

BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-920_2019

FR: TAF C-920/2019 du 25 juin 2020

IT: TAF C-920/2019 del 25 giugno 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 4), ist auf die innert Frist (Zustellung der Verfügung am 24. Januar 2019, vgl. Zustellumschlag, Beilage zu BVGer-act. 1) und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die leistungsabweisende Verfügung vom 17. Januar 2019. Nachdem bereits das zuletzt gestellte Leistungsgesuch mit Verfügung vom 13. März 2013 rechtskräftig abgewiesen worden war, ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. Januar 2019) 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. 3.2

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 17. Januar 2019 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. 3.3

Die Beschwerdeführerin besitzt die spanische Staatsangehörigkeit (vgl. act. 56, S. 1) und wohnt in Österreich (gemäss eigenen Angaben seit 2005, vgl. act. 24, S. 1). 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 (BGE 138 V 533 E. 2.1). 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

E. 4.1

Um das Ausmass der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen und damit 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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.2

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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben sodann nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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. 4.4

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 4.5

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

E. 5

Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung vom 28. Februar 2014 eingetreten und hat nach einer materiellen Prüfung den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2019 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 13. März 2013 (act. 31; vgl. Urteil C-3961/2014 E. 4.5.3) und der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2019 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.1

Die Vorinstanz begründete die letzte rechtskräftige rentenabweisende Verfügung vom 13. März 2013 damit, dass bei der Beschwerdeführerin keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich sowie eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Teilzeittätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar (act. 31). Im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. März 2013 stellte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss den vorliegenden Akten im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 5.1.1

Im Gutachten vom 31. März 2009 zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle C._____/AT (nachfolgend: PVA) gab Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Migräne mit Aura, Angststörung und Cervikalsyndrom, bei Bandscheibenvorfall C5/6 und C6/7, mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Arm an. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine "vollschichtige" Arbeitsfähigkeit (act. 7).

E. 5.1.2

Im Gutachten vom 2. Mai 2012 (Untersuchungszeitpunkt) zuhanden der PVA gab der Gutachter Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen einen phobischen Schwankschwindel und eine Stenose HWK 5-7 an. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei "vollschichtig" zumutbar (act. 16).

E. 5.1.3

Im Gutachten vom 3. Mai 2012 (Untersuchungszeitpunkt) zuhanden der PVA hielt der Gutachter Dr. med. F._____, Facharzt für physikalische Medizin, fest, es bestünden als Diagnosen (1) ein Zustand nach Fusionsoperation in den Halswirbelsäulensegmenten C5 - C7 mit radiologisch gutem Sitz der anderen? Implantate, (2) ein Cervikalsyndrom ohne eindeutige sensible Defizite an der oberen Extremität, (3) die Schmerzausstrahlung sei nicht eindeutig einem Dermatome zuordenbar und es zeigten sich keine eindeutigen Defizite sowie (4) eine Knorpelgelenksabnutzung im linken Kniegelenk bei endgradiger Beugehemmung. Unter Berücksichtigung gewisser qualitativer Einschränkungen erachtete er die Beschwerdeführerin für "vollschichtig" arbeitsfähig (act. 17).

E. 5.1.4

Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, welcher die Beschwerdeführerin am 29. Oktober 2012 untersucht hatte, gab in seinem gleichentags erstellten fachärztlichen orthopädischen Gutachten zuhanden des Landesgerichts H._____/AT (act. 42) folgende Diagnosen an: (1) Zustand nach Versteifung der HWS-Segmente C5 - C7, Entfernung des Wirbelkörpers C6, reguläre Implantatlage, (2) berichtete Ausstrahlungsbeschwerden in beide obere Extremitäten mit verminderter Kraftentwicklung, Taubheitsgefühl-Missempfindungen, (3) endgradige Bewegungseinschränkungen des linken Kniegelenks bei Zustand nach Meniskusoperation Juni 2012, derzeit mit MRT verifizierte Hinweise für rezidivierende einklemmende Schleimhautfalte in medialem Gelenksanteil, Knorpelschaden-Verbraucherscheinungen im linken Kniegelenk (act. 42, S. 9). Betreffend das linke Knie sei durch eine neuerliche Gelenksspiegelung und Entfernung der Schleimhautfalte nach einem Behandlungszeitraum von 14 Tagen bis drei Wochen eine Funktionsverbesserung zu erwarten (act. 42, S. 10).

E. 5.1.5

Unter Berücksichtigung insbesondere der Gutachten vom 2. und 3. Mai 2012 gab Dr. med. I. _____, Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA und Facharzt für Innere Medizin (vgl. www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 14. April 2020), in seinem Schlussbericht vom 20. Dezember 2012 als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zervikalsyndrom bei Zustand nach Fusionsoperation C5 -7 bei Bandscheibenvorfall und eine beginnende Gonarthrose links an. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen phobischen Schwankschwindel. Er führte zusammengefasst aus, die Beschwerdeführerin leide unter rezidivierenden Schmerzen von Seiten der Halswirbelsäule, wo sie wegen Bandscheibenvorfällen an sich erfolgreich operiert worden sei. Die beginnende linksseitige Gonarthrose werde mit klinisch noch wenig fassbaren Befunden angegeben. Für Arbeiten (ausser) über Kopfhöhe sowie grössere körperliche Anstrengungen mit langem Gehen speziell auf Treppen oder unebenem Gelände bestehe keine Einschränkung. Weiter bestehe ein wiederholter Schwindel, der als gutartig klassifiziert werde und insofern - ausser bei akuten Krisen - keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Dr. I. _____ befand die Beschwerdeführerin seit dem 2. Mai 2010 in ihrer angestammten Tätigkeit zu 30 %, im Haushalt zu 19 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu 0 % für arbeitsunfähig (act. 28).

E. 5.1.6

Im neuropsychiatrisches Sachverständigengutachten vom 13. März 2013 zuhanden des Landesgerichts H. _____ betreffend die Untersuchung vom gleichen Tag (act. 45) - welches der Vorinstanz bei Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 13. März 2013 noch nicht bekannt war (vgl. unten E. 5.3) -, stellte Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Diagnosen: Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit radikulären Anteilen, depressive Störung mit Angst und Somatisierung, Vertigo und Migräne. Zur Untersuchung vom gleichen Tag hielt er fest, es fänden sich "Hinweise auf Wirbelsäulenschmerzen und z.T. aus der Anamnese heraus auch Hinweise auf radikuläre Irritationen ohne Zeichen einer manifesten peripheren Parese". Hinweise auf umschriebene Atrophien fänden sich nicht. Berichtet wird weiter über unklare Schwindelzustände, die in der Untersuchung beobachtet werden könnten (Falltendenz nach hinten) sowie unklare Anfälle (am ehesten kreislaufbedingt), welche Verunsicherung und Angst auslösten. Aus psychiatrischer Sicht liege eine Rückzugstendenz mit Angstentwicklung vor, welche intensiver behandelt werden sollte, ebenso eine depressive Stimmungslage, die über Angst und körperliche Symptome zum Ausdruck gebracht werde. In der Vorgeschichte sei das Auftreten einer typischen depressiven Phase bekannt. Leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen, Gehen und Stehen, im Raum und im Freien seien zumutbar (act. 45).

E. 5.2

Zusammengefasst ergibt sich aus den erwähnten Berichten/Gutachten, dass bei der Beschwerdeführerin im März 2013, neben phobischem Schwankschwindel, hauptsächlich Diagnosen und Befunde aus dem orthopädischen Bereich vorlagen, mit welchen die Fachärzte zwar gewisse qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründeten, die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit jedoch übereinstimmend für vollumfänglich arbeitsfähig erachteten. Nichts anderes ergibt sich im Wesentlichen auch aus dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. J. _____ vom 13. März 2013, welcher den Schwerpunkt der Störung - mit zusätzlichen Einschränkungen aus

psychiatrischer Sicht insbesondere i.S. einer Rückzugstendenz mit Angstentwicklung sowie einer depressiven Stimmungslage, die über Angst und körperliche Symptome zum Ausdruck gebracht werde - im orthopädischen Fachbereich sah und leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen, Gehen und Stehen für zumutbar erachtete (act. 45, S. 10 f.).

E. 5.3

Im Rahmen der Neuanschuldung vom 28. Februar 2014 einschliesslich des Beschwerdeverfahrens betreffend die leistungsabweisende Verfügung vom 19. Juni 2014 reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein. Die in diesem Zusammenhang bei den Akten liegenden Berichte wurden im Urteil C-3961/2014 bereits ausführlich dargestellt, worauf verwiesen werden kann (E. 5.4.1 und 5.4.2). Es handelt sich namentlich um folgende Berichte: - Neuropsychiatrisches Sachverständigengutachten von Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, vom 13. März 2013 (act. 45). - Radiologischer Befund und Röntgenbefunde vom 14. Oktober 2013 (act. 46). - Elektroneurographischer Befund vom 15. Oktober 2013, wobei ein unauffälliger NLG-Befund des Nervus medianus rechts im Handgelenksbereich festgestellt wurde (act. 47). - Bericht von Dr. med. K._____, Facharzt für Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie, vom 29. Oktober 2013 (act. 48). - Ambulanter Arztbrief des Landeskrankenhauses L._____, Abteilung Neurologie und Psychosomatik, vom 4. November 2013 (act. 49). - Bericht von Dr. med. M._____, Lungenfacharzt, vom 18. März 2014 (act. 51). - Ärztlicher Befundbericht von Dr. med. N._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 19. März 2014 (act. 52). - Ärztliches Gutachten von Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 19. April 2014 zuhanden der PVA betreffend den Antrag auf Gewährung einer Invaliditätspension (act. 86). - Ärztliches Gesamtgutachten von Dr. med. P._____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 22. April 2014 zuhanden der PVA (act. 55). - Kurzarztbericht des Landeskrankenhauses L._____, Abteilung für Neurologie und Psychosomatik, vom 25. April 2014 (act. 73). - Ärztlicher Befundbericht von Dr. N._____ vom 4. Juni 2014 (act. 72). - Ärztliches Gutachten von Dr. med. Q._____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 5. Juni 2014 zuhanden der PVA betreffend den Antrag auf Zuerkennung des Pflegegeldes (act. 84). - Stellungnahmen der Ärztin des medizinischen Dienstes der IVSTA, Dr. med. R._____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, vom 18. Mai 2014 (act. 59), vom 8. Juni 2014 (act. 66), vom 9. November 2014 (act. 77) und 28. Dezember 2014 (act. 93), wonach sich aus den ihr unterbreiteten Unterlagen keine gesundheitlichen Veränderungen ergäben, die den Grad der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinflussen könnten. - Ärztliches Gutachten von Dr. O._____ vom 16. Dezember 2014 (Untersuchungszeitpunkt) zuhanden der PVA betreffend den Antrag auf Weitergewährung einer bis 31. Januar 2015 befristeten Invaliditätspension wegen Invalidität (act. 95). - Ärztliches Gutachten von Dr. med. S._____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 21. April 2015 zuhanden der PVA betreffend den Antrag auf Weitergewährung des befristet zuerkannten Pflegegeldes (derzeitige Pflegestufe:1; act. 105).

E. 5.4

Für den Zeitraum nach dem am 13. Juli 2016 ergangenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, womit die leistungsabweisende Verfügung vom 19. Juni 2014 aufgehoben wurde, liegen im Wesentlichen folgende ärztliche Unterlagen in den Akten:

E. 5.4.1

Im ärztlichen Gutachten vom 28. Juni 2016 nannte Dr. med. T._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose eine Anpassungsstörung. Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hielt er fest, dass ein geregeltes Arbeiten nicht durchführbar sei (act. 121).

E. 5.4.2

Im polydisziplinären Gutachten der B.____ AG vom 17. August 2017 wurden folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angegeben: - Chronisches Cervikalsyndrom (ICD-10 M54.2) bei - Zustandsbild nach Spondylodese von C5 bis C7 (November 2011) (ICD-10 Z09.9) - Intermittierendes Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M54.5) - Beginnende Gonarthrose links (ICD-10 M17.1) bei - Zustandsbild nach Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial (20.06.2012) und persistierender Meniskopathie medial (ICD 10 M23.32) - Chronischer Spannungskopfschmerz - Hochgradiger Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz - Unsystematischer chronifizierter Schwindel - BPLS-Komponente - Orthostatische Komponente - Phobische Komponente Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin "in der angestammten Tätigkeit als Dekorateurin" aufgrund des chronifizierten unsystematischen Schwindels aus neurologischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig sei. "In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büromitarbeiterin" sei die Versicherte aus rein neurologischer Sicht vollumfänglich weiterhin arbeitsfähig. Aus orthopädischer Sicht bestehe "in der Tätigkeit als Dekorateurin und Arbeiterin in einer Kantine/Büro" eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus allgemein-internistischer und psychiatrischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Aufgrund der vorliegenden Akten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit spätestens seit der Fusionsoperation im November 2011 vorgelegen habe. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestünden aus neurologischer Sicht seit 2009 (Beginn der Schwindelbeschwerden) qualitative Einschränkungen. Aus orthopädischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen (verlangsamtes Arbeitstempo, vermehrter Pausenbedarf). Der Beginn dieser Arbeitsfähigkeit sei auf Mitte 2012 (d.h. nach erfolgter Rehabilitation nach der HWS-Spondylodese) festzulegen (act. 161, S. 58 f.).

E. 5.4.3

Mit Schreiben vom 15. Januar 2018 reichte die Beschwerdeführerin insbesondere folgende medizinische Unterlagen ein: - Röntgenbefund der Praxis von Dr. med. U._____, Facharzt für Radiologie, vom 1. Juni 2017 betreffend das linke Knie. Darin wurden folgende Befunde genannt: Verschmälerung des medialen Gelenkspalts, zackenförmige Anbauten medialseitig. Die Kortikalis intakt, keine Fraktur oder Osteodestruktion. Diskrete Anbauten an der Patella medial und lateral. In der Beurteilung wurden eine gering bis mässiggradige mediale Gonarthrose sowie eine inzipiente Femoropatellararthrose angegeben (act. 175). - Bericht des Krankenhauses V._____ vom 20. Juni 2017 zum MR-Befund des linken Knies vom 3. Juni 2017. Es wurde folgender Befund erhoben: "Zentral und aussenseitig zeigt sich eine dritt- bis viertgradige Chondropathie an der medialen Femurrolle und am medialen Tibialplateau mit subchondralem Knochenmarködem. Partielle Knorpelglattenbildung. Schwere degenerative Veränderungen an der Pars intermedia, die etwas ins Hinterhorn des medialen Meniskus einstrahlen. Diskrete Chondropathia patellae. Diskreter Reizerguss im femoropatellaren Gelenkspalt. Die Seiten- und Kreuzbänder sind intakt. Beginnende Gonarthrose mit zarten

osteophytären Randkantenanbauten medial und lateralseitig, an den Gelenksanten medial überwiegend. Diskret flüssigkeitsgefüllte Baker-Zyste an typischer Stelle" (act. 177). - Ambulanzbefund des Landeskrankenhauses L._____, Abteilung für Neurologie und Psychosomatik, vom 20. Dezember 2017. Als Diagnose wurde eine Halbseitensymptomatik links in Abklärung (G45.8) angegeben (act. 179). Zudem erfolgte ein Verweis auf einen CCT-Befund vom 19. Dezember 2017, in dem sich kein Hinweis auf ein rezidivierendes Insultgeschehen oder auf eine Blutung gezeigt habe (act. 178). Empfehlungsgemäss wurde in der Folge am 11. Januar 2018 im Krankenhaus V._____ eine MRT-Untersuchung durchgeführt. Es ergab sich eine altersentsprechend unauffällige Darstellung des Neurokraniums im Nativscan mit lediglich einer solitären winzigen unspezifischen Marklagerläsion rechts frontoparietal (act. 180; S. 5 f.). - Bericht des Krankenhauses V._____ betreffend die MRT-Untersuchung der HWS vom 11. Januar 2018. Zusammengefasst lagen folgende Befunde vor: Zustand nach ventraler Spondylodese von C5 bis C7 mit konsekutiv ausgeprägten Suszeptibilitätsartefakten lokoregionär. Multisegmentale, zum Teil höchstgradige Foramenstenosen mit Punctum maximum im Segment C5/C6 links und im Segment C6/C7 beidseits mit jeweils Bedrängung von C6 links bzw. C7 beidseits intraforaminär. Im Segment Th1/Th2 kleinster, 3 - 4 mm nach dorsal/intraspinal hernierender Prolaps mit Minimalkontakt zum Myelon (act. 180, S. 3 f.). - Bericht des Krankenhauses V._____ betreffend die MRT-Untersuchung der LWS vom 11. Januar 2018. Zusammengefasst lagen folgende Befunde vor: Im Segment L4/L5 breitbasige Diskusprotrusion und höhergradige und auch hypertrophe Intervertebralarthrosen mit konsekutiv relativer Spinalkanalstenose und vor allem linksseitiger Rezessusstenose mit Bedrängung von L5 links im lateralen Recessus, mässige Foramenstenosen beidseits. Im Segment L5/S1 hochgradige Intervertebralarthrosen, beginnende Einengung des Spinalkanals und mässige Foramenstenosen beidseits (act. 180, S. 1 f.).

E. 5.5

In der auf Nachfrage der Vorinstanz erfolgten Ergänzung des Gutachtens vom 18. Juni 2018 hielt der orthopädische Gutachter der B._____ AG fest, dass ein Vergleich der subjektiven Angaben und vor allem der klinischen Befunde zeige, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten zwischen Oktober 2012 und Juni 2017 verschlechtert habe. Es sei davon auszugehen, dass die Verschlechterung schrittweise eingetreten sei. Für die Tätigkeit als "Pflegerin für Senioren" sei aus orthopädischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Betreffend die Aufgaben im Haushalt seien die Einschränkungen mit etwa 30 % zu bemessen. Die Gutachter der anderen Fachdisziplinen verneinten einen veränderten Gesundheitszustand im Vergleich zu März 2013 (act. 191).

E. 5.5.1

Gemäss internem Protokoll vom 28. August 2018 wurde seitens des internen medizinischen Dienstes der Vorinstanz festgehalten, dass nach der im Jahr 2011 durchgeführten Spondylodese eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit Cervikobrachialgien- und Lumboischialgien eingetreten sei. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin könne auf den Zeitpunkt des neurochirurgischen Berichts vom 29. Oktober 2013 (gemeint: Bericht von Dr. K._____) festgelegt werden, da in diesem Bericht erhebliche arbeitsfähigkeitsrelevante Gesundheitsschäden beschrieben würden. Im Ergebnis sei den Einschätzungen der Gutachter (in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, in einer

leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % und im Haushalt eine Einschränkung von 30 %) zu folgen, wobei der Beginn der Arbeitsunfähigkeiten auf den 29. Oktober 2013 festzulegen sei (act. 195).

E. 5.5.2

Im Vorbescheidverfahren reichte die Beschwerdeführerin Berichte des Landkrankenhauses L. _____ vom 4. Oktober 2018 (tagesklinischer Arztbrief und OP-Bericht) ein, aus denen hervorgeht, dass sie aufgrund der Diagnosen Gonarthrose sin activata (M17.1), Chondromalacia condyl. med. fem. et tib. sin (M94.20) und Corpus liberum gen. sin. (M34.4.0) am 4. Oktober 2018 operiert wurde. Dabei wurde eine Kniearthroskopie links mit medialer Meniskusteilresektion, Knorpelglättung, Chondropicking und Entfernung eines semilibralen Gelenkskörpers vorgenommen. Betreffend das weitere Prozedere wurde empfohlen, dass sich die Beschwerdeführerin bei anhaltenden Beschwerden orthopädisch vorstelle zur Planung einer Knie-TEP (act. 202).

E. 5.5.3

Im internen Protokoll der IVSTA vom 20. Dezember 2018 wurde festgehalten, dass aus rheumatologischer Sicht bei der Beschwerdeführerin noch eine gute Bewegungsamplitude des Kniegelenks vorliege, so dass es sich nicht rechtfertige, eine langfristige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit anzunehmen. Betreffend das chronische Lumbovertebralsyndrom korreliere das MRT nicht unbedingt mit der klinischen Untersuchung und für die Schwere eines Gesundheitsschadens sei die bildgebende Untersuchung auch nicht entscheidend. Aus dem Bericht vom 4. Oktober 2018 des Landkrankenhauses L. _____ ergebe sich kein andauernder Gesundheitsschaden (act. 204).

E. 5.6

Bei der vorliegend angefochtenen leistungsabweisenden Verfügung vom 17. Januar 2019 hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B. _____ AG vom 17. August 2017, dessen Ergänzung vom 18. Juni 2018 sowie die Stellungnahmen des internen medizinischen Dienstes gemäss den Protokollen vom 28. August und 20. Dezember 2018 gestützt. Dabei hat sie betreffend den Umfang der Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung der Gutachter der B. _____ AG abgestellt, wonach die Beschwerdeführerin in der angestammten bzw. zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig sei. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeiten hat die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilung des internen medizinischen Dienstes vom 28. August 2018 und abweichend vom Gutachten der B. _____ AG auf den 29. Oktober 2013 festgelegt. Im Vergleich zur Verfügung vom 13. März 2013, bei welcher die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzung von Dr. I. _____ (vgl. act. 27) von einer nur 30%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen war, hat die Vorinstanz somit zwar eine seit diesem Zeitpunkt eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bejaht, hat jedoch mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2019 festgestellt, dass diese Verschlechterung sich bei einem Invaliditätsgrad von 39 % nicht anspruchrelevant bzw. nicht rentenbegründend auswirke. Zu prüfen ist im Folgenden, ob die medizinische Aktenlage es der Vorinstanz erlaubte, eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit März 2013 zu verneinen. Insbesondere ist zu prüfen, ob mit dem polydisziplinären

Gutachten der B. _____ AG vom 17. August 2017 und dessen Ergänzung vom 18. Juni 2018 eine den rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen genügende medizinische Grundlage für die Beurteilung einer allfällig relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit März 2013 gegeben ist.

E. 5.7

Zunächst muss das Gutachten die allgemeinen Beweisanforderungen an ärztliche Berichte bzw. Gutachten erfüllen (vgl. E. 4.2 hiervor). Darüber hinaus hängt der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanmeldung erstellten Gutachtens - analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen - wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Die Feststellung einer neu anmelde- bzw. revisionsrechtlich relevanten Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1; 9C_418/2010 vom 29. August 2011).

E. 5.7.1

Aus dem Gutachten der B. _____ AG vom 17. August 2017 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung im Juni 2017 im Vergleich zur Situation im März 2013 im Wesentlichen noch immer über die gleichen Hauptbeschwerden geklagt hat, namentlich Schwindel mit Sturzneigung, Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme, Kopfschmerzen, Missempfindungen im Bereich der Hände mit teilweise krampfartigen Zuständen sowie Beschwerden im linken Kniegelenk. Allein gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin sowie ihr demonstriertes Verhalten in der klinischen Untersuchung scheinen sich gewisse Beschwerden, insbesondere jene aus dem orthopädischen Bereich, seit März 2013 verschlechtert bzw. ausgeweitet zu haben. Wie der orthopädische Gutachter in der Ergänzung vom 18. Juni 2018 festgehalten aber nicht weiter ausgeführt hat, kann aus orthopädischer Sicht als Referenzsituation für März 2013 (insbesondere) der Bericht von Dr. G. _____ vom 29. Oktober 2012 herangezogen werden (vgl. act. 191, S. 2).

E. 5.7.1.1

Betreffend die Beweglichkeit der oberen Extremitäten hielt Dr. G. _____ im Oktober 2012 befundmässig fest, dass Nacken-, Schürzen- und gekreuzter Oberarmgriff möglich seien. Weiter sei die aktive Schultergelenksbeweglichkeit in allen drei Ebenen zeitverzögert

möglich (act. 42, S. 7). Anlässlich der Begutachtung durch die B. _____ AG zeigte die Beschwerdeführerin demgegenüber vor allem rechtsseitig eine deutliche Einschränkung in der Schultergelenksbeweglichkeit. So erreichte sie gemäss Angaben des orthopädischen Gutachters beim Nackengriff rechts knapp die Wange, links C7. Beim Schürzengriff erreichte sie rechts knapp den Trochanter major, links L2. Sodann zeigten sich folgende Werte: Ab-/Adduktion im Schultergelenk rechts: 30-0-30° gegenüber links: 170-0-30°; Ante-/Retroflexion rechts: 40-0-30° gegenüber links: 160-0-40° (vgl. act. 161, S. 39). Zudem hielt die Beschwerdeführerin den rechten Arm während der ganzen orthopädischen Begutachtung in einer Schonhaltung am Körper angelehnt mit dem Ellbogen in einer Flexionsstellung von ca. 90° (act. 161, S. 36, Ziff. 6.1, vgl. auch act. 161, S. 47).

E. 5.7.1.2

Hinsichtlich der Kraft in den oberen Extremitäten stellte Dr. G. _____ im Oktober 2012 bei Austestung gegen Widerstand beidseits eine reduzierte Kraftentwicklung fest, wobei der Handgriff beidseits mässig kräftig möglich war (act. 42, S. 7, 8). Im Rahmen der Begutachtung durch die B. _____ AG im Juni 2017 klagte die Beschwerdeführerin vor allem über eine Kraftminderung im rechten Arm. Während sie bei der orthopädischen und neurologischen klinischen Untersuchung mit dem linken Arm normale Werte betreffend Kraft zeigte, konnten bei Schmerzangaben in allen Muskeln und Gelenken beim rechten Arm eine sakkardierte Minderinnervation mit initial guter Kraftentfaltung und sofortigem Nachlassen auf Gegendruck des Untersuchers sowie eine deutlich verminderte bzw. nicht messbare Faustschlusskraft beobachtet werden (act. 161, S. 40 Ziff. 6.4.1). So konnten mit dem Jamar-Vigorimeter rechts nur leichte Wackelbewegungen registriert werden, links 22/20/22 kg (altersentsprechende Normwerte um 23 kg, vgl. act. 161, S. 39).

E. 5.7.1.3

Betreffend das Gangbild zeigte die Beschwerdeführerin sowohl im Oktober 2012 als auch im Juni 2017 ein Schonhinken links, wobei der Untersuchung am 29. Oktober 2012 ein Sturzereignis vorausgegangen war, was zu verstärkten Beschwerden im linken Kniegelenk und damit zu einer eingeschränkten Gehfähigkeit geführt hatte (act. 42, S. 3, 9). Dr. G. _____ hatte diesbezüglich festgehalten, dass nach einem Behandlungszeitraum von bis zu drei Wochen das Gehen und Stehen ohne Stützkrücken wieder möglich sein sollte (act. 42, S. 10). Zu der prognostizierten Funktionsverbesserung ist es gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin jedoch nicht gekommen. So gab sie anlässlich der Begutachtung durch die B. _____ AG an, sie könne nur während weniger Minuten gehen und stehen, da es anschliessend zu Stürzen komme (act. 161, S. 37). Eine erheblich eingeschränkte Gehfähigkeit hatte sie insbesondere auch anlässlich des Hausbesuchs von Dr. S. _____ gezeigt. Dieser hatte in seinem Gutachten vom 21. April 2015 festgehalten, dass beim Gehen nur zwei Schritte unter maximaler Hilfestellung möglich gewesen seien, dann hätten die Kräfte in den Beinen versagt (act. 105, S. 2).

E. 5.7.2

Im Rahmen des Beweisthemas, ob eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands objektiviert werden kann, stellt sich vorliegend - wie nachfolgend näher ausgeführt wird - die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die von der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Situation im März 2013 (vgl. die entsprechenden somatischen Untersuchungsberichte von Mai 2012 und Oktober 2012) zusätzlich angegebenen und im Rahmen der klinischen Untersuchungen demonstrierten Beschwerden

und Leistungseinschränkungen, namentlich die eingeschränkte Beweglichkeit und reduzierte Kraft des rechten Armes bzw. der rechten Hand sowie die eingeschränkte Gehfähigkeit, ein medizinisches Korrelat haben bzw. ob diese Beschwerden objektivierbar sind, denn im Rahmen der Invalidenversicherung ist ein arbeitsfähigkeitseinschränkender Gesundheitsschaden nur zu berücksichtigen, wenn er aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt demgegenüber regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2) oder direkte Folge psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren ist (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; Urteil des BGer 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3). Nach der Rechtsprechung stellt auch eine stark ausgeprägte und verfestigte subjektive Krankheitsüberzeugung mit entsprechendem dysfunktionalem Verhalten, Selbstlimitierung, sekundärem Krankheitsgewinn (vgl. BGE 141 V 215 E. 2.2.1 und E. 3.7.1; 140 V 193 E. 3.3; Urteile des BGer 8C_114/2019 vom 5. Juli 2019 E. 3.3; 8C_74/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.1 und 5.3) und Dekonditionierung (vgl. Urteil des BGer 8C_385/2017 vom 19. September 2017 E. 4.2) keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 7 Abs. 2 ATSG dar (Urteil des BGer 9C_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2). Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f. mit Hinweisen; zur Grenzziehung zwischen Aggravation und Verdeutlichungstendenz vgl. Urteil des BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2). Grundsätzlich liegt Aggravation umso eher vor, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinn "bewusste" Symptomerzeugung hindeuten (Urteil 9C_899/2014 E. 4.2.2 mit Hinweis). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2). Die Feststellung von bewusstseinsnaher Aggravation, Simulation und Somatisierung ist grundsätzlich Sache des psychiatrischen Facharztes (Urteil des BGer 9C_737/2018 vom 15. Februar 2019 E. 5.2 und E. 4.2).

E. 5.7.2.1

Bei der Beschwerdeführerin wurden sowohl im Rahmen der Begutachtung durch die B._____ AG als auch gemäss den medizinischen Vorberichten Inkonsistenzen sowie vielfach mangelnde Mitwirkung festgestellt. So wiesen sowohl der orthopädische als auch der neurologische Gutachter darauf hin, dass sich die anamnestische Beschwerdeerhebung bei der Beschwerdeführerin sehr schwierig gestaltet habe. Auch auf mehrmaliges Nachfragen hin seien von ihr kaum präzise Antworten zu erhalten gewesen (vgl. act. 161, S. 36 Ziff. 6.2.1; S. 44 Ziff. 7.1). Bei den klinischen Untersuchungen zeigten sich teilweise deutliche Hinweise auf eine mangelnde Kooperation bzw. mangelnde Intention seitens der Beschwerdeführerin. Gemäss neurologischem Teilgutachten war die Kraft im rechten Arm nicht abschliessend beurteilbar, da die Beschwerdeführerin auf Gegendruck des Gutachters

mit der Kraftanstrengung sofort nachliess (act. 161, S. 47 f. Ziff. 7.3.1 "Obere Extremität"). Auch bei den unteren Extremitäten war keine abschliessende Beurteilung möglich. Die Beschwerdeführerin übte in der Untersuchung der Beine bei jeglicher Muskelgruppe zunächst praktisch keine Kraftanstrengung aus. Erst auf mehrmalige Aufforderung hin zeigte sie eine kurze Kraftentfaltung, liess aber sofort wieder nach mit sakkadierter Minderinnervation unter Angabe von Schmerzen (act. 161, S. 48 Ziff. 7.3.1 "Untere Extremitäten"). Ein weiterer Hinweis für mangelnde Kooperation zeigte sich bei der Untersuchung der Faustschlusskraft rechts. Die aufgewendete Kraft war derart gering, dass sie mit dem Jamar-Vigorimeter nicht gemessen werden konnte. Der orthopädische Gutachter wies diesbezüglich in der Beurteilung auf medizinische Literatur hin, wonach eine Handkraft, die unter 10 kg liegt, bei fehlenden Atrophien der Hand- und Vorderarmmuskulatur den Verdacht auf Aggravation weckt (act. 161, S. 41 Ziff. 6.4.3). Eine mangelnde Kooperation der Beschwerdeführerin wurde zudem bereits in medizinischen Vorberichten dokumentiert. So gab Dr. O. _____ in seinen Berichten vom 19. April und 16. Dezember 2014 an, dass die Beschwerdeführerin bei äusserst schonendem, schwächlichen und phobisch unsicherem Stand und Gang den Blind- und Liniengang nicht und den Armvorhalteversuch sowie den Beinhalteversuch nur oberflächlich geleistet habe (mangelhafte Streckung). Es hätten sich erheblich schmerzreaktive Kraftentfaltungshemmungen gezeigt. Insgesamt bestehe Irritation durch sehr reaktive, unbewusst aggravierende Haltungen (act. 86, S. 3; act. 95, S. 3). Ferner stellte auch Dr. T. _____ in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 eine mangelnde Intention bei der Kraftprüfung fest (act. 121, S. 2). Nebst den Hinweisen auf mangelnde Kooperation deuten zudem diverse, zum Teil krasse Diskrepanzen zwischen dem von der Beschwerdeführerin im Rahmen von Untersuchungssituationen gezeigten Verhalten und dem Verhalten in (vermeintlich) unbeobachteten Momenten auf Aggravation hin. So stellte der neurologische Gutachter der B. _____ AG fest, dass die Beschwerdeführerin einerseits den rechten Arm in Schonhaltung mit 90° flektiertem Ellenbogen vor dem Abdomen halte, sie andererseits jedoch während des Gesprächs lebhaft mit der Hand gestikuliere und flüssige, heftige Pro- und Supinationsbewegungen mit der rechten Hand ausführe. Zudem würden der Ellenbogen und das Handgelenk problemlos ohne Schmerzzeichen schnell gebeugt und gestreckt. Die beobachtete Gestik während der Anamnese stehe in Diskrepanz dazu, dass die Beschwerdeführerin die Diadochokinese links flüssig, rechts nicht ausgeführt habe (act. 161, S. 47 f. Ziff. 7.3.1 "Obere Extremität"). Betreffend das Gangbild hielt er fest, dass der Gang vom Warteraum in das Untersuchungszimmer flüssig und hinkfrei erfolgt sei, sich dann aber plötzlich ein kleinschrittiges unsicheres Gangbild mit am Boden klebenden, schlürfenden Bewegungen gezeigt habe. Nachdem er die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen habe, habe sich das Gangbild leicht gebessert (act. 161, S. 48 "Stand- und Gangprüfung"). Inkonsistent erscheinen schliesslich auch die Angaben der Beschwerdeführerin in der von den Gutachtern der B. _____ AG erhobenen Anamnese. Einerseits gab sie an, die Intensität der Schmerzen im Bereich des Nackens und des rechten Arms liege in der Regel bei 11 bis 12 der Schmerzskala von 0 bis 10 (10 entspricht dem grössten vorstellbaren Schmerz, der mit Aggressionen, Depressionen oder Suizidgedanken verbunden sein kann, vgl. Urteil des BGer 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.1 m.H.). Weiter seien Gehen und Stehen nur während wenigen Minuten möglich, anschliessend komme es zu Stürzen. Auch könne sie nicht einmal mehr ein Glas halten (vgl. act. 161, S. 37). Andererseits gab sie an, sie würde mit ihrem Mann zusammen auch mal Ausflüge machen und auswärts essen gehen (act. 161, S. 30 "Tagesablauf") sowie in Begleitung der

Hauskrankenpflegerin manchmal in den Garten gehen und einen Spaziergang um den Häuserblock machen (act. 161, S. 46 "Tagesablauf"), was sich mit den geschilderten erheblichen Schmerzen und Einschränkungen nicht plausibel vereinbaren lässt.

E. 5.7.3

Trotz der von den Gutachtern der B. _____ AG festgestellten Inkonsistenzen und den entsprechenden Hinweisen in den Vorberichten erfolgte im Gutachten vom 17. August 2017 bei der medizinischen Würdigung keine substantiierte Diskussion und nachvollziehbare Beurteilung darüber, ob und in welchem Ausmass bei der Beschwerdeführerin von aggravierendem Verhalten auszugehen ist. Insbesondere ist die Beurteilung des orthopädischen Gutachters, wonach die gezeigten Einschränkungen, insbesondere jene der rechten oberen Extremität, nur teilweise nachvollziehbar seien (act. 161, S. 41 Ziff. 6.4.4, S. 43 Ziff. 6.9), inhaltlich nicht näher fassbar. Es wird nicht ausgeführt und begründet, in welchem Ausmass die von der Beschwerdeführerin gezeigten funktionellen Einschränkungen medizinisch nicht nachvollziehbar respektive nicht objektivierbar sind. Dies ergibt sich auch nicht aus der Feststellung des neurologischen Gutachters, wonach eine geringgradige Parese sowohl in der rechten oberen Extremität als auch in beiden unteren Extremitäten nicht sicher auszuschliessen sei (act. 161, S. 47 f.). Dies umso weniger, als der neurologische Gutachter wiederum angab, dass sich bei der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung keine Zeichen für eine Wurzelreizung C7 gezeigt hätten (act. 161, S. 50). Eine Auseinandersetzung damit, weshalb diesbezüglich Dr. O. _____ einen gegenteiligen Befund berichtete (vgl. act. 86, S. 3; act. 95, S. 3), findet sich nicht. Auch findet sich keine einlässliche interdisziplinäre Gesamtbetrachtung. Es bleibt somit unklar, ob und inwieweit bei den gutachterlich erhobenen Befunden von objektivierbaren somatischen Befunden und Beschwerden auszugehen ist. Vor diesem Hintergrund wären weitere neurologische Abklärungen angezeigt gewesen. Insbesondere wäre abzuklären gewesen, ob eine objektivierbare radikuläre Symptomatik (z.B. Parese) vorliegt, und bejahendenfalls, ob und in welchem Ausmass diese die gezeigten funktionellen Defizite und geklagten Schmerzen erklären kann. Dazu wäre - wie dies im Oktober 2013 geschah - neben einer aktuellen bildgebenden Untersuchung auch eine elektroneurographische Untersuchung (vgl. act. 47) durchzuführen gewesen, um die gemäss den Gutachtern durchaus mögliche Beeinträchtigung der in Frage kommenden Nervenwurzeln zu objektivieren, und gegebenenfalls die sich daraus ergebenden medizinisch objektiv erklärbaren Funktionseinschränkungen zu bestimmen, worauf die Gutachter jedoch ohne weitere Begründung verzichtet haben. Eine nach Durchführung der genannten Untersuchungen verbleibende Diskrepanz zwischen den geklagten somatischen Beschwerden einschliesslich der gezeigten Funktionseinschränkungen und den medizinisch anhand der charakteristischen Referenzbefunde des entsprechenden Krankheitsbildes (Diagnose) objektivierten somatischen Untersuchungsbefunden hätte von den Gutachtern, insbesondere vom psychiatrischen Gutachter, anschliessend - unter Einbezug der psychiatrischen Befunde und Analyse - im Rahmen einer einlässlichen polydisziplinären Gesamtbetrachtung diskutiert und unter Beachtung der normativen Vorgaben (vgl. insb. oben E. 5.7.2) bei der Festlegung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin entsprechend und für den Rechtsanwender nachvollziehbar miteinbezogen werden müssen. Diese Diskussion ist vorliegend umso dringender erforderlich, als der psychiatrische Gutachter bei der Beschwerdeführerin akzentuierte histrionische Charakterzüge (ICD-10 Z73.1) diagnostizierte, was sich in einem dramatisierenden, theatralischen, übertriebenen und Aufmerksamkeit suchenden Verhalten

der Beschwerdeführerin zeige, und dies auch mit Beispielen aus dem Leben und Alltag der Beschwerdeführerin belegte (vgl. act. 161, S. 33). Es wäre daher vom psychiatrischen Gutachter jedenfalls zu diskutieren gewesen, ob die Beschwerdeführerin dieses Verhalten auch im Rahmen der klinischen orthopädischen und neurologischen Befunderhebung gezeigt hat und die festgestellten Diskrepanzen und mangelnde Mitwirkung darin ihre hinreichende Erklärung finden respektive, ob und inwieweit es sich bei den von der Beschwerdeführerin gezeigten Funktionseinschränkungen um bewusstseinsnahe Vorgänge wie Aggravation oder Simulation handelt, was voraussetzt, dass zuerst somatisch hinreichend abgeklärt ist, ob und inwieweit eine somatisch objektivierbare (insbesondere neurologische) Ursache für die demonstrierten Funktionseinschränkungen besteht.

E. 5.7.4

Nach dem Gesagten kann auf die von den Gutachtern der B. _____ AG erhobenen Befunde nicht abgestellt werden, da unklar ist, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass sie durch aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin zustande gekommen sind. Mangels nachvollziehbarer objektiver Befunde kann daher auch nicht auf die gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt werden. Das Gutachten der B. _____ AG erfüllt somit bereits die allgemeinen Beweisanforderungen an ein Gutachten nicht. Demzufolge ist auch der im Rahmen der Neuanmeldung zwingend vorzunehmende Vergleich mit der gesundheitlichen Situation im März 2013 nicht möglich. Insbesondere ist keine Beurteilung möglich, ob und inwiefern die von der Beschwerdeführerin seit März 2013 zusätzlich geklagten und anlässlich der Untersuchung demonstrierten Beschwerden, namentlich die eingeschränkte Beweglichkeit und reduzierte Kraft des rechten Armes bzw. der rechten Hand sowie die eingeschränkte Gehfähigkeit, als Ausdruck einer objektivierbaren gesundheitlichen Verschlechterung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind. Somit kann die im Rahmen der Neuanmeldung grundlegende Frage, ob eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Vergleich zu März 2013 vorliegt, nicht beantwortet werden.

E. 5.7.5

Im Übrigen muss dem Gutachten der B. _____ AG vom 17. August 2017 auch deshalb der Beweiswert abgesprochen werden, weil es die rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen an ein Gutachten innerhalb eines Neuanmeldeverfahrens nicht erfüllt. Im Gutachten vom 17. August 2017 finden sich, da von der Vorinstanz auch nicht entsprechend befragt, keine auf die Entwicklung des Gesundheitszustands seit März 2013 fokussierten Aussagen, womit das Gutachten von vornherein nur Grundlage für eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung, nicht jedoch für eine Beurteilung der Rentenberechtigung im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens sein könnte. Dies erkannte auch die Vorinstanz und ersuchte die Gutachter der B. _____ AG ergänzend um Antwort auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem 13. März 2013 relevant verschlechtert habe (act. 187). Doch anstatt zur Klärung beizutragen und das Gutachten zu heilen, wirft die Ergänzung der B. _____ AG vom 18. Juni 2018 nur weitere Fragen und Widersprüche auf. So hielt der orthopädische Gutachter im Gutachten vom 17. August 2017 fest, ein Vergleich der verschiedenen Untersuchungsergebnisse der in Österreich wiederholt durchgeführten Beurteilungen zwischen März 2009 und Juni 2016 zeige, dass in den letzten Jahren keine relevanten Veränderungen des körperlichen (namentlich des orthopädischen) Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zu verzeichnen seien (act.

161, S. 40 Ziff. 40 und S. 43 Ziff. 6.10). Demgegenüber hielt er in der Ergänzung vom 18. Juni 2018 - in Abweichung von seiner Aussage im Gutachten - fest, es sei von einer schrittweisen Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus orthopädischer Sicht zwischen Oktober 2012 und Juni 2017 auszugehen, wobei sich seinen Ausführungen nicht entnehmen lässt, worin genau diese Verschlechterung bestehen soll, sowie ob bzw. inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt.

E. 5.7.6

Festzuhalten ist, dass sich aus den medizinischen Unterlagen gewisse Indizien für eine objektivierbare gesundheitliche Verschlechterung bei der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Situation im März 2013 ergeben. Die Beschwerdeführerin gab gegenüber den Gutachtern der B._____ AG an, dass sie gegen die ausstrahlenden Nackenschmerzen regelmässige Infiltrationen erhalte, welche längere Zeit eine Schmerzreduktion bewirkten (act. 161, S. 45 Ziff. 7.2.1). Die Wirksamkeit der Infiltrationen spricht an sich dafür, dass bei der Beschwerdeführerin tatsächlich eine Nervenwurzelreizung besteht. Hinzuweisen ist an dieser Stelle auch auf die Befunde der MRT-Untersuchung der HWS vom 11. Januar 2018, bei der multisegmentale, zum Teil höchstgradige Foramenstenosen mit Punctum maximum im Segment C5/6 links und im Segment C6/7 beidseits mit jeweils Bedrängung von C6 links bzw. C7 beidseits intrafoaminär festgestellt wurden (vgl. act. 180, S. 3 f.). Auch betreffend das nach dem März 2013 aufgetretene und von den Gutachtern als arbeitsfähigkeitsrelevant eingeordnete Lumbovertebralsyndrom gibt es gemäss MRT-Untersuchung der LWS vom 11. Januar 2018 gewisse objektive Befunde (vgl. act. 180, S. 1 f.), wobei anzumerken ist, dass die lumbalen Beschwerden für die Beschwerdeführerin subjektiv nicht im Vordergrund stehen (vgl. act. 161, S. 45 Ziff. 7.2.1; S. 52 Ziff. 7.4.3). Betreffend die Beschwerden im linken Kniegelenk wurde die Beschwerdeführerin gemäss den eingereichten Berichten des Landeskrankenhauses L._____ (tagesklinischer Arztbrief und Operationsbericht vom 4. Oktober 2018) aufgrund der Diagnosen Gonarthrose sin activata (M17.1), Chondromalacia condyl. med. fem. et tib. sin (M94.20) und Corpus liberum gen. sin. (M34.4.0) am 4. Oktober 2018 operiert, nachdem der orthopädische Gutachter der B._____ AG das linke Kniegelenk im Juni 2017 noch als "offensichtlich" nicht operationsbedürftig erachtet hatte (act. 161, S. 40 Ziff. 6.4.1). Da jedoch keine postoperativen Verlaufsberichte und dementsprechend auch keine klinischen Befunde in den Akten liegen und für eine Leistungsbeurteilung nicht einfach auf bildgebende Untersuchungen abgestellt werden kann (vgl. etwa Urteil des BGer 8C_45/2017 vom 26. Juli 2017 E. 5.3), ist mangels einer hinreichenden medizinischen Befundlage (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1) eine Beurteilung, ob diesbezüglich von einer langanhaltenden, arbeitsfähigkeitsrelevanten Verschlechterung auszugehen ist, nicht möglich.

E. 5.7.7

Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, sie sei seit Jahren nachweislich pflegebedürftig, was mit der gutachterlich attestierten 80 %igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von vornherein nicht zu vereinbaren sei (vgl. BVGer-act. 1, S. 10; 8, S. 2 f.), ist festzuhalten, dass gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem

Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.). Hinzu kommt, dass im Schweizer Recht die Begriffe Pflegebedürftigkeit bzw. Hilflosigkeit einerseits und Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit andererseits nicht gleichgesetzt werden können (vgl. Urteil des BGer 9C_516/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 4.2). Demzufolge schliesst auch eine festgestellte Pflegebedürftigkeit bzw. Hilflosigkeit eine Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nicht per se aus. Vielmehr ist im Einzelfall zu prüfen, ob und inwiefern sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche zur Pflegebedürftigkeit einer Person geführt haben, objektivierbar sind und sich in einer objektivierten Betrachtungsweise auf deren Arbeitsfähigkeit auswirken. Festzuhalten ist, dass der Allgemeinmediziner Dr. S._____, dessen Bericht vom 21. April 2015 der Zusprache eines Pflegegeldes der Stufe 4 seitens der PVA zugrunde liegt (vgl. act. 188, S. 5 ff.), stark auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstellte (vgl. act. 105).

E. 5.8

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass sich anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht beurteilen lässt, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit März 2013 anspruchserheblich verschlechtert hat. Insbesondere lässt sich eine anspruchserhebliche Verschlechterung - entgegen der Ansicht der Vorinstanz - auch nicht verneinen, zumal es Indizien für eine mögliche objektivierbare gesundheitliche Verschlechterung gibt. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt entgegen der ihr obliegenden Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 ATSG) nicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 6.1

Im Rahmen der Beurteilung, ob sich eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung seit März 2013 anspruchserheblich bzw. rentenbegründend auswirkt, stellt sich zusätzlich die Frage nach dem Status der Beschwerdeführerin.

E. 6.2

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie (unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Situation) hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1; 9C_552/2016 vom 9. März 2017 E. 4.2). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteile des BGer 8C_157/2017 vom 6. November 2017 E. 1.3; 9C_222/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2;

9C_497/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 3.1).

E. 6.3

Die Vorinstanz änderte im Rahmen des Vorbescheidverfahrens den Status der Beschwerdeführerin von teilzeiterwerbstätig zu vollzeiterwerbstätig. Entsprechend hat sie in der angefochtenen Verfügung zur Bemessung des Invaliditätsgrads anstelle der gemischten Methode neu die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewendet. Als Begründung für den Statuswechsel hielt sie fest, die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann lebten zu zweit und ohne Kinder, womit eine 100%ige Erwerbstätigkeit "zumutbar" sei (act. 204). Diese Begründung der Vorinstanz geht insofern fehl, als dass - wie bereits erwähnt - nicht entscheidend ist, welches Pensum einer versicherten Person im Gesundheitsfall objektiv zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Die Beschwerdeführerin gab im Fragebogen zur Bestimmung des Status von Versicherten am 27. September 2017 an, sie wäre im hypothetischen Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig (act. 169, S. 1). Dies einerseits aus finanziellen Gründen und andererseits habe sie vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung stets Vollzeit gearbeitet (vgl. act. 201, S. 1).

E. 6.3.1

Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten angespannte finanzielle Verhältnisse als Grund für eine hypothetische vollzeitliche Erwerbstätigkeit lassen sich anhand der Akten für den vorliegend massgeblichen Zeitraum ab März 2013 nicht nachvollziehen. Aus dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Auszug des Kreditschutzverbandes vom 24. August 2017 betreffend ihren Ehemann (act. 169, S. 7 ff.) geht hervor, dass das am 9. Juni 2010 eröffnete Insolvenzverfahren bereits am 16. Januar 2013 abgeschlossen war (vgl. Vermerk "Zahlungsplan wurde erfüllt"). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung durch die B._____ AG im Juni 2017 wohnen sie und ihr als Ingenieur erwerbstätiger Ehemann zur Miete in einem 5-Zimmer-Einfamilienhaus (act. 161, S. 24, 38), was nicht gerade für eine finanziell angespannte Situation des Ehepaars spricht. Zudem gab die Beschwerdeführerin an, in (...)/Spanien noch eine Wohnung zu besitzen (act. 161, S. 30).

E. 6.3.2

Ob die Behauptung der Beschwerdeführerin, sie habe vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung stets Vollzeit gearbeitet - was an sich ein gewichtiges Indiz für eine im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitliche Erwerbstätigkeit wäre (vgl. Urteil des BGer 9C_559/2009 vom 18. Dezember 2009 E. 4) - zutrifft, erscheint mit Blick auf die vorliegenden Akten mehr als fraglich. Betreffend die von der Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben ausgeübte Erwerbstätigkeit als Dekorateurin in Spanien (von 1984 bis 1997 sowie vom 2. Juni bis 30. Juni 1999 und vom 18. Mai bis 17. Juni 2000, vgl. act. 161, S. 37 Ziff. 6.2.2; act. 2, S. 5) finden sich keinerlei Belege. Hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeiten in der Schweiz (vgl. IK-Auszug vom 7. November 2019, Beilage zu BVGer-act. 13) erscheint es angesichts der niedrigen erzielten Einkommen unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % erwerbstätig war. So erzielte sie bei der W._____ AG von April bis Dezember 2002 ein Einkommen von insgesamt Fr. 20'165.-, d.h. pro Monat durchschnittlich Fr. 2'240.-, bei der X._____ GmbH von Januar bis Februar 2003 ein Einkommen von insgesamt Fr. 2'082.-, d.h. pro Monat durchschnittlich Fr. 1'041.- und bei der Y._____ SA in (...) von Februar bis Mai 2005 ein Einkommen von insgesamt Fr.

3'127.-, d.h. pro Monat durchschnittlich Fr. 781.75. Betreffend die Erwerbstätigkeit in Österreich liegt ein Versicherungsdatenauszug der österreichischen Sozialversicherung vom 27. September 2017 bei den Akten (act. 168). Daraus geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bei der Z. _____ gesellschaft m.b.H. vom 8. September 2006 bis 30. April 2007 zunächst als "geringfügig beschäftigte Arbeiterin" und vom 1. Mai 2007 bis 25. Januar 2008 als "Arbeiterin" tätig war (act. 168, S. 2). Der in den Jahren 2007 und 2008 erzielte Lohn von insgesamt Euro 14'006.74 (vgl. act. 168, S. 3) erscheint wiederum zu tief, um von einer längerdauernden Vollzeittätigkeit ausgehen zu können. Nach Bezug von Kranken- und Arbeitslosengelder im Zeitraum vom 17. Januar bis 28. Februar 2008 (vgl. act. 168, S. 2) war die Beschwerdeführerin gemäss Versicherungsdatenauszug vom 7. Mai bis 7. September 2009 als "Arbeiterin" für Aa. _____ (ihren Schwiegervater) tätig (act. 168, S. 2). Wäre die Beschwerdeführerin dort entsprechend ihren Angaben (vgl. act. 24, S. 3) mit einem Pensum von 20 Stunden pro Woche und einem Lohn von Euro 10.- pro Stunde tätig gewesen, hätte ein Monatsgehalt von Euro 800.- resultieren müssen (vgl. so auch act. 27). Tatsächlich erzielte die Beschwerdeführerin jedoch nur ein Einkommen von insgesamt Euro 1'957.08, d.h. pro Monat durchschnittlich Euro 489.27 (vgl. act. 168, S. 3). Nachdem die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit am 7. September 2009 beendet hatte - gemäss eigenen Angaben aus gesundheitlichen Gründen - bezog sie erneut verschiedene österreichische Versicherungsleistungen, namentliche Arbeitslosengeld, Krankengeld und Notstandshilfe (act. 168, S. 2).

E. 6.4

Nach dem Gesagten lässt sich die Statusfrage anhand der vorliegenden Akten nicht abschliessend beantworten. Die Vorinstanz hat insbesondere hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübten Beschäftigungsgrads weitere erwerbliche und medizinische Abklärungen zu treffen. Namentlich sind Auskünfte bei ehemaligen Arbeitgebern, Arbeitsverträge, Kündigungsschreiben sowie Belege der Arbeitslosenversicherung betreffend das von der Beschwerdeführerin angegebene gesuchte Pensum für eine neue Arbeitsstelle einzuholen. Zu klären ist insbesondere auch die Frage, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten entgeltlichen Tätigkeit (Pflege ihres Schwiegervaters) gearbeitet hat, und ob die Reduktion des Pensums sowie schliesslich die Aufgabe dieser Arbeit - wie die Beschwerdeführerin behauptet - aus rein gesundheitlichen Gründen erfolgten. Anschliessend hat die Vorinstanz unter einlässlicher Würdigung der gesamten Verhältnisse den Status der Beschwerdeführerin neu zu beurteilen. Sollte sich ergeben, dass die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige zu qualifizieren ist, wäre ihr Invaliditätsgrad nach der gemischten Methode zu berechnen. Diesfalls hätte die Vorinstanz zunächst noch abzuklären, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist. Im Urteil C-3961/2014 E. 6.4 wurden die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine solche Abklärung ausführlich dargelegt, worauf verwiesen wird. Festzuhalten ist, dass die auf pauschalen Annahmen beruhende Einschätzung des orthopädischen Gutachters der B. _____ AG in der Gutachtensergänzung vom 18. Juni 2018, wonach die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 30 % eingeschränkt sei (act. 191, S. 4), diesen Anforderungen nicht genügt.

E. 6.5

Betreffend die im Rahmen der Invaliditätsgradsberechnung bei (Teil-) Erwerbstätigen erforderliche Bestimmung des Valideneinkommens kommt es darauf an, wie viel eine

versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O, Art. 28a, Rz. 48). Dabei spielt es u.a. auch eine Rolle, ob eine versicherte Person über eine abgeschlossene Ausbildung verfügt, was im Fall der Beschwerdeführerin unklar ist. Sie gab einerseits an, den Beruf als Dekorateurin erlernt zu haben, verneinte aber gleichzeitig, ein entsprechendes Diplom zu besitzen (vgl. act. 24, S. 1; vgl. auch die vagen Angaben gegenüber der internistischen Gutachterin der B._____ AG, act. 161, S. 25 Ziff. 3.1.2). Die Vorinstanz wird diesbezüglich ergänzende Abklärungen zu treffen haben. Hinsichtlich der weiteren von der Beschwerdeführerin ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, namentlich in der "Kantine/Büro" sowie kurzzeitig als Pflegerin ihres Schwiegervaters, ergeben sich in den Akten keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin eine entsprechende Ausbildung absolviert hätte, was von ihr auch nicht behauptet wird. Es ist daher von der Vorinstanz abzuklären, ob es sich dabei um Hilfstätigkeiten gehandelt hat und welcher Art sie waren (vgl. auch act. 32, S. 2).

E. 7.1

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2019 weder in medizinischer noch in beruflich-erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanmeldung vom 28. Februar 2014 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 7.2

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, und nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass weitere Abklärungen zu besseren Erkenntnissen führen, steht ausnahmsweise einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz hat das Gutachten der B._____ AG vom 17. August 2017 und dessen Ergänzung vom 18. Juni 2018 als ausreichende medizinische Grundlagen betrachtet, obwohl diesbezüglich klar erkennbar diverse gravierende Mängel vorliegen und das Gutachten samt Ergänzung daher weder den allgemeinen, noch den im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens zu erfüllenden speziellen Beweisanforderungen genügt. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen ist daher abzusehen. Zudem litte bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, könnte doch die Verwaltung von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Eine Rückweisung ist vorliegend umso mehr gerechtfertigt, als die Vorinstanz für die Beurteilung der Anspruchserheblichkeit einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zusätzlich beruflich-erwerbliche Abklärungen für die Klärung der Statusfrage zu treffen hat (vgl. E. 6 hiavor). Eine Aufteilung des Abklärungsverfahrens - indem die Abklärungen im Zusammenhang mit der Statusfrage durch die Vorinstanz vorgenommen würden, währenddem in medizinischer

Hinsicht ein Gerichtsgutachten veranlasst würde - wäre nicht sinnvoll, zumal dadurch mit einer Verlängerung der Verfahrensdauer zu rechnen wäre (vgl. Urteil des BVerfG C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 6).

E. 7.3

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen und erwerblichen Akten eine für die streitigen Belange umfassende interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen sowie den im vorliegenden Fall vorzunehmenden Vergleich des Gesundheitszustands mit jenem von März 2013 erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie, ORL, Innere Medizin und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281; 145 V 215) geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung - besteht eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands verglichen mit jenem im März 2013 und wenn ja, inwiefern und in welchem medizinisch objektivierbaren Ausmass mit welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit/Fähigkeiten im Aufgabenbereich - über die erforderlichen Untersuchungen (einschliesslich der für die medizinisch einwandfreie Beurteilung der konkreten Fragestellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen, z.B. MRI, Elektroneurographie) zu befinden, wobei sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteile des BVerfG 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1, 9C_297/2017 vom 6. April 2018 E. 4.3). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 13. März 2013 bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen. Um eine möglichst objektive und unabhängige Begutachtung zu gewährleisten, sollte diese nicht in Anwesenheit von Angehörigen der Beschwerdeführerin (einschliesslich Ehemann) stattfinden (vgl. S. 15 der "Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom 16. Juni 2016 mit Hinweis auf BGE 140 V 260 E. 3.2.3, vgl. auch Urteil des BVerfG I 991/2006 vom 7. August 2007 E. 3). Die Gutachter haben sich insbesondere dazu zu äussern, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit März 2013 somatisch und psychisch verschlechtert hat, worin gegebenenfalls die gesundheitliche Verschlechterung konkret (medizinisch objektivierbar somatisch und in Anwendung der standardisierten Indikatoren auch psychisch, sowie in einer interdisziplinären Gesamtbetrachtung) besteht, sowie, ob und wie sich diese allfällige Verschlechterung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin funktionell in der ursprünglichen und in einer angepassten Tätigkeit und im Aufgabenbereich (Haushalt) auswirkt, wobei der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit März 2013 auch interdisziplinär zu beurteilen ist. Aufgrund der Hinweise auf aggravierendes Verhalten seitens der Beschwerdeführerin

haben die Gutachter bei weiterhin festgestellter mangelnder Mitwirkung und Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung einschliesslich gezeigten funktionellen Defiziten einerseits und den unter Berücksichtigung der normativen Vorgaben erhobenen objektivierten medizinischen Befunden andererseits auch einlässlich dazu Stellung zu nehmen, ob und falls ja, in welchem Umfang die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und gezeigten Funktionsdefizite aus medizinischer insbesondere psychiatrischer Sicht auf bewusstseinsnahe Aggravation oder ein ähnliche Erscheinung zurückzuführen sind. Weiter haben sie sich auch dazu zu äussern, inwiefern die von der österreichischen PVA anerkannte Pflegebedürftigkeit bzw. die zugrunde liegenden medizinischen Befunde aus somatischer und psychiatrischer Sicht objektiv nachvollziehbar sind, und inwiefern diese mit einer allfälligen (Rest-)Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit sowie im Aufgabenbereich (Haushalt) zu vereinbaren sind.

E. 7.4

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV), wobei die Zufallswahl unter Ausschluss der B. _____ AG zu erfolgen hat. Der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 8

Im Ergebnis ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 17. Januar 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 9.1

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

E. 9.2

Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

E. 9.3

Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE) Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des

Verfahrensausgang, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) festzusetzen. (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

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