

BVGer C-2332/2015 vom 14. März 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2332_2015

FR: TAF C-2332/2015 du 14 mars 2018

IT: TAF C-2332/2015 del 14 marzo 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 12. März 2015 (BVGer act. 2, Vorakten 66), mit welcher das Gesuch der Beschwerdeführerin um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen wurde.

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern wie hier keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeführerin nahm als Partei am vorinstanzlichen Verfahren teil. Als Verfügungsadressatin ist sie durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit, nachdem der Kostenvorschuss innert erstreckter Frist rechtzeitig geleistet wurde, auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten ist.

E. 1.5

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

E. 1.6

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet eine Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgängerinnen, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Die Beschwerdeführerin war von 1990 bis 2007 im Kanton H. _____ erwerbstätig und wohnte namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung in S. _____ (benachbarte Grenzzone), wo sie heute noch lebt. Sie machte als Gesundheitsschaden eine chronische Darmerkrankung geltend, welche im Jahr 2003 entdeckt wurde. Zudem brachte sie vor, sie leide an Depressionen (BVGer act. 24/8) und seit dem Einbruch/Vandalismus im Dezember 2012 an einer posttraumatischen Belastungsstörung (BVGer act. 1). Aus den Akten ergeben sich Hinweise, dass die Beschwerdeführerin seit mindestens 2006 an einem depressiven Geschehen leidet (BVGer act. 37/2) und dagegen seit 2009 ein Antidepressivum "Citalopram" einnimmt (Vorakten 23/4). Die Beschwerdeführerin macht somit mehrheitlich Leiden geltend, welche auf ihre Zeit als Grenzgängerin zurückzuführen sind. Unter diesen Umständen war nicht die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung vom 25. September 2012 zuständig, sondern die kantonale IV-Stelle H. _____. Die IVSTA war hingegen für den Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. März 2015 zuständig.

E. 2

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

E. 2.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. März 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben (echte Noven), sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Medizinische Berichte und Gutachten, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorgebracht werden und in einem engen Sachzusammenhang mit dem streitigen Leistungsanspruch stehen, sind daher zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zur Zeit des Verfügungserlasses zulassen (vgl. Urteile des BVGer C-2263/2014 vom 26. April 2016 E. 2.1; C-3733/2014 vom 16. November 2015 E. 2.2). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Akten (BVGer act. 17/1, 24/5, 24/6,

24/7, 25/1, 25/3) sind vorliegend dahingehend zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Verfügungszeitpunkt zulassen. Der Formularbericht vom 11. April 2013 (BVGer act. 24/1, 25/2) befindet sich bereits bei den Akten (Vorakten 17). Der Arztbericht, der auf den Namen Dr. G. _____ lautet, trägt zwar das Datum 15. August 2016 (BVGer 37/2), da er jedoch eine Untersuchung vom 11. Oktober 2006 betrifft, ist er nicht als Novum zu betrachten. Weiter ist der Untersuchungsbericht vom 12. Oktober 2015 (BVGer act. 25/3) zu beachten, da die Beschwerdeführerin bereits vor Verfügungserlass an einer Schilddrüsenerkrankung litt (vgl. Vorakten 49/2). Ebenso stellt das Augenarztrezept vom 14. September 2015 (BVGer act. 24/7) kein Novum dar, weil die Sehbeschwerden am linken Auge bereits vor Verfügungserlass vorhanden waren (Vorakten 63). Hingegen ist der Bericht vom 24. Juni 2015 betreffend Kernspintomographie des Schädels (BVGer act. 25/3), ein echtes Novum, wurde doch erstmals ein Meningiom festgestellt.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 12. März 2015 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); 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. 2.3

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland, weshalb vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

E. 2.3.1

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 2.3.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz

wie ein "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 2.3.3

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

E. 3.1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 (vgl. Art. 7 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 (vgl. Art. 6 ATSG).

E. 3.1.2

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (vgl. Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2; BGE 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

E. 3.1.3

Zur Annahme einer Invalidität ist - auch bei psychischen Erkrankungen - ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig aus Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und in diesen aufgehen, liegt kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten vorbehaltlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG).

E. 3.4

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens

nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG). Da der Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach Anmeldung entstehen kann, ist für das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG allein der Sachverhalt sechs Monate vor Anmeldung von Bedeutung (Urteil des BVGer C-5352/2013 vom 7. September 2015 E. 2.3). Die Beschwerdeführerin meldete sich am 25. September 2012 (Vorakten 1, verspätete Anmeldung) zum Bezug von Versicherungsleistungen an, womit der Anspruch auf Versicherungsleistungen frühestens ab 1. März 2013 entstehen kann. Vorliegend ist damit der medizinische Sachverhalt ab ein Jahr vorher mithin ab März 2012 relevant und nachfolgend zu prüfen.

E. 3.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.6

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) bzw. medizinische Dienste zur Verfügung (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD bzw. die medizinischen Dienste setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

E. 3.7

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.8

Im Weiteren ist festzuhalten, dass 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.), wie vorliegend beispielsweise ein Schwerbehindertenausweis vom 5. Juli 2016, welcher für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 5. April 2016 eine Behinderung von 60 % bescheinigt (BVGer act. 29/1) oder ein Rentenbescheid aus Deutschland vom 21. Juli 2015, welcher auf eine Erwerbsminderung für die Zeit von 4. Januar 2012 bis 30. Juni 2018 erkannt hat (BVGer 24/4).

E. 3.9

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.10

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.10.1

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

E. 3.10.2

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

E. 3.10.3

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

E. 3.10.4

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheiderelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD oder vom medizinischen Dienst beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteil des BVerfG C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen, Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 4.1

Den Vorakten sind die folgenden Unterlagen mit Informationen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu entnehmen: - Arzteugnis von Dr. I. _____ vom 19. November 2003 (Vorakten 48/1) betreffend Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin vom 11. August 2003 bis zum 31. Oktober 2003 wegen Colitis ulcerosa. - Medizinischer Zwischenbericht vom 14. Januar 2004 (Vorakten 48/2), wonach sich die Colitis ulcerosa gebessert habe und die Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2004 zu 50 % arbeitsfähig sei. - Ärztliche Bescheinigung vom 15. Juli 2004 von Dr. I. _____ (Vorakten 48/2), wonach die Beschwerdeführerin vom 11. August 2003 bis zum 29. Februar 2004 zu 100 %, vom 1. März 2004 bis zum 31. März 2004 zu 75 % und vom 1. April 2004 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig sei. - Mit Schreiben vom 12. Oktober 2010 (Vorakten 19) informierte Dr. J. _____, Oberarzt innere Medizin, Abteilung Gastroenterologie, den Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. K. _____ darüber, dass die Koloskopie eine geringe aktive Entzündung im unteren Rektum zirkulär unmittelbar oberhalb der Linia dentata (recte Linea dentata) sichtbar gemacht habe. Aufgrund der geringen Ausdehnung sei keine systematische Kortison-Therapie durchzuführen. Auf eine Biopsie sei wegen des geringen Befundes verzichtet worden. Eine Lokaltherapie mit Mesalazin Supp. zweimal täglich sei ausreichend. Die regelmässige Klysma-Therapie sei aufgrund der rein distalen Ausprägung nicht nötig. - Im Schreiben vom 4. August 2011 (Vorakten 18) an Dr. K. _____ stellte Dr. L. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, als Diagnose eine akute Belastungsreaktion fest, welche durch eine Gerichtsverhandlung im Jahr 2009 ausgelöst worden sei. Es sei zu einer spontanen periorbitalen Blutung gekommen. Von neurologischer Seite habe sich einschliesslich dem CT (Computertomographie) kein auffälliger Befund

ergeben, womit von einer reinen psychogenen Reaktion auf Belastung auszugehen sei. Weitere massive Belastungen seien tunlichst zu meiden. - Ärztliche Bescheinigung von Dr. K._____, Internist und Hausarzt, vom 18. Januar 2012 (Vorakten 32), wonach die Beschwerdeführerin seit mindestens 2003 an Colitis ulcerosa, mit erheblichen Schüben mit Blut und Schleimabgang und krampfartigen Unterbauchschmerzen leide, die immer wieder eine Behandlung mit Lokalmassnahmen und auch systematischen Steroiden erforderlich machen würden. Zusätzlich bestehe ein langjähriger depressiver Erschöpfungszustand, der die Patientin zum Teil bei externen Belastungen ganz erheblich in ihrer Leistungsfähigkeit mindere und medikamentös nur schlecht angebar sei. - Im ärztlichen Befundbericht von Dr. K._____ vom 11. April 2013 (Vorakten 17/1, BVGer act. 24/1, BVGer act. 25/2) wurden als Diagnosen Depression, Colitis ulcerosa, Wirbelsäulenschmerzen und Tinnitus aufgeführt. Die Beschwerdeführerin wurde als erschöpft mit reduziertem Allgemeinzustand und verminderter Konzentration beschrieben. Sie nehme Steroide und Antidepressiva und sei seit 1. Oktober 2012 arbeitsunfähig (von Hand korrigiert zu 2/12). In den letzten zwölf Monaten habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. - Der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin vom 3. Februar 2013 (Vorakten 16/18) ist zu entnehmen, dass sie gemäss eigenen Angaben seit 2001 an Depressionen leide und ab 2003 die Darmerkrankung Colitis ulcerosa hinzugekommen sei. Eine Gerichtsverhandlung im April 2009 habe zu einer starken Belastung geführt, so dass sie seitdem Antidepressiva einnehme. Seit Oktober 2009 leide sie an Tinnitus und damit zusammenhängenden Schlafstörungen. Der Einbruchdiebstahl Ende 2011 habe sie ruiniert, so dass sie seit 2012 kein Geld mehr habe, um die Colitis-ulcerosa-Medikamente zu kaufen. Sie sei seit 2013 pausenlos krankgeschrieben. - Dr. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 17. Juli 2013 (Vorakten 22/2), nach einer eigenen Untersuchung eine Anpassungsstörung mit ängstlicher Reaktion ICD-10 F43.2. In der ambulanten Allgemeinuntersuchung habe kein nennenswerter pathologischer Befund gefunden werden können, ebenso wie in der orientierenden neurologischen Untersuchung. Psychiatrisch sei ein distanziert zugewandtes und mürrisches Kontaktverhalten aufgefallen, affektiv seien Ängste geschildert worden und der Antrieb als wechselhaft angegeben worden. Ein positives Leistungsbild könne für mittelschwere körperliche Arbeiten vorwiegend im Stehen, Gehen oder Sitzen in der Früh-, Tag-, Spät- und Nachtschicht beschrieben werden. Gemäss dem positiven Leistungsbild sei die Beschwerdeführerin im zuletzt ausgeübten Beruf als Grafikerin zu über 6 Stunden arbeitsfähig einzustufen, ebenso ordne sie die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein. - Dr. D._____, Internist, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 14. August 2013 (Vorakten 23/2) nach eigenen Untersuchungen eine Colitis ulcerosa sowie anamnestisch eine chronische Depression, bei Einnahme von Citalopram seit 2009. Die Colitis-Symptomatik sei gering ausgeprägt, es werde denn auch keine regelmässige Therapie durchgeführt, sondern nur eine Bedarfsmedikation. Bei der Untersuchung sei ein altersentsprechender normaler Allgemeinzustand ohne auffallenden somatischen Befund vorgelegen. Dr. D._____ kam zum Schluss, aufgrund der gutachterlichen Untersuchung auf dem Gebiet der Inneren Medizin könne die Beschwerdeführerin ihre letzte berufliche Tätigkeit als Grafikerin vollschichtig ausüben. Eine wesentliche Verschlechterung des Krankheitsverlaufs und der Leistungsfähigkeit sei in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei eine mittelschwere Tätigkeit ohne Einschränkungen möglich. - Bestätigung der psychologischen Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen betreffend Termin vom 17. Dezember 2013 und vom 7. Januar 2014

(Vorakten 51). - Überweisungsschein von Dr. K. _____ betreffend Psychotherapie vom 30. Januar 2014 (Vorakten 50) mit der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0). - Dem Betreuungsgutachten vom 21. März 2014 von Dr. M. _____ (Vorakten 49) ist als Diagnose zu entnehmen: Colitis ulcerosa seit August 2003 zurzeit 10-20 Stuhlentleerungen pro Tag teilweise wässrig-blutig, Schilddrüsenfehlfunktion, posttraumatische Belastungsstörung. Die Erkrankung einer Colitis ulcerosa sei mit psychischer Belastung assoziiert, das heisse, dass bei psychischer Belastung eine Akutsituation bezüglich der Darmentleerung auftreten könne, bei der die Stuhlentleerungen noch häufiger als im sonstigen Durchschnitt seien, so dass die Beschwerdeführerin die meiste Zeit des Tages auf der Toilette verbringen müsse. Aufgrund der in Kürze zu beginnenden psychotherapeutischen Behandlung sei insgesamt mit einer Stabilisierung der psychischen Situation zu rechnen. Aus medizinischer Sicht bestehe eine vollständige Geschäftsfähigkeit, jedoch sei die Beschwerdeführerin phasenweise körperlich eingeschränkt und nicht in der Lage, das Haus zu verlassen. - Dem Augenarztrezept vom 18. Juli 2014 (Vorakten 63) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am linken Auge an Amblyopie (Schwachsichtigkeit, <https://de.wikipedia.org/wiki/Amblyopie>, zuletzt besucht am 20. Februar 2018) leidet. - Die behandelnden Ärzte des Universitätsklinikums N. _____, berichteten am 28. Januar 2015 (Vorakten 62) die Beschwerdeführerin sei am 21. Januar 2015 und am 9. Februar 2015 in der psychotraumatischen Ambulanz vorstellig geworden. Es wurde eine chronische und schwere Depression (ICD-10 F32.2) festgestellt bei multiplen und kumulativen Belastungen im privaten und beruflichen Lebensbereich mit Verlust der selbstständigen Existenz, sozialem Abstieg, schweren gesundheitlichen Bedrohungen ihres Ehemannes und dem subjektiven Erleben massiver Unterlassungen und Ungerechtigkeiten bei den Ermittlungen durch die Behörden. Es sei zwar von einer traumatisierenden Einwirkung des erlebten Konfliktes auszugehen, die vorliegende psychische Erkrankung sei aber nicht primär als PTBS sondern als schwere Depression zu beurteilen. Es wurde eine pharmakologische Neueinteilung und die Fortführung der ambulanten Psychotherapie empfohlen.

E. 4.2

Die Vorinstanz unterbreitete die obengenannten Unterlagen (vgl. E. 4.1 hiervor) ihrem medizinischen Dienst: - Dr. O. _____, FMH Allgemeine Medizin, fasste am 27. Juli 2014 (Vorakten 53) die Gutachten von Dr. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. D. _____, Internist, zusammen und kam zum Schluss, die Beschwerdeführerin habe massive psychosoziale Probleme, welche jedoch invalidenfremd seien. Sie sei vollständig arbeitsfähig. - Dr. P. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, kam am 7. November 2014 (Vorakten 56) zum Schluss, aufgrund der Gutachten von Dr. E. _____ und Dr. D. _____ schliesse er sich aus psychiatrischer Sicht der Stellungnahme von Dr. O. _____ an. - Am 9. März 2015 (Vorakten 65) äusserte sich Dr. P. _____ zum psychiatrischen Arztbericht von Dr. B. _____ und hielt nach eingehender Begründung fest, er könne sich der gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome nicht anschliessen.

E. 4.3

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurden die folgenden relevanten zusätzlichen Akten eingereicht: - Bei der Schilddrüsenuntersuchung vom 12. Oktober 2015 (BVGer act. 25/3) wurde eine grenzwertig grosse Schilddrüse festgestellt, bei bekannter multifokaler

Autonomie und weiteren Adenomen beidseits. Zurzeit bestehe kein Handlungsbedarf. - Den Berichten der psychiatrischen Tagesklinik Q. _____ vom 13. Oktober 2015 (BVGer act. 17/1), vom 23. Dezember 2015 (BVGer act. 24/6) und vom 8. Januar 2016 (BVGer act. 24/5) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin vom 13. Oktober 2015 bis zum 9. Dezember 2015 und vom 21. Dezember 2015 bis zum 8. Januar 2016 in tagesklinischer Behandlung befand (BVGer act. 24/5). Als psychiatrische Diagnosen wurden eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung derzeit mittelgradige Episode bei ausgeprägten komplexen Problemen aufgrund von psychosozialen Umständen festgehalten und Citalopram 20mg verschrieben. Während dem Klinikaufenthalt sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. - Aufstellung des Krankheitsverlaufs durch die Beschwerdeführerin (BVGer act. 24/8). - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr. K. _____ vom 3. Februar 2016 (BVGer act. 25/1), wonach die Beschwerdeführerin vom 1. Oktober 2012 (sei gemäss Beschwerdeführerin ein Zahlendreher und müsse 10. Januar 2012 lauten), bis voraussichtlich 31. März 2016 arbeitsunfähig sei. - Bescheinigung Landratsamt F. _____, Fachbereich Soziales - Schwerbehinderung, vom 5. Juli 2016 (BVGer act. 29/1), wonach bei der Beschwerdeführerin eine Behinderung von 60 % vom 1. Januar 2012 bis zum 5. April 2016 vorgelegen sei. - Dem Arztbericht von Dr. G. _____, Facharzt für Innere Medizin und Vertrauensarzt der R. _____ Versicherungen AG, datierend 15. August 2016, ist zu entnehmen, dass er am 11. Oktober 2006 eine Untersuchung der Beschwerdeführerin durchgeführt hat (BVGer act. 37/2) und feststellte, die Beschwerdeführerin leide an mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1), Colitis ulcerosa und euthyreote Struma nodosa mit VD auf autonome Adenome. Seit der Colitis ulcerosa sei die Beschwerdeführerin viel rascher erschöpft, schlecht aufnahmefähig, unkonzentriert und bei der Arbeit und zu Hause rasch überfordert. Sie wirke depressiv, gehemmt und fixiert auf die somatischen Erkrankungen. Das vorherrschende Krankheitsbild sei eine depressive Erkrankung. Aufgrund der Akten und der heutigen Untersuchung halte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 1. März 2004 bis zum Untersuchungszeitpunkt als gerechtfertigt. Allerdings hätte mit einer korrekten Behandlung mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Krankheit wenn nicht geheilt, so doch wesentlich gelindert werden können. Dr. G. _____ schlug eine regelmässige intensive psychiatrisch/psychotherapeutische und eine gastroenterologische Behandlung vor.

E. 4.4

Die Vorinstanz unterbreitete die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen (vgl. E. 4.3 hiervor) ihrem medizinischen Dienst. - Dr. O. _____, FMH Allgemeine Medizin, äusserte sich am 25. März 2016 (BVGer act. 27/1) und stellte fest, die Beurteilung der Zumutbarkeit der Tätigkeit als Grafikdesignerin seit dem Gutachten Innere Medizin von Dr. D. _____ vom 14. August 2013 sei unverändert. Die Beschwerdeführerin habe keine neuen Dokumente beigebracht, welche sich mit den Gutachten von Dr. E. _____ und Dr. D. _____ auseinandersetzen und diese glaubhaft widerlegen würden. Es würden Dokumente fehlen, welche eine Auswirkung der Schilddrüsenerkrankung auf die Arbeitsfähigkeit belegen würden. Aufgrund des Kurzbriefs bei Entlassung vom 8. Januar 2016 der psychiatrischen Tagesklinik Q. _____ sei klar, dass die Beschwerdeführerin unter keinen somatischen behandlungsbedürftigen Krankheiten leide, da keine entsprechenden Medikamente verordnet worden seien. In psychiatrischer Hinsicht sei eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostiziert worden, jedoch fehle jegliche Begründung hierfür. Die neu geltend gemachte

rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode sei behandel- und überwindbar. Die diesbezüglichen Probleme könnten nicht mehr schwerwiegend gewesen sein, da die Beschwerdeführerin am 8. Januar 2016 allein unter der milden Gabe von zumutbaren milden antidepressiven Medikamenten (Citalopram 20mg) entlassen worden sei. Die angestammte Arbeit als Grafikdesignerin sei weiterhin voll zumutbar. - Weiter wies Dr. O. _____ am 5. August 2016 daraufhin (BVGer act. 31/1), dass die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises für die Schweiz nicht massgebend sei. - Betreffend den Bericht von Dr. G. _____ vom 15. August 2016 war Dr. O. _____ am 4. Januar 2017 der Ansicht (BVGer act. 39/1), dieser betreffe eine Untersuchung, welche vor über 10 Jahren stattgefunden habe und sei daher heute nicht massgebend und könne nicht verwertet werden. Die bisherigen Stellungnahmen müssten nicht geändert werden.

E. 5.1

In psychiatrischer Hinsicht wurden von den Ärzten unterschiedliche Diagnosen gestellt: mittelgradige depressive Episode IDC-10 F 32.1, chronische schwere Depression ICD-10 F 32.2, rezidivierende depressive Störung, PTBS ICD-10 F 43.1, Anpassungsstörung ICD-10 F 43.2, andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung ICD-10 F 62.0.

E. 5.2.1

Der ICD-10-Code F 30 bis F 39 wird für affektive Störungen verwendet (<http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018). Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität bestehen. Der Stimmungswechsel zwischen gehobener Stimmung und Depression wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (<http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018). Zu dieser Gruppe gehören auch die depressive Episode (ICD-10 F 32) und die rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33). Bei einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F 33) handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F 32) charakterisiert ist (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F33.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018). Bei den typischen leichten (F 32.0), mittelgradigen (F 32.1) oder schweren (F 32.2 und F 32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (<http://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018). Liegen zwei bis drei der beschriebenen Symptome vor, handelt es sich gewöhnlich um eine leichte depressive Episode (F32.0). Bei der mittelgradigen depressiven

Episode (F 32.1) sind gewöhnlich vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2) ist eine depressive Episode mit mehreren der oben angegebenen, quälenden Symptome. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor (<http://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018).

E. 5.2.2

Der ICD-10 Code F 43.- steht für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (<http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018). Sie stehen im Zusammenhang mit ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Die Störungen der Gruppe ICD-10 F 43.- entstehen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen ICD-10 F 43.- können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung gesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen (<http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>, besucht am 20.2.2018). Die Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; F 43.1; <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018) entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) über (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>, besucht am 20.2.2018). Bei einer Anpassungsstörung ICD 10 F 43.2 handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis

und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018). Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder sozialer Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem grösseren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Ausserdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>, zuletzt besucht am 20.2.2018).

E. 5.3

Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin an einem depressiven Geschehen leidet, so nimmt sie denn auch seit Jahren Citalopram ein. Umstritten sind hingegen, die Diagnosen, der Schweregrad der Erkrankung und die damit zusammenhängenden funktionellen Einbussen. Die Vorinstanz ging gestützt auf das Gutachten von Dr. E._____ (Vorakten 22) und die Einschätzung ihres medizinischen Dienstes (Vorakten 53, 56, 65) von einer Anpassungsstörung ICD F 43.2 aus (Vernehmlassung vom 11. Juni 2015 S. 1, BVGer act. 8), während die Beschwerdeführerin vorbrachte, sie leide an einer PTBS und einer schweren Depression (Beschwerde S. 1 und 3, BVGer act. 1).

E. 5.4.1

Die Diagnose einer PTBS wird im Betreuungsgutachten vom 21. März 2014 (Vorakten 49) von Dr. M._____, Facharzttrichtung unbekannt, und im Kurzarztbericht vom 8. Januar 2016 (BVGer act. 24/5) der psychiatrischen Tagesklinik Q._____ aufgeführt.

E. 5.4.2

Das Bundesgericht erkannte in BGE 142 V 342 Erwägung 5.1 mit Hinweisen auf die Literatur, eine PTBS entstehe als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Ein Krankheitswert sei gegeben, wenn eine Mindestschwere vorliege, bedeutsame Zusatzsymptome hinzutreten würden und die Erfüllung von Alltagsaufgaben nicht mehr möglich sei. In Erwägung 5.2.2 desselben Entscheids hielt das Bundesgericht fest, bereits die Herleitung und Begründung der Diagnose bedürften besonderes Augenmerk. Zunächst sei das belastende Trauma in den Blick zu nehmen, denn dieses müsse für die Bejahung einer PTBS eine bedeutsame Schwere aufweisen. Weiter sei die Latenzzeit zu betrachten, die zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung nach ICD-10 wenige Wochen, bis sechs Monate

betrage. Besondere Begründung brauche es in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden solle. Ebenfalls zu beachten sei, dass im Schrifttum darauf hingewiesen werde, dass nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Albträumen nicht genüge, um eine PTBS zu begründen. Bezüglich dem Verlauf einer PTBS hielt das Bundesgericht in Erwägung 5.1 fest, bei wenigen Patienten nehme die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und gehe in eine andauernde Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 62.0) über. Neuere Übersichtsarbeiten würden von einer "sizeable minority" in der Grössenordnung von 10 % sprechen, bei denen über Jahre hinweg Symptome einer PTBS persistieren würden. Insbesondere progrediente Entwicklungen würden dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen widersprechen.

E. 5.4.3

Hinsichtlich der Schwere des Ereignisses, Einbruchdiebstahl, wandte der medizinische Dienst der IVSTA, Dr. O._____, FMH Allgemeine Medizin, am 25. März 2016 (BVGer act. 27/1) zurecht ein, dass die Beschwerdeführerin nicht anwesend war, als in ihr Geschäft eingebrochen wurde und sie dementsprechend nicht an Leib und Leben gefährdet war. Die Diagnose einer PTBS kann jedoch nicht losgelöst vom Einzelfall gestellt werden, so wird in den ICD-Kriterien festgehalten, dass prädisponierende Faktoren die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken können (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Da die Beschwerdeführerin seit Jahren unter psychischen Beschwerden litt, was die Einnahme von Citalopram seit 2009 belegt, stellt sich die Frage, ob diese Vorerkrankung die Entwicklung einer PTBS ermöglichte, auch wenn das Ereignis, der Einbruchdiebstahl, nicht von erheblicher Schwere war. Mit dieser Frage haben sich die behandelnden Ärzte und der medizinische Dienst nicht auseinandergesetzt.

E. 5.4.4

Betreffend die Latenzzeit wies Dr. O._____, FMH Allgemeine Medizin, am 25. März 2016 (BVGer act. 27/1) daraufhin, dass es sich vorliegend um einen Einbruch im Jahr 2011 handle. 2013 sei gutachterlich eine Anpassungsstörung gefunden worden und erst 2015 habe man eine PTBS F 41.1 (recte F 43.1) diagnostiziert, was aufgrund der Definition gemäss ICD-10 somit nicht sein könne. Es trifft zwar zu, dass die PTBS erst im Jahre 2015 diagnostiziert wurde, jedoch wurde die Beschwerdeführerin bereits im Januar 2012, das heisst, kurze Zeit nach dem Einbruchdiebstahl von Ende Dezember 2011 bei ihrem Hausarzt Dr. K._____ vorstellig (Vorakten 32). Dr. K._____ stellte keine Diagnose, er ist auch nicht Psychiater, sondern beschrieb, einen langjährigen Erschöpfungszustand, der die Beschwerdeführerin zum Teil bei externen Belastungen ganz erheblich in ihrer Leistungsfähigkeit mindere und medikamentös nur schlecht angebar sei. Dr. K._____ erwähnte somit eine externe Belastung, daher genügt es nicht, für die Verneinung einer PTBS auf die Latenzzeit zu verweisen, reagierte die Beschwerdeführerin doch nicht erst im Jahr 2015, sondern bereits Ende Dezember 2011 also kurz nach dem Einbruchdiebstahl mit psychischen Störungen, welche sie veranlasste, ihren Hausarzt aufzusuchen.

E. 5.4.5

Die Beschwerdeführerin leidet zwar gemäss eigenen Angaben an Flashbacks und Albträumen (BVGer 24/8), was jedoch für die Begründung der Diagnose einer PTBS nicht genügt.

E. 5.4.6

Das Gutachten von Dr. M. _____ vom 21. März 2014 (Vorakten 49) sollte die Frage klären, ob medizinische Gründe gegen die Teilnahme der Beschwerdeführerin an einer Gerichtsverhandlung sprechen würden und ob allenfalls eine Betreuung notwendig wäre. Beim Gutachten handelt es sich folglich um eine Momentaufnahme und sagt als solche nichts über den Zeitpunkt vor der Begutachtung aus. Dr. M. _____ nannte verschiedene Belastungsfaktoren, jedoch keine ein Trauma auslösende spezifische Situation. Sowohl in den Berichten der psychiatrischen Tagesklinik Q. _____ vom 23. Dezember 2015 (BVGer act. 24/6) und vom 8. Januar 2016 (BVGer act. 24/5) als auch im Gutachten von Dr. M. _____ (Vorakten 49) fehlt eine hinreichende Herleitung der PTBS und eine Begründung, warum sie nach Jahren nach dem Einbruchdiebstahl immer noch anhalten soll, womit die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Feststellung einer PTBS (vgl. BGE 142 V 342) nicht beachtet worden sind.

E. 5.4.7

Aus dem Gesagten ergibt sich zusammenfassend, dass die Berichte der psychiatrischen Tagesklinik Q. _____ vom 23. Dezember 2015 (BVGer act. 24/6) und vom 8. Januar 2016 (BVGer act. 24/5) sowie das Betreuungsgutachten von Dr. M. _____ vom 8. Januar 2016 nicht hinreichend begründet wurden. Es wurde insbesondere nicht erläutert, warum erst im Jahr 2015 die Diagnose einer PTBS gestellt wurde und warum der Einbruchdiebstahl als auslösender Faktor genügen soll, obwohl er nicht besonders schwer war. Die vorliegenden medizinischen Akten genügen daher nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellen, ob eine PTBS vorliegt oder nicht. In dieser Hinsicht ist der Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt. Da nicht feststeht, ob eine PTBS besteht bzw. bestand, kann auch nicht festgestellt werden, ob sich daraus eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) entwickelt hat.

E. 5.5.1

Die Vorinstanz stütze ihre Annahme, dass eine Anpassungsstörung vorliegt, insbesondere auf das psychiatrische Gutachten von Dr. E. _____ vom 17. Juli 2013 (Vorakten 22).

E. 5.5.2

Hinsichtlich dem psychiatrischen Gutachten vom 17. Juli 2013 monierte die Beschwerdeführerin (BVGer act. 24), dieses habe nur zehn Minuten gedauert. Zudem sei es oberflächlich und die darin gezogenen Schlüsse unrealistisch (BVGer act. 37).

E. 5.5.3

Dr. E. _____ gab die Dauer der Untersuchung nicht an, sie hielt jedoch fest, es handle sich um eine eingehende Untersuchung. Im Gutachten werden umfassende Informationen zur Anamnese aufgeführt, welche sich allein durch ein zehnmütiges Gespräch und durch Aktenstudium nicht hätten erheben lassen. Daher ist anzunehmen, dass die Untersuchung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit länger als zehn Minuten gedauert hat, wie lange genau ist vorliegend nicht relevant. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern darauf, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des BGer 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3 mit Hinweis auf 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3).

E. 5.5.4

Es ist nachvollziehbar, dass Dr. E._____, welche nach eigenen Angaben, keinen nennenswerten pathologischen Befund feststellen konnte, zum Schluss kam, die Beschwerdeführerin sei im zuletzt ausgeübten Beruf als Grafikdesignerin zu über 6 Stunden arbeitsfähig. Hingegen ist nicht einzusehen, warum sie bei fehlendem pathologischem Befund die Diagnose einer Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F 43.2 stellte. Dr. E._____ begründete weder ihre Diagnose näher, noch warum sich diese nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken soll und warum sie von den Diagnosen der anderen Ärzte abwich. Sie führte die Arztberichte von Dr. L._____ vom 4. August 2011 (Vorakten 18) und von Dr. K._____ vom 12. April 2013 (recte 11. April 2013, Vorakten 17) zwar in ihrem Gutachten auf ohne jedoch darauf einzugehen.

E. 5.5.5

Der von der Vorinstanz beigezogene IV-Arzt Dr. P._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 7. November 2014 fest (Vorakten 56), die Psychiaterin Dr. E._____ habe eine Anpassungsstörung diagnostiziert und diese mit "ängstlich" spezifiziert, was nur heissen könne "Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt" gemäss ICD-10 F 43.22, da es sonst keine Anpassungsstörungen gebe, in welchen spezifisch Angst miterwähnt werde. Diese Störung aber dauere gemäss den ICD-Definitionen nur 6 Monate. Es ist fraglich, ob Dr. E._____, eine "Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt" gemäss ICD-10 F 43.22 diagnostizieren wollte, schrieb sie doch auf dem dem Gutachten beigelegten Formular explizit F 43.2 (Vorakten 22/11). Es ist jedoch auch nicht einzusehen, warum die Gutachterin die Anpassungsstörung als ängstlich spezifizierte, aber dann den Code F 43.2 und nicht F 43.22 verwendete. Die Diagnose von Dr. E._____ erweist sich aufgrund der Hinweise von Dr. P._____ als nicht nachvollziehbar. Zudem ist nicht begreiflich, warum Dr. E._____ die Diagnose einer Anpassungsstörung stellte, wenn sie zuvor festhielt, keinen pathologischen Befund erhoben zu haben.

E. 5.5.6

Aus dem Gesagten erweist sich das Gutachten von Dr. E._____ als nicht schlüssig. Mangels hinreichend beweiswertigen medizinischen Unterlagen ist es dem Bundesverwaltungsgericht vorliegend nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, ob eine Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.2) vorliegt oder nicht.

E. 5.6.1

Hinsichtlich der Diagnose "Depression" ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben unter Albträumen, Schlafstörungen, Schlaflosigkeit, Flashbacks, Angstzuständen, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, mangelndem Selbstbewusstsein, extremer Müdigkeit, dem Gefühl von Wertlosigkeit "sie könne ihrem Sohn nichts mehr bieten", und Hilflosigkeit leidet und sich manchmal "schachmatt" fühlt (Vorakten 16/19, BVGer act. 1, 24, 24/8, 29). Die beschriebenen Symptome könnten auf eine Depression hinweisen (vgl. E. 5.2.1 hiervor).

E. 5.6.2

Zudem ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin unter erheblichen psychosozialen Problemen leidet. So verlor sie durch den Einbruchdiebstahl/Vandalismus im Jahr 2011 ihre berufliche Existenz und lebt seitdem von Arbeitslosengeld (Vorakten 16/17). Weiter

befürchtet sie den Verlust ihrer Wohnung (BVGer act. 24). Ausserdem belastet sie die schwere Krankheit ihres Ehemannes, welcher teilweise bettlägerig ist (Vorakten 16/19).

E. 5.6.3

Bei der Würdigung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin sind die erheblichen psychosozialen Belastungen mitzuberücksichtigen. Wie unter E. 3.1.3 hiavor erörtert, muss je stärker psychosoziale Faktoren in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter eine fachärztlich festgestellte psychiatrische Störung von Krankheitswert sein. Zu untersuchen ist somit, ob eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder ein damit vergleichbarer psychischer Leidenszustand besteht.

E. 5.6.4

Die Beschwerdeführerin wurde von ihrem Hausarzt Dr. K._____ als depressiv mit gemindertem Allgemeinzustand sowie erschöpft mit geminderter Konzentration beschrieben (BVGer act. 24/1, 25/2). Da Dr. K._____ kein Psychiater ist und seine Befunde nicht hinreichend begründete, kann auf seine allgemeine Diagnose "Depression" nicht abgestellt werden.

E. 5.6.5

Dr. B._____ konnte am 28. Januar 2015 (Vorakten 62) weder gravierende Konzentrations- noch Gedächtnisstörungen feststellen. Formale Denkstörungen und Suizidalität wurden ebenfalls verneint. Hingegen wurde von chronisch depressiven Beschwerden mit Antriebsminderung, traurig-gedrückter Grundstimmung, hoher Anspannung, Ängsten, Verbitterung, Schlafstörungen trotz medikamentöser Behandlung, Hilflosigkeit und Insuffizienzerleben berichtet. Das Beck-Depressions-Inventar habe einen Wert von 41 ergeben, was auf ein schweres depressives Syndrom hinweisen würde. Dr. B._____ erwähnte zwar Symptome, welche auf eine schwere Depression hinweisen können, bei der Begründung der Diagnose chronische und schwere Depression (ICD-10 F 32.2) erwähnte sie jedoch ausschliesslich psychosoziale Faktoren wie multiple und kumulative Belastungen im privaten und beruflichen Lebensbereich mit Verlust der selbstständigen Existenz, sozialem Abstieg, schweren gesundheitlichen Bedrohungen des Ehemannes der Beschwerdeführerin und dem subjektiven Erleben von Ungerechtigkeiten bei den Ermittlungen durch die Behörden. Weiter erläuterte Dr. P._____, Psychiater des medizinischen Dienstes der IVSTA, dass für die Annahme einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2) nicht hinreichend Kriterien vorhanden seien (Vorakten 65). Die Stellungnahme von Dr. P._____ vom 9. März 2015 weckt erhebliche Zweifel an der Diagnose von Dr. B._____. Aus dem Bericht ergibt sich somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, ob eine von psychosozialen Umständen verselbstständigte Depression im fachmedizinischen Sinn vorliegt. Auch aus den anderen psychiatrischen Unterlagen lässt sich diese Frage nicht klären. Der Sachverhalt erweist sich damit auch hinsichtlich der Unterscheidung zwischen Auswirkungen der psychiatrischen Beschwerden und psychosozialen Umständen als nicht hinreichend abgeklärt, womit es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich ist, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzustellen, ob eine von psychosozialen Umständen verselbstständigte Depression im fachmedizinischen Sinne vorliegt oder nicht.

E. 5.7

Zusammenfassend ergibt die Beweiswürdigung, dass die vorliegenden medizinischen Akten nicht genügen, um festzustellen, ob die eine oder andere psychiatrische Diagnose gegeben ist. Womit weitere Abklärungen durch die Vorinstanz notwendig sind. Das Bundesgericht hielt im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 4.1.2 betreffend psychiatrischer Diagnosen und Leistungsfähigkeit fest, dass in der Medizin Krankheitsbilder und -begriffe nicht feststehen würden. Die psychiatrische Terminologie, die Formulierung der Diagnosekriterien wie auch die diagnostische Einordnung klinischer Befunde seien vielmehr einem steten Wandel unterzogen. Einzelne Diagnosekriterien oder Diagnosen selbst würden wegfallen oder neue neu hinzukommen. Krankheitsbilder könnten sich überlappen oder zusammen auftreten. Die ständige Weiterentwicklung der Diagnose bestätige, dass die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein das dennoch objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegen würde. Weiter hielt das Bundesgericht fest, für die Diagnostik psychischer Störungen sei weder im naturwissenschaftlichen noch im psychologisch-testtheoretischen Sinn von einer hohen Objektivität auszugehen. Psychische Leiden seien wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis sei indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestehen würden, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden (E. 7.1). Das Bundesgericht erwog weiter, es seien grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen würden stets mit der Rechtsfrage enden, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (E. 7.2). Die Vorinstanz wird demnach die weiteren psychiatrischen Abklärungen im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 durchzuführen haben.

E. 6.1

In somatischer Hinsicht wurde erstmals im Jahr 2003 eine Colitis ulcerosa diagnostiziert und die Diagnose in den nachfolgenden Jahren bestätigt (Vorakten 17, 19, 32/2, 32, 49, BVGer act. 24/1, 37/2). Den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung (vgl. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/begutachtung/leitlinie_leistungsfahigkeit_darm_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=; im Folgenden: Leitlinie) ist zu entnehmen, dass es sich bei der Colitis ulcerosa um eine chronisch-rezidivierende Entzündung des Dickdarmes handelt (vgl. Leitlinie S. 6). Die Krankheit verläuft in Schüben. Charakteristisch sind blutige Diarrhö und krampfartige Abdominalschmerzen, die in schweren Fällen mit Fieber und Gewichtsverlust einhergehen. Die Stuhlfrequenz kann während schwerer Schübe bei 30 Stühlen pro Tag liegen. Bauchschmerzen vor oder unmittelbar nach dem Stuhlgang sind häufig. Ebenso sind Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Fieber sowie Leukozytose (Anmerkung BVGer: erhöhte Anzahl von Leukozyten im Blut) und Anämie (Anmerkung BVGer: Blutarmut) häufig (vgl. Leitlinie S. 6, 7). Eine Colitis ulcerosa bewirkt hohe Flüssigkeitsverluste und entsprechende Folgen (vgl. Leitlinie S. 8).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin gab beschwerdeweise an (BVGer act. 1), sie leide an Hautveränderungen (Fisteln), beginnende Inkontinenz (auch Urin, nicht mehr nur Kot),

aufgedunsenem Bauch und würde bei einem Schub ständige Toilettennähe benötigen. Zudem sei sie ständig extrem müde und fühle sich "schachmatt". Die Colitis ulcerosa sei 2003 diagnostiziert worden; bis Dezember 2011 habe sie trotzdem gearbeitet, aber bei Schüben seien Arbeitsausfälle eingetreten. Heute könne sie maximal zwei Stunden am Stück sitzen, danach habe sie Steisschmerzen und müsse sich hinlegen. Replikweise ergänzte sie (BVGer act. 24), sie habe wegen der Colitis ulcerosa Beeinträchtigungen bei den Augen, Ellenbogen, Hand- und Kniegelenken sowie diverse Hautveränderungen. Bei einem Schub könne sie die Wohnung nicht mehr verlassen. Die Durchfälle und die Bauchschmerzen würden zunehmen. Manchmal habe sie so starke Bauchschmerzen, dass sie nicht mehr gehen könne. Während den Remissionsphasen habe sie unkontrollierbar, parallel zum Wasserlassen, Stuhlabgänge. Manchmal auch ohne Wasserlassen, was ein ständiges Schamgefühl zur Folge habe, besonders auch durch die ebenfalls nicht kontrollierbare Verdauungswinde. Weiter gab die Beschwerdeführerin an, sie fühle sich kraftlos (BVGer act. 29).

E. 6.3

Aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome, insbesondere Durchfälle und Bauchschmerzen, sowie aufgrund der Koloskopie vom 12. Oktober 2010 (Vorakten 19/1), welche eine Entzündung im unteren Rektum zeigte, ist die Diagnose einer Colitis ulcerosa nachvollziehbar, was von den Parteien denn auch nicht bestritten wurde. Umstritten sind hingegen die Auswirkungen dieser Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit. Während die Beschwerdeführerin sich als arbeitsunfähig erachtet, ist die Vorinstanz unter Beizug ihres medizinischen Dienstes, Stellungnahme von Dr. O. _____ vom 27. Juli 2014 (Vorakten 53), welcher sich seinerseits auf das Gutachten von Dr. D. _____ vom 14. August 2013 (Vorakten 23) stützte, der Ansicht, dass sich die Colitis ulcerosa nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt. Bei der Stellungnahme von Dr. O. _____ handelt es sich um einen Aktenbericht, auf den nur dann abgestellt werden kann, wenn er sich auf beweiskräftige fachärztliche Berichte stützen lässt.

E. 6.4

Das Gutachten von Dr. D. _____ vom 14. August 2013 umfasst sieben Seiten und ist damit konzis. Dr. D. _____ lagen die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin vom 3. Februar 2013 (Vorakten 16/18), der internistische ambulante Bericht von Dr. J. _____ vom 12. Oktober 2010 (Vorakten 19) und der ambulante psychiatrische Bericht von Dr. L. _____ vom 4. August 2011 (Vorakten 18) vor. Zudem untersuchte der Gutachter die Beschwerdeführerin und führte eine Abdomensonographie sowie ein Belastungs-EKG durch. Er kam zum Schluss, nach dem vorliegenden Endoskopiebericht sei die Colitis ulcerosa geringfügig ausgeprägt. Es werde keine regelmässige Therapie durchgeführt sondern nur eine Bedarfsmedikation. Er habe bei der Untersuchung der Beschwerdeführerin einen Allgemeinzustand ohne auffallenden somatischen Befund angetroffen. Hieraus ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin ihre letzte berufliche Tätigkeit als Grafikdesignerin vollschichtig ausüben könne. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei eine mittelschwere Tätigkeit ohne Einschränkungen möglich.

E. 6.5

Die Annahme, von Dr. D. _____, wonach die Colitis ulcerosa geringfügig ausgeprägt ist, entspricht dem Befundbericht von Dr. J. _____ vom 12. Oktober 2010 (Vorakten 19). Zudem hat Dr. G. _____ die Beschwerdeführerin am 11. Oktober 2006 untersucht und in

seinem Bericht festgehalten (BVGer act. 37/2), bei regelmässigen Koloskopien sei die Ausdehnung immer gering gewesen und Ansprechen auf eine Therapie mit Mesalazin gut. Ausserdem ergibt sich aus den Akten weder ein Hinweis auf Leukozytose noch auf Anämie oder auf eine Mangelernährung, ist die Beschwerdeführerin doch normalgewichtig (65/66kg bei einer Körpergrösse von 164cm, BVGer act. 25/2, 24/1, Vorakten 23, 17). Die Annahme einer geringen Ausdehnung der Colitis ulcerosa ist damit nicht zu beanstanden.

E. 6.6

Die Beschwerdeführerin gab an (Beschwerde S. 4, BVGer act. 1), trotz der Colitis ulcerosa bis Dezember 2011 gearbeitet zu haben, wobei aktive Schübe zu Arbeitsausfällen geführt hätten. Hieraus ergibt sich, dass die Arbeitsfähigkeit während den Remissionsphasen aufgrund der limitierten (die Koloskopien zeigten eine geringe Ausdehnung) und milden Krankheitsausprägung (gut behandelbar mit Mesalazin) nicht relevant eingeschränkt war. Hinsichtlich den Auswirkungen eines akuten Schubes gibt der Bericht von Dr. J. _____ vom 12. Oktober 2010 (Vorakten 19) Aufschluss, denn Dr. J. _____ untersuchte die Beschwerdeführerin während eines akuten Schubes. Er stellte dabei eine geringe aktive Entzündung fest, sprach von einem geringen Befund und erachtete eine Lokaltherapie mit Mesalazin als ausreichend. Die Annahme von Dr. D. _____, wonach die Colitis-Symptomatik gering ausgeprägt sei, lässt sich demnach auf die Angaben der Beschwerdeführerin und die Akten stützen.

E. 6.7

Aus dem Gesagten erhellt, dass das Gutachten von Dr. D. _____ hinsichtlich der Krankheit Colitis ulcerosa und deren Auswirkungen als nachvollziehbar und schlüssig erscheint. Da die Beschwerdeführerin entgegen der Annahme von Dr. D. _____ jedoch nicht nur an Colitis ulcerosa leidet, sondern auch an einer Schilddrüsenerkrankung (BVGer act. 37/2, 24/6), Tinnitus (BVGer act. 24/1), Wirbelsäulenschmerzen (BVGer act. 24/1), Refraktionsamblyopie bei Hyperopie beim linken Auge (BVGer act. 24/7), Blepharokonjunktivitis sicca., Astigmatismus und Presbyopie beim rechten Auge ist es dennoch keine hinreichende Grundlage für die Beurteilung der somatischen Einschränkungen.

E. 7.1

Einzelne Beschwerden können nicht losgelöst voneinander beurteilt werden. Die Beschwerdeführerin wies selber auf den Zusammenhang zwischen Stress und einem Colitis ulcerosa Schub hin (Vorakten 16/18). Die Colitis ulcerosa ist gemäss den bildgebenden Befunde vom 12. Oktober 2010 (Vorakten 19) nicht ausgeprägt, womit sich in der Tat die Frage aufdrängt, ob die Leiden der Beschwerdeführerin aus einem Zusammenspiel der Colitis ulcerosa und den psychischen Beschwerden resultieren. Zudem stellt sich die Frage, wie sich die weiteren somatischen Leiden (Schilddrüsenunterfunktion, Wirbelsäulenschmerzen, Tinnitus) auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Das Zusammenwirken der verschiedenen Befunde, wurde durch die Vorinstanz nicht abgeklärt.

E. 7.2

Zudem ist hinsichtlich dem Leistungsprofil die starke Seheinschränkung am linken Auge zu berücksichtigen. Einschränkungen des räumlichen Sehens verhindern die Ausübung bestimmter Berufe, was allenfalls auch für das graphische Gewerbe, die Beschwerdeführerin ist Graphikdesignerin, zutreffen könnte. Die Vorinstanz wird daher zu

prüfen haben, ob und wie sich die Sehbeeinträchtigung auf die Leistungsfähigkeit auswirkt.

E. 7.3

Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Insbesondere fehlt eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen und psychiatrischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4), was durch die Vorinstanz nachzuholen ist.

E. 8

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt nicht allseitig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Es kann mithin nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 m.H.).

E. 8.1

Die Vorinstanz wird unter Beizug der kantonalen IV-Stelle H._____ die Akten zu vervollständigen haben und unter anderem die Unterlagen bei der R._____ Versicherungen AG, wie ein unterschriebenes Doppel oder eine unterschriebene Kopie des Berichtes von Dr. G._____ einholen müssen, damit sie bei einer erneuten Begutachtung vorliegen. Zudem werden die vorgebrachten Augen- und Schilddrüsenleiden sowie das Meningiom mit zu berücksichtigen sein.

E. 8.2

Hinsichtlich der erneuten Begutachtung sind Expertisen in den Fachbereichen Psychiatrie, Gastroenterologie, Ophthalmologie und Innere Medizin 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 über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung 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, Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Überdies sind die möglichen Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Diagnosen abzuklären und aufzuzeigen.

E. 8.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorzugsweise in der Schweiz zu erfolgen, zumal 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; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3) und insbesondere in psychiatrischer Hinsicht ein Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchzuführen ist (vgl. Urteil des BGer 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.2). Der Beschwerdeführerin ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu

stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.).

E. 8.4

Es sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, zumal die Beschwerdeführerin in unmittelbarer Nähe zur Landesgrenze wohnt. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 8.5

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes unter Beizug der IV-Stelle H._____ (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes insgesamt auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) und erstmals auch die vorliegend für die Abklärungen zuständige IV-Stelle H._____ involviert wird. Würde eine mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. Dies gilt insbesondere in Fällen wie dem vorliegenden, bei welchen die gebotene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu Unrecht unterlassen worden ist. Daher ist die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie im Zusammenspiel mit der IV-Stelle H._____ ein polydisziplinäres Gutachten einholen kann.

E. 9

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

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (vgl. BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der Beschwerdeführerin sind keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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