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig aus den somatischen Befunden hergeleitet hat. Die Beschwerdeführerin legt darüber hinaus auch nicht dar, worin weitere Widersprüche zu den österreichischen Gutachten auszumachen wären.

E. 8.4.2

Im Weiteren nahm Dr. M. _____ aus allgemeininternistischer Sicht zur Kenntnis, dass die Versicherte unter verschiedensten somatischen Beschwerden leide, insbesondere Migräne, Tinnitus, Hypakusis einseitig und Dysphagie. Hinsichtlich der Migräne lagen dem Gutachter verschiedene medizinische Unterlagen vor, wonach die Migränebeschwerden seit langem bestünden (seit dem 13. Lebensjahr; vgl. Bericht von Dipl. Psych. D. _____, Vorakten 110; sowie Angaben im Bericht von Dr. H. _____, Vorakten 109). Bezüglich der Beschwerden im Ohr führte der Experte sodann in der Auflistung der Vorakten den Befundbericht des Landeskrankenhauses J. _____, HNO-Station, vom 3. November 2015, an (E.7.3 und Vorakten 111). Aus diesem geht hervor, dass die Versicherte wegen plötzlicher Hörminderung mit begleitendem Ohrgeräusch, stationär behandelt wurde. Im Verlauf hat sich eine rasche Besserung der Beschwerdesymptomatik und eine Normalisierung des Gehörs rechtsseitig gezeigt, woraufhin sie in gutem Allgemeinzustand von der Station wieder entlassen werden konnte. In Hinblick auf die Schluckstörungen wies Dr. M. _____ im Weiteren darauf hin, dass gemäss Austrittsbericht vom 31. Oktober 2012 eine Dysphagie unklarer Ätiologie vorliege und psychovegetative Komponenten genannt worden seien. Bei dieser Sachlage ist die erfolgte Einschätzung, wonach Migräneattacken, Tinnitus, Hypakusis und Gleichgewichtsstörungen nicht als die Arbeitsfähigkeit einschränkend bezeichnet werden könnten, nach wie vor zutreffend. Um Wiederholungen zu vermeiden, kann auf die weiteren Ausführungen zu diesen Beschwerden im Urteil C-419/2014 E. 6.2 und 6.3 verwiesen werden.

E. 8.4.3

Hingegen äusserte sich Dr. M. _____ nicht zum Verdacht auf Asthma bronchiale gemäss dem neu vorgelegten Bericht von Dr. K. _____, Facharzt für Pulmologie, vom 25. Januar 2016 (Vorakten 112). Aus den anamnestischen Angaben geht aber hervor, dass diese Diagnose seit Langem bekannt ist und die vorletzte fachärztliche Kontrolle 2008 stattgefunden hat. Dr. K. _____ stellte eine leichtgradig obstruktive Lungenfunktion ohne Allergiehinweise fest, die medikamentös, unter Verlaufskontrolle (innert 3 - 6 Monaten), zu

behandeln sei. Der mehr als ein Jahr später erhobene Untersuchungsbefund von Dr. M._____ erwies sich sodann bezüglich der anamnestisch genannten Atembeschwerden in Bezug auf die Lunge als unauffällig. In Anbetracht der Tatsache, dass keine weiteren Berichte über die Verlaufskontrolle bei den Akten liegen, und in Hinblick auf die verschiedenen körperlichen Aktivitäten, die die Versicherte eigenen Angaben zufolge ausüben kann (etwa Velofahren und Gartenarbeit), kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Verdachtsdiagnose Asthma bronchiale einschränkend auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt. Hierzu erübrigen sich weitere Beweiserhebungen, da eine zuverlässige medizinische Entscheidungsgrundlage besteht und ein weiterer medizinischer Bericht mit der bereits seit Langem bekannten Diagnose für den massgebenden Sachverhalt keinen entscheiderelevanten neuen Aufschluss erwarten lässt (vgl. BGE 127 V 491 E. 1b; 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d mit Hinweis).

E. 8.5

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass dem Gutachten von Dr. M._____ hinsichtlich der Funktionseinschränkungen, soweit sie somatisch begründbar sind, die volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach die Versicherte - aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt - sowohl einer Erwerbstätigkeit als auch Haushaltsarbeiten in einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil nachgehen kann, ist schlüssig und nachvollziehbar begründet. Die in der Beschwerde konkret beanstandeten krankheitsfremden Faktoren nannte der Experte im Übrigen nur bei der Einschätzung der Wiedereingliederungsfähigkeit beziehungsweise in der Prognose. An dem aus somatischer Sicht schlüssig erstellten medizinischen Zumutbarkeitsprofil vermag dies nichts zu ändern.

E. 8.6

In Bezug auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten kritisierte die Beschwerdeführerin die Expertise als in sich widersprüchlich, da das «Hogrefe TestSystem» ergeben habe, dass sie unter relevanten psychischen Beeinträchtigungen leide. Es müsse daher im Gegensatz zur Schlussfolgerung des Gutachters eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegen.

E. 8.6.1

Zu diesem Einwand ist zunächst festzuhalten, dass Dr. N._____ anlässlich der Untersuchung vom 4. Mai 2017 (Vorakten 106) einen eigenständigen psychiatrischen Befund erhoben und Zusatzuntersuchungen durchgeführt hat (Symptom-Checkliste Standard, Derogatis [SCL-90], Montgomery and Asberg Depression Rating Scale [MADRS], Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI-2]). Das von der Beschwerdeführerin erwähnte «Hogrefe TestSystem» betrifft die Auswertung der SCL-90 und des MMPI-2 samt Interpretation, das teils erhöhte und sehr hohe Werte aufwies (etwa im Bereich der Basisskala zur Hypochondrie, Depression, Psychasthenie, Schizophrenie und Soziale Introversion).

E. 8.6.2

Der Gutachter stützte die von der Beschwerdeführerin kritisierten Schlussfolgerungen (keine Minderung der Arbeitsfähigkeit) aber massgeblich auf die Ergebnisse seiner eigenen psychiatrischen Befunderhebung. Zusatzuntersuchungen wie jene, die im «Hogrefe TestSystem» abgebildet wurden, dienen gemäss den Schweizerischen Qualitätsleitlinien lediglich der Ergänzung der eigentlichen Exploration, wobei klinische Untersuchung,

Konsistenz- und Validitätsbeurteilung die Grundlage für die Plausibilisierung solcher psychodiagnostisch gewonnenen Resultate bilden (vgl. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] und der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie [SGVP], 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 2016, S. 18, <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien/>, abgerufen am 29. Juli 2019). Die im Gutachten dargestellten Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen (SCL-90 und MMPI-2) stehen demnach nur vordergründig im Widerspruch zum erhobenen psychopathologischen Befund. Der Experte hat sie einer nachvollziehbaren Bewertung unterzogen und ausführlich erklärt, weshalb nicht darauf abzustellen sei. Er wies darauf hin, dass er in der Exploration eine Verdeutlichungstendenz beobachtet habe und sich eine «Alles ist schlecht»-Haltung sowie weit überwiegend undifferenzierte Angaben der Beschwerdeführerin im Test SCL-90 (6 von 9 Subskalen) ergeben hätten. Die in dieser Haltung gezeigte Undifferenziertheit stehe in deutlicher Diskrepanz zur sonst allgemein erkennbaren Fähigkeit der Versicherten, differenzierte und gut reflektierte Angaben während der Untersuchung zu machen (vgl. Anamnese, Psychostatus, weitere Tests). Die Ergebnisse des MMPI-2-Tests diskutierte der Gutachter sodann in Zusammenhang mit den übrigen Befunden (Psychostatus) und deutete die Diskrepanz als Hinweis auf eine Aggravation, nachdem in der Testung eine extreme Zustimmungstendenz erkennbar sei, wobei aber gerade kein akuter Angstzustand und auch keine akute Krise vorhanden gewesen seien.

E. 8.6.3

Vor diesem Hintergrund vermögen die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen («Hogrefe TestSystem») die Schlussfolgerungen des Gutachters, wonach keine relevanten funktionellen Leistungseinbussen bestehen, nicht in Zweifel zu ziehen. Soweit dadurch Hinweise auf Aggravation vorhanden sind, ist festzuhalten, dass im Gutachten an anderer Stelle lediglich von Verdeutlichungstendenz gesprochen wird. Während Dr. P. _____ in seiner Stellungnahme die Indikatorenprüfung nachvollzogen hat, hat Dr. Q. _____ für den medizinischen Dienst hervorgehoben, dass eine Aggravation vorliege. Die Vorinstanz hat erst in der Vernehmlassung auf Ausschlussgründe hingewiesen. Nach BGE 143 V 418 bilden Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation nicht in jedem Fall einen Ausschlussgrund, rufen aber nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrads (des ärztlich festgestellten psychischen Leidens). Im vorliegend zu beurteilenden Fall hat der Gutachter - nach festgestellter Aggravation im Rahmen der Zusatzuntersuchungen - die Prüfung der Indikatoren vorgenommen und insbesondere die Konsistenz vertieft geprüft. Dr. P. _____ hat diese Prüfung für die IVSTA nachvollzogen und ausdrücklich auf die Konsistenzbeurteilung hingewiesen. Demnach zeige sich - im Gegensatz zur Selbsteinschätzung in beruflicher Hinsicht - das private Aktivitätenniveau als kaum eingeschränkt, worauf im Folgenden näher einzugehen sein wird (vgl. E. 8.7.2 und 8.7.3 hiernach).

E. 8.7

Die Beschwerdeführerin führte in Bezug auf die Expertise von Dr. N. _____ an, das Bundesgericht habe seine Praxis zu psychischen Leiden geändert, weshalb im Sinne der Rechtsprechung und der vorgelegten Unterlagen von einer IV-relevanten Minderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

E. 8.7.1

Zur vorliegenden psychischen Problematik ist in Hinblick auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 409 und 143 V 418), welche für alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle sofort und überall anzuwenden ist (BGE 142 V 551 E. 4.1 mit Hinweisen), Folgendes festzuhalten: Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist dabei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen mit ausreichendem Schweregrad im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6). Dies gilt für sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch für die von Dr. N._____ gestellte und von Dr. P._____ übernommene Diagnose der Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD 10 F41.2) bei einer Somatisierungsstörung (F45.0) und sozialen Belastungen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.2). Demnach 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).

E. 8.7.2

Liegt ein Gutachten vor, so überprüft zunächst der medizinische Dienst, ob die Angaben und Ausführungen zu den Themen der Standardindikatoren fallbezogen ausreichend sind (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung KSVI, Stand vom 1. Januar 2018, RN 2080). Intertemporalrechtlich verlieren gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, es ist jedoch in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des BGer 9C_534/2015 E. 2.2.3). Im vorliegenden Fall hat Dr. P._____ in der Stellungnahme vom 14. Juli 2017 bestätigt, dass die Angaben zu den Standardindikatoren ausreichend vorhanden sind (Vorakten 117; vgl. E. 7.7 hiervor). Der Experte ist dem Fragenkatalog der Vorinstanz gefolgt, wobei in Bezug auf die Diagnoseableitung keine Verletzungen der Qualitätsleitlinien erkennbar sind. Aus dem psychiatrischen Gutachten gehen die Funktionseinschränkungen und Ressourcen hinreichend hervor und ermöglichten eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren, weshalb auch vor diesem Hintergrund auf das Gutachten vom 16. Mai 2017 abgestellt werden kann. Zur Konsistenz hielt Dr. P._____ fest, dass das private Aktivitätenniveau kaum eingeschränkt sei, wohingegen sich die Versicherte als vollkommen arbeitsunfähig sehe.

E. 8.7.3

Hinsichtlich der Kategorie "Funktioneller Schweregrad", Komplex "Gesundheitsschädigung" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1) wurde festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychische Erkrankung leichter Ausprägung diagnostiziert werden könne. Im Gutachten wurden denn auch die konkreten funktionellen Auswirkungen, insbesondere wie stark die Beschwerdeführerin in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist, nachvollziehbar aufgezeigt. 2012 sei es unter sozialen Belastungen (zunehmende Arbeitsbelastung, Zeitdruck am Arbeitsplatz etc.) zu einer psychischen Dekompensation gekommen. Der Experte stellte dar, dass sich die im Vordergrund stehende psychische Krankheit (Angst und depressive Störung gemischt) bei einer Somatisierungsstörung und sozialen Belastungen entwickelt habe. Das von der Beschwerdeführerin beschriebene ängstlich-niedergeschlagene Syndrom bei körperlichen Missempfindungen erfüllt laut Gutachter aber nicht ausreichend die Definition allfällig

eigenständiger Diagnosekategorien (bspw. Angststörung, depressive Episode, somatoforme Schmerzstörung). Im Rahmen der Indikatorenprüfung hob der Experte hervor, die mit der Diagnose verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien im Fall der Beschwerdeführerin aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht ausgeprägt. Der Gutachter ging insgesamt in psychiatrischer Sicht von einer Einschränkung Leistungsfähigkeit von weniger als 20% aus. Die darüber hinausreichende Limitierung des Aktivitätenniveaus sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) durch die Selbsteinschätzung der Versicherten zu begründen, wobei die Überwindung der subjektiven Defizite - aufgrund der vorhandenen Ressourcen - zumutbar und tatsächlich möglich sei (vgl. vielfältige soziale Kontakte pflegen, Aktivitäten des täglichen Lebens ausführen, Kinder betreuen).

E. 8.7.4

Hinsichtlich des Verlaufs der Störung hielt Dr. N._____ in Bezug auf verschiedene, nicht krankheitsbedingte Faktoren nachvollziehbar fest (vgl. Ausführungen zu finanziellen Sorgen/Schulden, Erkrankung des Ehemannes, usw.; Vorakten 106/27), dass es sich bei den genannten sozialen Belastungen nicht um rentenrelevante Umstände im versicherungsmedizinischen Sinn handelt. Diese Einschätzung lässt sich auch insofern mit den medizinischen Berichten der behandelnden Psychiaterin, Dr. B._____, vereinbaren, wonach im Verlauf sozial belastende Ereignisse immer wieder eine Rolle gespielt haben (Tod einer Angehörigen, Krankheit des Mannes, Belastung durch Rentenverfahren; vgl. Vorakten 113). Betreffend die anders ausgefallenen Beurteilungen der österreichischen Psychiater ist daher festzuhalten, dass Schicksalsschläge, die die Psychopathologie negativ beeinflusst haben und Anfang 2017 nachvollziehbar zu einer erhöhten Frequenz der therapeutischen Unterstützung geführt haben (vgl. Vorakten 120 und 113, Ausführungen von Dr. C._____ vom 19. Januar 2017 und Bericht von Dr. B._____ vom 13. Januar 2017), im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht in die versicherungsmedizinische Beurteilung einfließen. In der versicherungsmedizinischen Einordnung hat sich die Vorinstanz daher auf die nachvollziehbare Diskussion dieser Faktoren im Gutachten von Dr. N._____ und die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes stützen können. Demnach handelt es sich dabei - unabhängig von der im Weiteren erfolgten Beurteilung durch den österreichischen Versicherungsträger oder ein österreichisches Gericht - nicht um IV-relevante Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes.

E. 8.7.5

Hinsichtlich des Schmerzsyndroms, das im Gutachten vom 16. Mai 2017 als weitere Diagnose angeführt wurde, ist festzuhalten, dass gemäss Rechtsprechung sowohl die objektivierbaren als auch die medizinisch nicht oder nicht klar fassbaren Beschwerdebilder grundsätzlich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränken können; die subjektiv von der versicherten Person geltend gemachten Funktionseinschränkungen sind hierfür aber stets einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. In der Auseinandersetzung mit den Komplexen Persönlichkeit, sozialer Kontext und Konsistenz stützte sich der Gutachter auf die vorhandenen anamnestischen Angaben. Es sind demnach durchaus intakte soziale und familiäre Beziehungen vorhanden und im sozialen Kontext ist keine wesentliche Beeinträchtigung erkennbar. Die Versicherte besorgt den Haushalt nach wie vor selbst, wobei sie vermehrt Pausen nutzt. Daneben pflegt sie seit fünf Jahren einen Schrebergarten, zu dem sie sich regelmässig mit dem Velo oder dem Auto begibt. Sie hat vielfältige soziale

Kontakte zu Verwandten und eine gute Freundin im Schrebergarten. Sie kümmert sich um ihre Kinder, wobei eines nach wie vor mit ihr im gemeinsamen Haushalt lebt, und um eine Nichte, die ein Down-Syndrom hat, und regelmässig bei ihr übernachtet. Sie besorgt die Wäsche, umsorgt die Katze, etc. Aufgrund der vorhandenen Sozialkompetenz und der schlüssigen Konsistenzprüfung, wonach sich aufgrund der Diskrepanzen der privaten und beruflichen Aktivitäten keine Einschränkungen von ausreichendem Schweregrad plausibilisieren lassen, geht aus dem Gutachten nachvollziehbar hervor, dass Anstrengungen der Beschwerdeführerin, sich beruflich zu rehabilitieren, zumutbar sind, wobei das medizinische Zumutbarkeitsprofil in somatischer Hinsicht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten erlaube. Bezüglich der Tätigkeiten im Haushalt (Aufgabenbereich) ist im Weiteren festzuhalten, dass die Versicherte diese eigenen Angaben zufolge nach wie vor selbst ausüben kann und darüber hinaus auch für die Kinder, die den Haushalt bereits verlassen haben, die gesamte Wäsche besorgt und für sie kocht (vgl. Angaben zur Familienstruktur im Gutachten von Dr. E. _____ vom Oktober 2014).

E. 8.7.6

Die Beschwerdeführerin ist seit Jahren in psychiatrischer Behandlung, weshalb von einem gewissen Leidensdruck auszugehen ist. Dr. N. _____ hielt fest, dass sie fachärztliche Unterstützung benötige, welche als nicht sehr ausgebaut erscheine. Dr. C. _____ hat sodann in der Verhandlung vom 19. Januar 2017 im Gegensatz zu seinem Gutachten vom 1. April 2013 die Therapieoptionen als ausgeschöpft bezeichnet. Wie bereits erläutert, spielten im Verlauf sozial belastende Ereignisse eine Rolle. Dr. B. _____ erwähnte im Bericht vom 13. Januar 2017 den Tod einer Angehörigen der Versicherten, die aktuelle Erkrankung ihres Ehemannes und die Belastung durch das Rentenverfahren und empfahl, die Frequenz von vierzehntägigen psychotherapeutischen Gesprächen auf wöchentliche Gespräche zu erhöhen (Vorakten 113). Wie Dr. N. _____ aber im Gutachten vom 16. Mai 2017 hinsichtlich des Verlaufs der Störung in Bezug auf die nicht krankheitsbedingten Faktoren festgehalten hat (vgl. Ausführungen zu finanziellen Sorgen/Schulden, Erkrankung des Ehemannes, usw.; Vorakten 106/27), handelt es sich bei den genannten sozialen Belastungen nicht um rentenrelevante Umstände im versicherungsmedizinischen Sinn.

E. 8.8

Nach dem durchgeführten Beweisverfahren ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Schlussfolgerungen der Gutachter Dr. M. _____ und Dr. N. _____ zum medizinischen Zumutbarkeitsprofil nachvollziehbar und überzeugend sind. Gestützt auf die vorgenommenen Untersuchungen, Erhebungen und unter Berücksichtigung der Vorakten wurden begründete Einschätzungen der Funktionseinbussen vorgenommen. Die Vorinstanz ist nach dem Gesagten gestützt auf die bidisziplinären Gutachten vom 16. Mai 2017 insgesamt zu Recht davon ausgegangen, dass sich anhand der im strukturierten Beweisverfahren zu beurteilenden Standardindikatoren keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit feststellen liess. Damit erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs.

E. 9

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2017 zu bestätigen.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden.

E. 10.2

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 10.3

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Dispositiv nächste Seite)

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