

BVGer C-4634/2014 vom 5. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4634_2014

FR: TAF C-4634/2014 du 5 septembre 2016

IT: TAF C-4634/2014 del 5 settembre 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

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

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (vgl. zum Ganzen Urteil des BVGer C-6546/2010 vom 13. November 2013 E. 2.3).

E. 2.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (geändert durch die Verordnung [EG] Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 2.3

Gemäss Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 tritt diese Verordnung im Rahmen ihres Geltungsbereichs an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben.

E. 2.4

Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, sofern die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall.

E. 2.5

Vorliegend beurteilt sich die Frage, ob Anspruch auf IV-Rentenleistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (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 sowie E. 4.5 hiernach).

E. 2.6

Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides (hier: 23. Juli 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 23. Juli 2014 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 (vgl. BGE 130 V 445).

E. 2.6.1

Damit finden vorliegend grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011

[AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in der entsprechenden Fassung).

E. 2.6.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3.1

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 3.3

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. 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 (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C_693/2010 E. 10; vgl. auch Urteil des BGer 9C_732/2015 vom 29. März 2016 E. 3.1.2).

E. 3.4

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. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden

hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

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

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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.

E. 4.3

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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie vorliegend - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. 130 V 253 Regeste und E. 2.3).

E. 4.4

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren der versicherten Person, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein, wobei mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten sind. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Nach Eingang der Anmeldung zum Leistungsbezug fällt es der IV-Stelle zu die Verhältnisse abzuklären (Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV). In Ergänzung und Präzisierung zu Art. 43 Abs. 1 ATSG hält Art. 69 Abs. 2 IVV (in der seit 1. Januar 2003 in Kraft stehenden Fassung in Verbindung mit Art. 1 und Art. 57 Abs. 2 IVG) fest, dass die IV-Stelle, wenn die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind, die erforderlichen Unterlagen, insbesondere über den Gesundheitszustand, die Tätigkeit, die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person sowie die Zweckmässigkeit bestimmter Eingliederungsmassnahmen, beschafft und zu diesem Zwecke Berichte und Auskünfte verlangen, Gutachten einholen, Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen sowie Spezialisten der öffentlichen oder privaten Invalidenhilfe beiziehen kann. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.5

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a sowie E. 3.4 hiervor).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des 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). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 254 E. 3.3.2).

E. 4.7

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte

medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

E. 5

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz zu Recht gestützt auf die Beurteilung des RAD vom 28. Januar 2014 das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob sich aufgrund der Aktenlage der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.1

Die Vorinstanz hält in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 28. Januar 2014 fest, dass eine gesundheitliche Einschränkung vorliege, welche weitestgehend auf eine psychosoziale Belastungssituation nach Verlust des Ehemannes mit verzögerter Trauerreaktion zurückzuführen sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die psychischen Leiden aufgrund der psychosozialen Belastungsfaktoren entstanden und nach Wegfallen dieser Faktoren sei mit Abklingen der Trauerreaktion wieder die frühere Belastbarkeit zu erwarten. Somit handle es sich nicht um eine verselbständigte psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Durch die Weiterführung der fachmedizinischen Behandlung könne eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Die von der Beschwerdeführerin erwähnte dauerhafte ambulante Psychotherapie diene lediglich dazu, den Gesundheitszustand zu erhalten. Es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, der einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung begründe (vgl. Dok. 10 und act. 38). Mit Vernehmlassung vom 17. September 2014 (BVGer-act. 3), Duplik vom 21. November 2014 (BVGer-act. 9) sowie mit Stellungnahmen vom 13. Januar 2016 (BVGer-act. 15) und vom 22. Juni 2016 hielt sie jeweils an ihren Ausführungen fest.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, sie leide nicht mehr an einer psychosozialen Störung, sondern seit zwei Jahren an schweren Depressionen. Sie sei deshalb nicht arbeitsfähig. Weil sie bisher kein Gutachter in der Schweiz untersucht habe, könne keiner wissen wie es ihr tatsächlich gehe. Im Weiteren wies sie darauf hin, dass sie nach einem Suizidversuch erneut in stationärer Behandlung gewesen sei (vgl. BVGer-act. 1). Mit Replik vom 21. Oktober 2014 reichte sie einen Entlassungsbrief des Zentrums N._____ vom 23. September 2014 ein, der diesen in der Beschwerdeschrift erwähnten stationären Aufenthalt belegt. Zudem erklärte sie sich bereit, sich von einem Gutachter untersuchen zu lassen (vgl. BVGer-act. 7, Beilage)

E. 6.1

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2014 zeigte sich aufgrund der der Vorinstanz vorliegenden medizinischen Akten aus Deutschland sowie aufgrund der weiteren Abklärungen seitens der Vorinstanz im Wesentlichen folgendes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin:

E. 6.1.1

Im zuhanden der IV-Stelle Y. _____ erstellten Arztbericht der H. _____ vom 23. November 2012 (act. 9) diagnostizierte Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie, eine depressive Episode schweren Grades mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei rezidivierender depressiver Erkrankung mit massiver Suizidalität (ICD-10: F33.2). Im Weiteren nannte er eine Kniearthrose rechts sowie eine Adipositas, Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren berichtete der Psychiater, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 8. Oktober 2012 zum zweiten Mal in stationärer Behandlung befinde. Seit dem Tod ihres Ehemannes vor eineinhalb Jahren habe sich eine rezidivierende depressive Symptomatik mit massiver Antriebslosigkeit, innerer Unruhe, Schlafstörungen, Früherwachen und Sinnlosigkeitsgedanken mit massiver Suizidalität gezeigt. Zwischenzeitlich sei eine kurzfristige Besserung eingetreten, jedoch habe sich nach einer Rückkehr in das heimische Umfeld rasch wieder eine erhebliche depressive Dekompensation eingestellt. Für den angelernten Beruf als Chemikantin wie auch für sonstige Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes würde eine schwergradige Leistungsminderung bestehen. Nach Abklingen der Depression sei jedoch mit einer Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit zu rechnen. Eine Wiedereingliederung sei ab dem 10. Dezember 2012 zu 50 % möglich (vgl. act. 9 S. 5 ff.).

E. 6.1.2

Im Bericht zuhanden des Hausarztes Dr. med. B. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 15. Januar 2013 (act. 15 S. 4-7), welcher ebenfalls aufgrund des vorerwähnten stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin verfasst wurde, berichtete Dr. med. C. _____ (...) von einem Rezidiv einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.2) sowie von einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Im Weiteren führte er aus, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss an die letzte stationäre Entlassung ohne erkennbaren äusseren Anlass sehr rasch wieder depressiv dekompenziert sei. Hinsichtlich des psychischen Befunds erhob er, dass die Beschwerdeführerin in der Stimmungslage deutlich depressiv, nahezu starr und kaum erreichbar sei. Im Weiteren sei sie nicht schwingungsfähig, psychomotorisch erheblich unruhig und kaum zugänglich. Im Gespräch wirke sie sehr nihilistisch, auf Sinnlosigkeitsgedanken fixiert sowie deutlich suizidal. Paranoide Inhalte würden dagegen nicht geschildert und primär hirnorganische Defizite seien nicht feststellbar. Zum Verlauf hielt Dr. med. C. _____ fest, die Behandlung sei äusserst schwierig verlaufen, zumal sich die Symptomatik gegenüber einer depressiven Medikation als refraktär erwiesen habe. Eine gewisse Besserung habe nach mehrmaligen Umstellungsversuchen erreicht werden können. Massive Stimmungsschwankungen hätten immer wieder notfallmässig psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen erforderlich gemacht. Nachdem sich die suizidalen Gedanken zurückgebildet hätten, sei die Beschwerdeführerin in die Tagesklinik versetzt worden und anschliessend am 4. Januar 2013 entlassen worden, wobei eine ambulante Weiterbehandlung durch Dr. med. C. _____ vorgesehen sei. Ab dem 7. Januar 2013 sei zudem eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt vorgesehen (vgl. act. 15 S. 4-7 und 42 S. 22-24; vgl. zur Wiedereingliederung auch act. 10).

E. 6.2

Die von Dr. med. C. _____ erwähnte Wiedereingliederung sei gemäss Auskunft der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin zunächst gut bis sehr gut verlaufen. Allerdings sei die Beschwerdeführerin ab Mitte März 2013 wieder zu 100 % arbeitsunfähig

gewesen, weshalb ihr von der Arbeitgeberin gekündigt worden sei. Im Weiteren wies die Krankentaggeldversicherung darauf hin, dass per 2. April 2013 ein weiterer stationärer Aufenthalt in der H._____ erfolgte (vgl. act. 29 S. 3).

E. 6.2.1

Im zuhanden der IV-Stelle Y._____ verfassten Formularbericht E 213 vom 29. April 2013 (act. 18) gab Dr. med. C._____ erneut eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2) - jedoch ohne Bezeichnung des genauen Schweregrads - als Diagnosen an. Neu stellte er auch die Diagnose einer sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8). Im Weiteren führte er aus, dass es bei der Beschwerdeführerin durch den Tod des Ehemannes und der damit in Verbindung stehenden posttraumatischen Belastungsstörung zu einem anhaltenden depressiven Verstimmungszustand gekommen sei, der weder durch ambulante psychiatrische Massnahmen noch durch stationäre Behandlungen hinreichend habe gebessert werden können. Mittlerweile habe die Erkrankung auch zum Verlust der Arbeitsstelle geführt, wodurch die psychosoziale Konstellation weiter verschlechtert werde (vgl. Ziff. 8). Die depressive Symptomatik habe sich ein wenig gebessert, sei jedoch in Belastungssituationen wieder rückläufig gewesen. Es bestehe eine anhaltende Depression, wodurch die Funktionalität im Alltag deutlich eingeschränkt sei. Derzeit sei die Beschwerdeführerin nicht einsatzfähig (vgl. act. 18 Ziff. 7-9).

E. 6.2.2

Am 7. August 2013 teilte die Krankentaggeldversicherung mit, dass die Beschwerdeführerin bis zum 31. Juli 2013 in der Tagesklinik der H._____ in Behandlung gewesen sei (vgl. act. 29 S. 4). Am 27. August 2013 informierte sie die IV-Stelle Y._____, dass per 25. August 2013 ein erneuter Arbeitsversuch geplant gewesen sei, die Beschwerdeführerin sich jedoch dazu nicht in der Lage gefühlt habe (vgl. act. 29 S. 4). Am 8. Oktober 2013 setzte die Krankentaggeldversicherung die IV-Stelle Y._____ darüber in Kenntnis, dass die Beschwerdeführerin seit dem 17. September 2013 erneut stationär in eine Klinik eingetreten sei. Überdies gab sie bekannt, dass der Fall mangels erkennbarer beruflicher Eingliederung vom Care Management eingestellt werde. Schliesslich teilte die Krankentaggeldversicherung am 10. Dezember 2013 der IV-Stelle mit, dass die Beschwerdeführerin während neun Wochen in der F._____ stationär in Behandlung gewesen und der Austritt vor ca. zwei Wochen erfolgt sei (vgl. zum Ganzen act. 29 S. 4).

E. 6.2.3

Im Entlassbericht der F._____ vom 17. Dezember 2013 (act. 24), in welcher sich die Beschwerdeführerin vom 18. September 2013 bis zum 21. November 2013 in stationärer Behandlung befand, werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und eine Anpassungsstörung (verlängerte, verzögerte Trauerreaktion (ICD-10: F43.2) als Diagnosen genannt. Im Bericht wird von einem längeren stationären Verlauf mit zwischenzeitlicher Suizidalität und einem Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung berichtet. Erst nach mehrfacher Änderung der Medikation habe eine ausreichende Stimmungsstabilisierung erreicht werden können. Im Weiteren wird erwähnt, dass die Beschwerdeführerin eine Woche vor der Entlassung starke lumbale sowie Beinschmerzen mit Parästhesien gehabt habe. Eine neurologische Abklärung wurde daher empfohlen. Ebenso wurde dringend zu einer ambulanten Psychotherapie geraten.

E. 6.3

Die Vorinstanz hat die zuvor zitierten ärztlichen Berichte (vgl. E. 6.1.1 f., 6.2.1 und 6.2.3 hiervor) dem RAD zur Beurteilung vorgelegt.

E. 6.3.1

Hierzu gilt vorab festzuhalten, dass die RAD den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung stehen. Sie 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 (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Auf die Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes kann aber nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Vorliegend hat der RAD-Arzt Med. prakt. R. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin vorgenommen. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nicht an sich ein Grund, um einen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Soweit IV-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD 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). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 6.3.2

Der RAD-Arzt Med. prakt. R. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 28. Januar 2014 Stellung (vgl. act. 29 S. 5 f.). Aufgrund der ihm vorgelegten medizinischen Unterlagen stellte er im Gegensatz zu den deutschen Ärzten lediglich Anpassungsstörungen (verlängerte, verzögerte Trauerreaktion; ICD-10: F43.2) und selbstunsichere Persönlichkeitsanteile als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte der RAD-Arzt hingegen keine. Er führte aus, dass im Bericht der F. _____ vom 17. Dezember 2013 eine schwere Depression diagnostiziert werde, ohne dass der Befund diese Schwere belege. Da vor dem Tod des Ehemannes keine Depression vorgelegen habe, könne keine rezidivierende depressive Störung vorliegen. Vielmehr gebe die verzögerte Trauerreaktion die ICD-gemässe Diagnose wieder. Im Weiteren führte er hinsichtlich des Berichts der H. _____ vom 29. April 2013 aus, dass "trotz des anhaltenden Verstimmungszustandes"

eine rezidivierende depressive Störung gemäss ICD-10 F33.2 diagnostiziert werde. Überdies sollte nach dem Krebstod des Ehemannes laut ICD keine "posttraumatische Belastungsstörung" diagnostiziert werden. Als Einschränkungen für die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin nannte Med. prakt. R. _____: "mehrmals suizidal". Hinsichtlich des Belastungsprofils führte er aus, nach Abklingen der Trauerreaktion sei wieder die frühere Belastbarkeit zu erwarten. Aufgrund der Aufenthalte in der H. _____ vom 8. Oktober 2012 bis zum 5. Dezember 2012 (stationär) sowie vom 5. Dezember 2012 bis zum 4. Januar 2013 (Tagesklinik) und dem Aufenthalt in der F. _____ vom 18. September 2013 (recte: 17. September 2013) bis zum 21. November 2013 (stationär) attestierte er für die entsprechenden Zeiträume eine volle Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten Beruf als auch in angepassten Tätigkeiten.

E. 6.3.3

In der rudimentären Stellungnahme des RAD-Arztes Med. prakt. R. _____ vom 28. Januar 2014 fehlt es an einer überzeugenden und nachvollziehbaren Begründung, weshalb er hinsichtlich der Diagnosestellung von den deutschen Ärzten abweicht. Zwar erwähnt er, dass vorliegend keine Befunde erhoben wurden, die die Diagnose einer schweren Depression rechtfertigen würden, und dass die "verzögerte Trauerreaktion die ICD-gemässe Diagnose" wiedergeben würde. Jedoch findet in der RAD-Stellungnahme keine erkennbare ausführliche Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen der deutschen Ärzte statt. Zudem begründet er nicht, weshalb vorliegend aufgrund des Krebstodes des Ehemannes keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden dürfe. Weder führt er aus, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um die von den deutschen Ärzten festgestellten Diagnosen zu rechtfertigen, noch begründet er hinreichend, weshalb die Voraussetzungen für ihre Diagnosen vorliegend nicht gegeben sind. Ebenso mangelt es an einer einlässlichen und nachvollziehbaren Begründung, weshalb der RAD-Arzt zu seinen Schlussfolgerungen gelangt.

E. 6.3.4

Im Weiteren hat sich der RAD-Arzt auch nicht ansatzweise aus psychiatrischer Sicht zur mehrfach dokumentierten Suizidalität der Beschwerdeführerin geäussert - ein ernstzunehmender Umstand, der sich schliesslich nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2014 auch manifestiert hat (vgl. dazu den Entlassungsbericht des Zentrums N. _____ vom 23. September 2014 [Beilage zu BVGer-act. 7] sowie Verlegungsbrief des V. _____ vom 11. August 2014 [hier stationäre Behandlung vom 28. Juli bis 5. August 2014 bei schwerer depressiver Episode mit Suizidalität; Z.n. Medikamentenintoxikation in fraglich suizidaler Absicht, Beilage zu BVGer-act. 20; vgl. auch IV-act. 42 S. 5]) -. Med. prakt. R. _____ erwähnte die mehrfach dokumentierte Suizidalität lediglich indirekt als Einschränkungen in Bezug auf die bisherige berufliche Tätigkeit.

E. 6.3.5

Ferner nahm der RAD keine Stellung zu den körperlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin. Im Bericht vom 23. November 2012 wird zwar lediglich eine Kniearthrose rechts ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt (vgl. act. 9 Ziff. 1.1). Dennoch wäre vorliegend zu begründen gewesen, warum auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann, wurde doch im Austrittsbericht der F. _____ vom 17. Dezember 2013 ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin eine Woche vor Entlassung aus der Behandlung unter starken lumbalen Beinschmerzen mit Parästhesien gelitten habe. Zwar

hätten sich die Beschwerden wieder gebessert, es wurde aber eine neurologische Abklärung empfohlen (vgl. act. 24 S. 4 zweitletzter Absatz; vgl. auch Beilage 18 zu BVGer-act. 12: orthopädische Abklärung wegen Knie- und Hüftschmerzen).

E. 6.4

Sodann formulierte der RAD-Arzt seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zukunftsgerichtet ("Nach Abklingen der Trauerreaktion ist die frühere Belastbarkeit zu erwarten", vgl. act. 29 S. 5). Demnach ist gleichfalls fraglich, ob der medizinische Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt bereits feststand. Jedenfalls kann angesichts der fehlenden eigenen Begutachtung und der abweichenden Diagnosen der behandelnden und begutachtenden Ärzte aus Deutschland vorliegend nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt gesprochen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als in beweisrechtlicher Hinsicht genügend erscheinen lässt (vgl. Urteil des BGer 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.2).

E. 6.4.1

Dies gilt umso mehr, als die Stellungnahme des RAD-Arztes auch nicht auf sämtlichen vor Verfügungserlass verfügbaren medizinischen Unterlagen basierte. So hat die Beschwerdeführerin mit Einwand vom 31. Mai 2014 (act. 34) einen vorläufigen Entlassbrief der F. _____ vom 4. April 2014 eingereicht, gemäss welchem sie sich vom 12. März 2014 bis zum 9. April 2014 in der Klinik zur stationären Behandlung befunden habe. In diesem wird erneut eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) als Diagnose erwähnt (vgl. act. 33). Dieser Bericht wurde dem RAD trotz der erneuten stationären Behandlung gemäss Aktenlage nicht zur Beurteilung vorgelegt. Auch lässt sich dem nach Erlass der Verfügung vom 23. Juli 2014 erstellten Feststellungsblatt vom 30. Juli 2014 Derartiges nicht entnehmen (vgl. act. 40).

E. 6.4.2

Wie den Berichten von Dr. med. C. _____ vom 23. November 2012 und vom 15. Januar 2013 im Weiteren entnommen werden kann, wurde die Beschwerdeführerin ab dem 8. Oktober 2012 bereits zum zweiten Mal stationär behandelt. Insbesondere im zuhanden des Hausarztes Dr. med. B. _____ verfassten Bericht vom 15. Januar 2013 (act. 15 S. 4-7) wird explizit auf die erste stationäre Behandlung Bezug genommen und auf den entsprechenden Austrittsbericht vom 17. September 2012 verwiesen (vgl. act. 15 S. 4). Die für die Abklärung zuständige IV-Stelle Y. _____ bemühte sich jedoch nicht, diesen Bericht einzuholen. Folglich wurde der erste stationäre Aufenthalt der Beschwerdeführerin bei der Beurteilung insbesondere der Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt (vgl. act. 29 S. 5 am Ende). Die IV-Stelle Y. _____ unterliess es auch, den Austrittsbericht zum von der Krankentaggeldversicherung am 7. August 2013 gemeldeten stationären Aufenthalt in der Tagesklinik der H. _____ einzuholen (vgl. hierzu act. 29 S. 4 sowie E. 6.2.2 hiervor). Sie verfügte lediglich über den am 5. April 2013 angeforderten Formularbericht E 213 vom 29. April 2013 (vgl. act. 15 S. 4-7 und 17 f.).

E. 6.5

Darüber hinaus hätten auch über die deutsche Rentenversicherung weitere medizinische Dokumente eingeholt werden können. Allerdings wurde vorliegend das zwischenstaatliche Verfahren von der Vorinstanz offensichtlich nicht eröffnet, obwohl dieses gemäss Randziffer 2024 des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL (KSBIL; in der Fassung vom 1. Januar 2013) ohne Zuwarten einzuleiten

ist. Weshalb es nicht eingeleitet wurde, ist aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar. Am 4. Juni 2013 wurde die Vorinstanz von der für die Entgegennahme und Prüfung zuständigen IV-Stelle Y. _____ (vgl. Art. 40 Abs. 2 IVV) informiert, dass sich die Beschwerdeführerin zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet habe (vgl. Dok. 1 und act. 20). Die Vorinstanz teilte der IV-Stelle Y. _____ am 21. Juni 2013 telefonisch mit, dass das zwischenstaatliche Verfahren von ihr eingeleitet werden sollte, dies jedoch ohne Anmeldeformular nicht möglich sei und daher das Schreiben vom 4. Juni 2013 als gegenstandslos betrachtet werde. Gemäss der gleichentags erstellten Telefonnotiz vom 21. Juni 2013 hätte diese Information dem zuständigen Sachbearbeiter der IV-Stelle Y. _____ weitergeleitet werden sollen (vgl. Dok. 4). Allerdings geschah danach - soweit aus den Akten ersichtlich - diesbezüglich nichts mehr. Daher blieb auch ein von der deutschen Rentenversicherung in Auftrag gegebener ausführlicher Arztbericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juli 2014, der ebenfalls nach eigenen Untersuchungen eine schwere rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F32.2) feststellte, bei der Beurteilung durch den RAD unberücksichtigt. Zwar datiert der ausführliche Arztbericht nach Verfügungserlass, allerdings enthält er auch Angaben zum medizinischen Sachverhalt im vorliegend massgebenden Zeitraum, wird darin doch ab dem 15. Juli 2014 eine Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten attestiert (vgl. Dok. 20 und act. 42 S. 1-18).

E. 6.5.1

Im Weiteren wurden auch die Akten der Bundesagentur für Arbeit nicht beigezogen. Die Vorinstanz hat am 24. April 2014 ein Schreiben der deutschen Bundesagentur für Arbeit vom 21. März 2014 zuständigkeitshalber an die IV-Stelle Y. _____ weitergeleitet (vgl. Dok. 5 f. und act. 28). In diesem Schreiben ersuchte die Bundesagentur für Arbeit um die Zustellung von medizinischen Akten, um Doppelspurigkeiten hinsichtlich einer in Deutschland bevorstehenden Begutachtung zu vermeiden. Die IV-Stelle Y. _____ hätte aufgrund des Schreibens vom 21. März 2014 davon ausgehen müssen, dass auch die Bundesagentur für Arbeit weitere medizinische Abklärungen tätigen werde. Dennoch hat sie es unterlassen, ihrerseits bei der Bundesagentur für Arbeit um die Zustellung von medizinischen Akten zu ersuchen. So sind auch die medizinischen Unterlagen der Bundesagentur für Arbeit (vgl. insb. die Auflistung in Ziff. 2 der Instruktionsverfügung vom 9. Dezember 2015 [BVGer-act. 14]) unberücksichtigt geblieben.

E. 6.5.2

Durch die soeben dargelegten Versäumnisse sind medizinische Unterlagen, welche Rückschlüsse auf den medizinischen Sachverhalt vor Erlass der Verfügung vom 23. Juli 2014 erlauben könnten, ausser Acht geblieben. Diese Berichte sind der Vorinstanz entweder erst kurz nach deren Erlass (vgl. Dok. 1 und 19 f. sowie act. 42 S.1-21, 42 S. 25-29 und 43 S. 4 f.) oder erst während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens zugegangen (vgl. die Beilagen der Eingabe der Vorinstanz vom 16. Dezember 2014 [BVGer-act. 12] sowie die Beilagen der Eingabe der Vorinstanz vom 30. Mai 2016 [BVGer-act. 20]). Zwar wurde der Vorinstanz im Rahmen des Beschwerdeverfahrens Gelegenheit gegeben, zu den bisher unberücksichtigten medizinischen Unterlagen Stellung zu nehmen (vgl. BVGer-act. 8, 14 und 20), jedoch wurden diese, soweit aus den Stellungnahmen vom 21. November 2014 (BVGer-act. 9), vom 13. Januar 2016 (BVGer-act. 15) sowie vom 22. Juni 2016 (BVGer-act. 27) ersichtlich, nicht dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet. Die Vorinstanz liess sich nur dahingehend vernehmen, dass keine neuen Aspekte ersichtlich

sein.

E. 6.6

Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte (vgl. E. 6.3.1 hiervor) kann demzufolge nicht auf die Einschätzung des RAD-Arztes Med. prakt. R. _____ abgestellt werden. Auch auf die Berichte der deutschen Ärzte kann nicht unbesehen abgestellt werden, da diese keine sämtlichen Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin enthalten. Der Invaliditätsgrad lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern mit Blick auf die unklare Aktenlage zur Erhebung und Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und dessen Verlaufs sowie unter Einschluss der Beurteilung hinsichtlich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weitere Abklärungen tätigen und insbesondere ein Gutachten einholen müssen.

E. 7.1

Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass es dem Bundesverwaltungsgericht mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage nicht möglich ist, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe, in welchem Umfang und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat. Die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 28. Januar 2014 basiert auf unvollständigen Akten und erweist sich insbesondere auch mangels einer hinreichenden psychiatrischen Begründung der gestellten Diagnosen sowie mangels Auseinandersetzung mit den von seiner Beurteilung abweichenden Einschätzungen der deutschen Ärzte als nicht schlüssig und nachvollziehbar. Zudem hat sich der RAD in keiner Weise zu den erwähnten körperlichen Beschwerden, namentlich der Kniearthrose (vgl. act. 9 S. 5) und den beklagten Beschwerden im linken Bein (vgl. act. 24 S. 4 zweitletzter Absatz) geäußert. Zwar stehen in casu gemäss den Akten psychische Beschwerden im Vordergrund. Inwieweit auch invalidenversicherungsrechtlich relevante somatische Befunde vorliegen, lässt sich infolge der fehlenden RAD-ärztlichen Stellungnahme zu den somatischen Leiden sowie aufgrund der unklaren Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen.

E. 7.2

Bei Vorliegen solcher Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung darf weder aufgrund dieser noch aufgrund von der versicherten Person aufgelegten Berichte eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (BGE 135 V 465 E. 4.6). Da im vorinstanzlichen Verfahren bisher vollständig ungeklärt geblieben ist, ob und unter welchen psychischen und körperlichen Beschwerden die Beschwerdeführerin tatsächlich leidet und im Weiteren unklar ist, in welchem Ausmass sich diese Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit auswirken, zieht dies die Rückweisung an die Vorinstanz zu weiterer medizinischen Abklärungen nach sich (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Aufgrund des Ausgeführten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2014 aufzuheben und die Sache gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG an die Vorinstanz mit der Anweisung zurückzuweisen ist, nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage (insbesondere auch betreffend allfälligen somatischen Leiden)

unter Berücksichtigung von sämtlichen - auch seit Verfügungserlass ergangenen - medizinischen Berichten eine medizinische Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Es ist grundsätzlich Sache der beauftragten Sachverständigen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Denn die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. BGE 139 V 349, E. 3.3).

E. 7.3

Mit Blick auf das soeben Dargelegte liegt es demnach am Sachverständigen zu entscheiden, ob in casu die Notwendigkeit besteht, nebst dem im Vordergrund liegenden Fachgebiet Psychiatrie gegebenenfalls auch weitere Fachdisziplinen wie z.B. Neurologie (vgl. dazu die im Bericht von Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, vom 8. Dezember 2014 erwähnten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Beilage 7 zu BVGeract. 20), Orthopädie/Rheumatologie (vgl. dazu den Bericht von Dr. med. J. _____ vom 13. Februar 2014, letzte Beilage zu BVGer-act. 12) oder Innere Medizin für die Begutachtung zu bezeichnen sind. Bei der Gutachterausswahl ist den Verfahrensgarantien der Versicherten Rechnung zu tragen. Insbesondere ist bei einer allfälligen mono- oder bidisziplinären Begutachtung zunächst ein Einigungsversuch einzuleiten und bei dessen Scheitern zu verfügen (vgl. BGE 139 V 349 E. 4.5 in fine). Bei gegebenenfalls polydisziplinärer Begutachtung hat die Gutachterausswahl - wie in solchen Fällen in der Schweiz üblich - nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen (vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1; 139 V 349 E. 5.2.1). Die Begutachtung ist vorliegend in der Schweiz zu durchzuführen, 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; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3) und keine Gründe ersichtlich sind, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Zudem hat sich die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 21. Oktober 2014 (vgl. BVGer-act. 7) bereit erklärt, sich von einem Gutachter untersuchen zu lassen.

E. 8

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

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die obsiegende, vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf

eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Allerdings wurde der Rechtsbeistand erst im Verlaufe des hängigen Beschwerdeverfahrens am 13. Mai 2016 mandatiert. Die Beschwerde und die Replik hat die Beschwerdeführerin ohne anwaltliche Vertretung eingereicht. Dies ist vorliegend zu berücksichtigen. Da der Vertreter keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens, in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen und der Tatsache, dass der Rechtsvertreter erst nach durchgeführtem doppeltem Schriftenwechsel mandatiert wurde, ist eine Parteientschädigung von Fr. 500.- zuzusprechen (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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