

BVGer C-4688/2017 vom 13. September 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4688_2017

FR: TAF C-4688/2017 du 13 septembre 2019

IT: TAF C-4688/2017 del 13 settembre 2019

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, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

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

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Bosnien-Herzegowina und hat dort ihren Wohnsitz. Es kommt das im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.808.12) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. Juli 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 4.1

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. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, 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 (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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 - was jedoch bei der Beschwerdeführerin nicht zutrifft - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.2.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind

(BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.2.2

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

E. 4.2.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 4.2.4

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V

465 E. 4.4).

E. 4.2.5

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind seit 2015 für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5

Vorliegend hat die Vorinstanz das Begehren der Versicherten um eine IV-Rente mit der Begründung abgewiesen, dass ab dem 24. März 2016 die Arbeitsunfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit im Gastgewerbe 100 % und in einer angepassten Tätigkeit 30 % betrage. Im bisherigen Aufgabenbereich (Arbeiten im Haushalt) bestehe keine Arbeitsunfähigkeit und damit auch keine Invalidität. Die Beschwerdeführerin hingegen ist der Auffassung, dass sie schon allein aus rein psychiatrischer Sicht mindestens zu 70 % invalid sei und Anspruch auf eine ganze Rente habe. Sie macht geltend, der medizinische Sachverhalt sei von der Vorinstanz nicht genügend abgeklärt worden. Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen die erforderliche Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt hat. Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt richtig und vollständig abgeklärt und das Rentengesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

E. 5.1

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2017 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, Manuelle Medizin SAMM und Neuraltherapie vom 24. März 2016 (IV-act. 150, 152) sowie die Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA, nämlich die Berichte der Dres. E._____ und F._____ vom 13. Juli, 13. August, 1. Dezember 2016 sowie vom 1. und 27. Juni 2017 (IV-act. 163, 165, 173, 184, 186). Das interdisziplinäre Gutachten und auch die Berichte der Dres. E._____ und F._____ sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu

unterziehen.

E. 5.1.1

Im interdisziplinären Gutachten (IV-act. 152) wurden folgende Diagnosen (interdisziplinär) festgehalten (S. 6 f.): "- mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Persönlichkeit mit strukturellen Defiziten im Bereich... und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. D._____, (...) - ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 2. Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - primäres Fibromyalgie-Syndrom - betont im Bereich der rechten im Vergleich zur linken Körperhälfte - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Atembeschwerden, Ängste, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit 3. Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten 4. Radiologisch Fingerpolyarthrose 5. Gonarthrose links 6. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom 7. Siehe auch Angaben zu I. B) Persönliche Anamnese"

E. 5.1.2

Anlässlich der am 8. März 2016 durchgeführten somatischen Untersuchung gab Dr. med. C._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, zusammengefasst an, die Lymphknotenstationen, Kopforgane, der physikalische Herz- und Lungenbefund, die peripheren Pulse, Abdomen und Nierenlogen seien unauffällig. Die Sensibilität und rohe Kraft sei allseits erhalten, die Eigenreflexe allseits symmetrisch auslösbar. Es lägen weder Pyramidenbahnzeichen noch eine Muskelhypotrophie vor. Hüpfen sei sowohl mit einem als auch mit beiden Beinen, der Zehen- und Fersengang beidseits möglich. Der Lasègue und auch der umgekehrte Lasègue seien im Sitzen und Liegen beidseits negativ, ebenso wie der beidseitige Tinel-, der Phalen- und der Adson-Test. Die Versicherte demonstrierte zwei der fünf Waddell-Zeichen. Das Gangbild sei normal. Der Nacken-, Gegenschulter- und Taillengriff beidseits unauffällig, ohne Hinweis auf ein subacromiales Sehneneinklemmungsphänomen oder auf eine Läsion der Rotatorenmanschette. Es liege ein negativer Supraspinatus-, Infraspinatus- und Subscapularis-Lag, sowie ein beidseitiger negativer Palm-up-Test vor. Die Schulteramplituden - aktiv und passiv geprüft - seien beidseits frei beweglich. Die übrigen peripheren Gelenke der oberen Extremitäten seien ohne Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung unauffällig. Die Wirbelsäule befände sich mit allseits normalen Bewegungsamplituden im Lot. Sowohl der Kauer- als auch der Strecktest seien normal durchgeführt worden. Es liege ein diskreter Beckenkammtiefstand links vor. Die Hüftgelenke seien beidseits frei beweglich mit einer maximalen Flexion/Extension von je 125-0-10°, einer maximalen Ab-/Adduktion von je 30-0-20° und einer maximalen Innen-/Aussenrotation von je 30-0-30°. Die Kniegelenke seien beidseits unauffällig mit einer Flexion/Extension von je 130-0-0°. Es liege beidseits weder ein Hinweis auf ein Meniskuszeichen, einen Gelenkserguss noch auf eine Gelenkinstabilität noch auf ein die Altersnorm überschreitendes Ausmass eines retropatellaren Reibens vor. Jedoch bestehe ein mittelgradiger Senk- und Spreizfuss beidseits mit jeweils begleitendem Hallux valgus. Die übrigen peripheren Gelenke seien allseits unauffällig; es liege kein Hinweis auf eine Synovialitis, eine Tendovaginitis oder einen Gelenkserguss vor (IV-act. 152, S. 3 - 5). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die

von der Versicherten früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für keinen Zeitraum anhaltend eingeschränkt gewesen. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (IV-act. 152, S. 14). Die Prognose sei gut. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Versicherte nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz wieder längerdauernd beruflich tätig werde, sei allerdings aufgrund krankheitsfremder Faktoren klein (IV-act. 152, S. 15).

E. 5.1.3

Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 150) nannte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, folgende psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19): "1. Bei Persönlichkeit mit strukturellen Defiziten im Bereich der kognitiven Fähigkeiten, der Selbststeuerung, der emotionalen Fähigkeiten und der Bindungsfähigkeit (Z73.1). Differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen ist: eine unreife Persönlichkeitsstörung (F60.8) kann nicht sicher ausgeschlossen werden. 2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0)" Betreffend die somatischen Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wiederholte er die im Gutachten von Dr. med. C._____ aufgeführten Diagnosen (s. E. 5.1.1). Anlässlich der am 7. und 9. März 2016 erfolgten Untersuchungen stellte er zusammengefasst zu den kognitiven Funktionen fest, die Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Konzentration im Gespräch sei voll erhalten; das Gedächtnis sei gut. Das formale Denken sei unauffällig und inhaltlich einfach. Die Angaben über das Leben der Versicherten, ihre Tätigkeiten, ihre Beziehungen, die Entwicklung ihrer Töchter ab dem Jahr 2000 bis heute seien diffus und könnten auch durch hartnäckiges Nachfragen nur in Details mühsam erkämpft werden, sodass eine konkrete Vorstellung über ihr Leben nicht entstehen könne. Es entstehe der Eindruck, als ob sie etwas verstecken müsse oder etwas nicht mitteilen wolle. Dagegen seien die Angaben über ihre Jugend, ihre Erfahrungen in der Emigration, über ihre glücklichen Familienjahre, die Ausbildung ihrer älteren Tochter konkret und nachvollziehbar. Daraus sei zu schliessen, dass es nicht kognitive Faktoren seien, welche die Versicherte so diffus und bruchstückhaft berichten liessen. Es seien weder Zwänge noch wahnhafte Inhalte noch Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen eruierbar. Die Intelligenz liege im Normalbereich (IV-act. 150, S. 18). Zu den Befunden aus der Untersuchung wurde zudem festgehalten, im kognitiven Bereich fehlten die Fähigkeiten zur Selbstreflexion; es bestehe die ausgeprägte Tendenz zur Externalisierung und Schuldzuweisung. Im Weiteren sei die Selbststeuerungsfähigkeit vermindert, die Fähigkeit zu Bindung eingeschränkt sowie die Empathiefähigkeit reduziert. Im Rahmen des rezidivierenden Krankheitsgeschehens liege eine leichte depressive Episode vor, subjektiv mit Adynamie, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gefühlen der Sinn- und Motivationslosigkeit. Die Isolation entspreche ihrer Stimmung; darunter leide die Versicherte nicht. Sie sei am liebsten allein. Zeitweise beständen Suizidgedanken. Diese Befunde zusammengenommen ergäben nach ICD-10 eine leichte depressive Episode im Rahmen eines rezidivierenden depressiven Krankheitsgeschehens unterschiedlichen Schweregrads. Die depressive Symptomatik erhalte durch das chronische Schmerzsyndrom im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms zusätzlich Schub (IV-act. 150, S. 26). Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Wirtin im Moment und auf unbestimmte Zeit aus psychischen Gründen nicht arbeitsfähig, wobei hierbei weniger das depressive Krankheitsbild als vielmehr die persönlichkeitsstrukturellen Defizite gewichtet seien. In

einer angepassten Hilfstätigkeit sei bei einer zumutbaren Fünftagewoche eine vollzeitige berufliche Tätigkeit (42 Stunden/Woche) auf einem Leistungsniveau von ca. 70 % gegeben. Mithin liege eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vor. Im Haushalt sei die Arbeitsfähigkeit gegeben.

E. 5.1.4

Die Beurteilung betreffend die Arbeitsfähigkeit sowie die in E. 5.1.1 erwähnten Diagnosen wurden anlässlich des telefonischen Konsensgesprächs vom 21. März 2016 zwischen den Gutachtern C._____ und D._____ erarbeitet (IV-act. 150, S. 3; 152, S. 1). Es wurde ausgeführt, in der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die in der Schweiz früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt werden. Bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychosomatisch-psychiatrischer Sicht werde auf die Begutachtung von Dr. med. D._____ verwiesen. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren auswirken, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, Leben im Ausland, begrenzte Deutschkenntnisse, das Alter der Versicherten, eine ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation, (IV-act. 152, S. 14 f.).

E. 5.1.5

Nachdem das interdisziplinäre Gutachten Dr. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, unterbreitet wurde, nahm dieser am 13. Juli 2016 zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung (IV-act. 163). Er führte dazu aus, dieses Gutachten erfülle alle gemeinhin an solche Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen. Es sei sehr sorgfältig, ausführlich, von hervorragender Qualität und im Lichte der neuen Rechtsprechung verfasst. Die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar und plausibel begründet. In seiner Beurteilung fasste er den medizinischen Verlauf zusammen und führte zusammengefasst aus, im Dossier werde fast durchgehend eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Dabei würden unterschiedliche Schweregrade attestiert. Allerdings liege zurzeit der Begutachtung nur eine leichte depressive Episode vor. Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Medizin des medizinischen Dienstes der IVSTA, nahm am 13. August 2016 Stellung (IV-act. 165). Er fasste die im Gutachten genannten Diagnosen zusammen, überprüfte die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und nahm Stellung zu den medizinischen Akten aus Bosnien. Zusammengefasst führte er aus, dass gemäss Experten eine leichte depressive Störung zum Zeitpunkt des Gutachtens vorgelegen habe. Rheumatologisch liege keine Einschränkung vor. Die angestammte Arbeit als Wirtin sei nicht mehr zumutbar, für eine Verweistätigkeit bestehe laut psychiatrischem Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Aus der Sicht des RAD seien körperlich mittelschwere bis intermittierend selten schwere körperliche Tätigkeiten zumutbar, da somatisch keine invalidisierenden Einschränkungen beschrieben worden seien. Der psychiatrische Gutachter habe keine Aussage zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Aktenstandes machen können, somit sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Zeitpunkt der Gutachten massgebend. In seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 (IV-act. 173) führte Dr. med. F._____ ergänzend und mit Verweis auf die Aussagen von Dr. med. D._____ aus, es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt.

E. 5.1.6

Im Rahmen des Vorbescheid- und Beschwerdeverfahrens liess die Beschwerdeführerin weitere Berichte nachreichen:

E. 5.1.6.1

Im Facharztbericht vom 3. Januar 2017 (IV-act. 180) hielt Dr. med. G._____, Facharzt für neurologische und seelische Krankheiten, die Diagnose "Depressio recidiva non psychotica gradus mayoris ICD-10: F32.2" fest. Zusammengefasst führte er aus, dass die Versicherte seit sieben Jahren in Behandlung sei und unter regelmässiger Kontrolle stehe.

E. 5.1.6.2

In der Behandlungsbescheinigung vom 28. April 2017 (IV-act. 181) nannte Dr. H._____ folgende Diagnosen: "1.Rekurrente depressive Störung 2.Dissoziative Persönlichkeitsstörung 3.Sy cervicale et lumbosacrals chr." Er gab an, dass die Versicherte jahrelang wegen einer depressiven Störung und einem chronischen zervikalen und lumbosakralen Syndrom behandelt werde. Sie komme zu regelmässigen psychiatrischen Kontrollen.

E. 5.1.6.3

Dr. E._____ nahm in seiner Beurteilung vom 1. Juni 2017 (IV-act. 184) Stellung und äusserte sich zuerst zu den einwandweise vorgebrachten Rügen betreffend den Ablauf der Begutachtung. Zu den neu eingereichten Arztberichten führte er aus, dass aus diesen keine neuen Erkenntnisse hervorgingen. Aufgrund der neu vorgelegten Dokumente sehe er keine Veranlassung, von seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2016 abzuweichen. Dr. med. F._____ nahm am 27. Juni 2017 aus somatischer Sicht Stellung (IV-act. 186), bemängelte die neu eingereichten Unterlagen hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und gab an, dass aufgrund dieser Berichte die bisherige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht geändert werden müsse.

E. 5.1.6.4

Im beschwerdeweise eingereichten fachärztlichen Bericht vom 14. Juli 2017 (act. 1, Beilage 2; 16, Beilage 2) hielt Dr. med. G._____ die bereits erwähnte Diagnose fest (vgl. E. 5.1.6.1) und führte zusammengefasst aus, die Patientin habe sich im Zeitraum von sechs Jahren Kontrolluntersuchungen unterzogen. Die Diagnostik sei auf Grundlage der "Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10, der Klassifikation der psychischen und Verhaltensstörungen / Klinische Beschreibung und diagnostische Anweisungen / und DSM-IV / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Ausgabe" erfolgt. Anhand der Hamilton-Skala seien 19 bis 22 Punkte ermittelt worden, was mit Sicherheit auf eine sehr schwere Depression hinweise.

E. 5.1.6.5

In der mit Vernehmlassung eingereichten Stellungnahme vom 23. Oktober 2017 (act. 6, Beilage 2) äusserte sich Dr. E._____ dahingehend, dass Dr. med. G._____ im neu eingereichten Bericht seine Ansicht mitteile, allerdings keinen einzigen Befund vorlege. Auch der Hamilton-Score sei nichts anderes als die Einschätzung des Untersuchers, also bei Weitem nicht objektiv. Hingegen sei das Gutachten von Dr. D._____ vollständig, nachvollziehbar und plausibel. Dr. E._____ sah keine Veranlassung, von seinen früheren Stellungnahmen abzuweichen.

E. 5.2

Einleitend ist festzuhalten, dass das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 3. November 2014 (IV-act. 91) nach Würdigung der medizinischen Akten aus dem Zeitraum vom 1. Februar 2008 bis zum 28. Februar 2014 (IV-act. 15; 16; 23, S. 15 f.; 29 S. 12 -16; 35 - 38; 39; 42 f.; 45; 56; 61, 73 f.; 77; 84 f.; 87) die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen hat. Es hat festgestellt, dass bei der Beschwerdeführerin psychiatrische Beschwerden im Vordergrund ständen, jedoch in den Akten auch Hinweise auf somatische Beeinträchtigungen vorlägen. Aufgrund der unzureichenden Aktenlage wurde die Vorinstanz angewiesen, eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin vorzunehmen sowie dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit zu prüfen (IV-act. 91, E. 8.5, 10). In der Folge wurde das Dossier Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), unterbreitet, der in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 eine Begutachtung in den Disziplinen der Psychiatrie, Inneren Medizin und Chirurgie/Orthopädie vorschlug (IV-act. 93, 103). Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeinmedizin des RAD, nahm am 6. August 2015 in somatischer Hinsicht zu den durchzuführenden Disziplinen Stellung. Er erachtete eine bidisziplinäre rheumatologisch/psychiatrische Untersuchung in Zusammenhang mit dem Vertebralesyndrom und der Arthrose sowie der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit für erforderlich (IV-act. 107). Hierzu ist festzuhalten, dass die Auswahl der Fachdisziplinen dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen ist; insbesondere, weil 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). Insofern ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz eine bidisziplinäre Begutachtung hat durchführen lassen, zumal die Beschwerdeführerin diesbezüglich keine Rügen hat vorbringen lassen. Ebenso obliegt die interne Abwicklung der Begutachtung der Vorinstanz, sodass auf die Rügen der Beschwerdeführerin betreffend deren Organisation und Durchführungsmodalitäten (IV-act. 157, 178) nicht weiter einzugehen ist.

E. 5.2.1

Die Versicherte wies beschwerdeweise auf ihre Stellungnahme vom 11. April 2016 (IV-act. 157) hin, in welcher sie zum bidisziplinären Gutachten ausführte, mit den Beurteilungen beider Spezialärzte in Anbetracht der spezialärztlichen Dokumentation aus Bosnien sowie der früheren Dokumentation nicht einverstanden zu sein. Sie rügt somit sinngemäss eine mangelhafte Beurteilung durch die Dres. med. C._____ und D._____. Es ist im Folgenden zu prüfen, ob auf die interdisziplinäre Expertise vom 24. März 2016 (IV-act. 150, 152) sowie auf die Stellungnahmen der Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA, nämlich die Berichte der Dres. E._____ und F._____ vom 13. Juli, 13. August, 1. Dezember 2016 sowie vom 1. und 27. Juni 2017 (IV-act. 163, 165, 173, 184, 186) abgestellt werden kann.

E. 5.2.2

Im Vordergrund der Beurteilung durch die Gutachter und des medizinischen Dienstes der IVSTA standen folgende Beschwerden: Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und des Rückens, diffuse Druckschmerzen vor allem im Bereich der rechten Körperhälfte, Steh- und Gehunsicherheiten sowie psychische Beschwerden.

E. 5.2.2.1

Die Versicherte klagte anlässlich der rheumatologischen Begutachtung hauptsächlich über anhaltende und im ganzen Körper wandernde Schmerzen, die deutlich betont die rechte obere Körperhälfte betrafen. Im Weiteren schilderte sie Schmerzen beim Berühren der Weichteile und führte dazu aus, diese Schmerzen könnten sowohl von der ganzen Wirbelsäule ausgehend diffus in den Kopf, in die Arme und in die Beine als auch von einem beliebigen Gelenk eines Armes oder Beines ausgehend in die angrenzenden Weichteile ausstrahlen (IV-act. 152, S. 2). Während der klinischen Untersuchung, welche durch Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule, der Hände, des Beckens und der Kniegelenke ergänzt wurde, bewertete die Versicherte sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke in allen Ebenen - unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder in entlasteter Körperhaltung untersucht worden ist - als gleich schmerzhaft. Ebenso stufte sie die Bewegungen der ganzen Wirbelsäule in allen Ebenen als gleich schmerzhaft ein; unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolgte (IV-act. 152, S. 4). Gemäss Dr. med. C._____ sind diese Angaben ein Hinweis auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden, denn von somatisch begründeten Beschwerden sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert wird als die andere (IV-act. 152, S. 8). Dr. med. C._____ konnte in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Fehllhaltung oder eine relevante Bewegungseinschränkung objektivieren. Obwohl die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule von der Versicherten als schmerzhaft beschrieben wurde, konnte er keinen korrelierenden Weichteilbefund, wie beispielsweise eine Myogelose oder einen Triggerpunkt, objektivieren. Ebenso bestanden weder anamnestisch noch klinisch Anzeichen für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente. Aus den Akten ergeben sich diesbezüglich ebenfalls keine Anhaltspunkte. Mit Verweis auf die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule führte Dr. med. C._____ aus, dass keine Hinweise auf eine Arthrose, wie eine Chondrose oder Osteochondrose, vorlägen, lumbal jedoch eine Osteochondrose der Lendenwirbelkörper 3/4 dokumentiert sei, welche er als leichtgradig und als altersentsprechend einstufte (IV-act. 152, S. 10). Ebenso wurde eine radiologisch ausgemessene Beinlängenverkürzung mit einem objektivierbaren Beckenkammtiefstand links festgestellt, was Dr. med. C._____ mit Verweis auf das Röntgenbild des Beckens jedoch als "diskreten" Befund qualifizierte. Hingegen bestand in keinem axialen Bewegungssegment eine entzündliche Veränderung, wie Syndesmophyten oder Kastenwirbelkörper (IV-act. 152, S. 11). Zu den Rückenschmerzen wurde in der anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Behandlungsbescheinigung vom 28. April 2017 von Dr. H._____ neben psychiatrischen Diagnosen ein chronisches zervikales und lumbosakrales Syndrom genannt, jedoch keine Angaben zu den Befunden gemacht. Dr. H._____ gab an, die Behandlungsbescheinigung nach Einsicht in die medizinische Dokumentation ausgestellt zu haben; er hat die Beschwerdeführerin somit nicht selbst untersucht. Weder hat er seine Diagnose begründet, noch die Arztberichte, auf welche er sich abstützt, genannt (IV-act. 181). Sein Bericht ist somit unvollständig. Zu den von Dr. med. K._____ am 5. August 2011 erwähnten Diagnosen chronische Gastritis, Stenokardie und "Obs Laesio hepatis" (IV-act. 23 S. 1; 37) führte Dr. med. C._____ aus, die Angaben seien wenig hilfreich, so werde beispielsweise

auf eine "hygienische und diätetische Therapie" hingewiesen. Er konnte aufgrund dieser Beschwerdebilder keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigen. Die Versicherte berichtete diesbezüglich auch über keine spezifischen Beschwerden. Bei der Untersuchung der oberen Extremitäten konnte Dr. med. C. _____ im Bereich der Schultern keine Hinweise auf eine Bewegungseinschränkung, eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik oder eine Läsion der Rotatorenmanschette ausmachen und im Bereich der Hände keine klinisch-pathologischen Befunde wie Hinweise auf eine Arthrose, eine Fehlhaltung oder eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik, wie zum Beispiel ein Karpaltunnel-Syndrom, objektivieren. Jedoch dokumentierten die Röntgenaufnahmen der Hände leichtgradige DIP-Arthrosen der Zeige-, Mittel- und Ringfinger, welche Dr. med. C. _____ aufgrund ihrer diskreten Ausprägung klinisch nicht sicher bestätigen konnte. Es fanden sich ausserdem keine Anzeichen einer entzündlichen Systemaffektion oder einer Kristallablagerungserkrankung (IV-act. 152, S. 10). Diese Angaben sind konform mit den Ergebnissen der von Dr. L. _____ anlässlich der am 23. Januar 2016 durchgeführten echosonographischen Untersuchung der Hand (IV-act. 134). An den unteren Extremitäten war die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke frei. Im Weiteren waren die Hüft- und Iliosakralgelenke normal, sodass Dr. med. C. _____ die von Dr. M. _____ im undatierten Arztbericht (IV-act. IV-act. 23, S. 8; 42) erwähnte beidseitige Coxarthrose, die Bewegungseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule, Schultern, Hüften und Knie sowie die Muskelschwäche des rechten Beins nicht bestätigen konnte (IV-act. 152, S. 13). Die Kniegelenke beurteilte Dr. med. C. _____ als unauffällig und ohne eine die Altersnorm überschreitende retropatellare Krepitation oder einen Hinweis auf ein Meniskuszeichen, einen Gelenkserguss oder auf eine Gelenkinstabilität. In seiner klinischen Beurteilung konnte er keinen Hinweis auf eine Gonarthrose objektivieren, welche ebenfalls von Dr. M. _____ (IV-act. IV-act. 23, S. 8; 42) diagnostiziert worden war. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen dokumentierten rechtsseitig normale Befunde in allen Gelenkskompartimenten; linksseitig hingegen konnte eine ausschliesslich im medialen Gelenkskompartiment beginnende Gonarthrose mit einer leichtgradigen Abnahme der Gelenkspalthöhe und einer beginnenden osteophytären Reaktion festgestellt werden. Jedoch zeigte das femoropatellare Gleitlager sowie das laterale Gelenkskompartiment normale Befunde. Insgesamt konnte Dr. med. C. _____ keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 152, S. 11). Betreffend die Füsse diagnostizierte er beidseits einen mittelgradigen Senk- und Spreizfuss mit jeweils begleitendem Hallux valgus; diesbezüglich schilderte die Beschwerdeführerin jedoch keine typischen Beschwerden (IV-act. 152, S. 4, 11). Zu den beklagten diffusen, vor allem die rechte Körperhälfte betreffenden Druckschmerzen, konnte Dr. med. C. _____ keinen korrelierenden klinisch-pathologischen Befund, wie eine Myogelose oder einen Triggerpunkt, objektivieren, weshalb er diesbezüglich nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abstützte (IV-act. 152, S. 8). In Auseinandersetzung mit den international gültigen ACR-Diagnosekriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom stellte er - mangels Vorliegen von Hinweisen auf ein sekundäres Fibromyalgiesyndrom respektive auf eine Erkrankung aus dem entzündlichen Bereich oder auf eine Kristallablagerungserkrankung - die Diagnose eines primären Fibromyalgiesyndroms. In den von der Versicherten geschilderten Schmerzen beim Berühren der Weichteile stellte er zwei der fünf Waddell-Zeichen fest und sah darin einen Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden; insbesondere konnte er diese damit einhergehende schmerzvermittelnde Mimik und Gestik vordergründig nicht mit einem

bekanntem somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründen (IV-act. 152, S. 8). Die Versicherte gab im Weiteren Steh- und Gehunsicherheiten an, konnte jedoch anlässlich der somatischen Untersuchung den Unterberger-Tretversuch ohne Deviation zu einer Seite, die Positions- und Halteversuche ohne Absinken einer Extremität und die Diadochokinese normal durchführen. Ein pathologischer Nystagmus wurde nicht nachgewiesen (IV-act. 152, S. 4). Dr. med. C._____ ging bei der Beurteilung der beklagten Schmerzen von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden aus (IV-act. 152, S. 9).

E. 5.2.2.2

Insgesamt hat sich Dr. med. C._____ einlässlich mit den von der Versicherten beklagten Leiden auseinandergesetzt und die Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und seinen Feststellungen diskutiert; seine Befunde entsprechen dem Untersuchungsergebnis. Hingegen sind die Aussagen der Versicherten sowie ihr Verhalten widersprüchlich. Beispielsweise klagte sie während der rheumatologischen Begutachtung über erhebliche Schmerzen, äusserte sich aber im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht spontan, sondern erst auf Nachfrage, dazu. Sie zeigte ausserdem im Gespräch mit Dr. med. D._____ keinerlei körperliche Beschwerden und konnte zwei Stunden ohne Ausweichbewegungen ruhig im Sessel sitzen (IV-act. 152, S. 16). Die in den Akten liegenden medizinischen Berichte sind ebenso widersprüchlich und - wie im rheumatologischen Gutachten diskutiert - nicht genügend, um den Gesundheitszustand der Versicherten zu beurteilen. Nach dem Gesagten kann auf die überzeugenden und schlüssigen Aussagen von Dr. med. C._____, wonach die somatischen Beschwerden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, vorbehaltlos abgestellt werden. Die Rüge der Beschwerdeführerin betreffend eine mangelhafte Begutachtung durch Dr. med. C._____ kann deshalb nicht gehört werden.

E. 5.2.3

Die Versicherte war insbesondere mit der Beurteilung von Dr. med. D._____ betreffend ihre psychiatrischen Krankheitsbilder nicht einverstanden. Sie rügte eine mangelhafte Begründung seiner Untersuchungsergebnisse und machte mit Verweis auf ihre im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Eingaben (IV-act. 157, 178) sowie des beschwerdeweise nachgereichten Arztberichts von Prim. Dr. med. G._____ vom 14. Juli 2017 und ihr E-Mail vom 5. August 2017 (act. 1, Beilagen 4 f.; act. 16, Beilagen 1 f.) geltend, dass sie allein schon in psychiatrischer Hinsicht zu mindestens 70 % invalid sei.

E. 5.2.3.1

Dr. med. D._____ setzte sich anlässlich seiner am 7. und 9. März 2016 durchgeführten Untersuchungen einlässlich mit den psychischen Beschwerdebildern auseinander. Während der Begutachtung, die er als erschwert schilderte, stellte er ein zurückhaltendes Kontaktverhalten der Versicherten sowie eine kaum spontane Teilnahme am Gespräch fest. Die Versicherte antwortete mit kurzen Sätzen; jede Aussage musste beinahe einzeln erfragt werden (IV-act. 150, S. 16 f.). Dr. med. D._____ nahm Bezug zu den in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen und konnte weder die im Bericht von Dr. med. N._____ vom 6. April 2011 (IV-act. 16) diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung noch die Diagnose dissoziale Persönlichkeitsstörung bestätigen, welche am 22. Juni 2011 vom Neuropsychiater Dr. med. O._____ (IV-act. 23, S. 9; 43) sowie im Gutachten vom 2. April 2012 von Dr. med. P._____, Spezialistin in Arbeitsmedizin und Hausärztin, aufgeführt worden war (IV-act. 29, S. 12-16; 35). Seiner

Beurteilung nach deuteten wohl die Verhaltensweisen der Versicherten - wie das Heimweh als 19-jährige als Zeichen für mögliche Verlassenheitsängste, die hochgehenden Affektzustände in Konflikten, die Kränkbarkeit, die verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, das agierende Verhalten, der zeitweilige Drogenkonsum und die Suizidalität - auf Anzeichen für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hin. In der Delinquenz, dem Verlassen der Töchter für drei Jahre, den kalten, zeitweilig unterdrückten Affekten sowie der mangelhaften Kooperationsbereitschaft während der psychiatrischen Begutachtung sah er Hinweise auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung. Er lehnte beide Diagnosen jedoch ab, da es zur Definition dieser Persönlichkeitsstörungen gehöre, dass die Verhaltensauffälligkeiten oder der Leidensdruck für die betroffene Person und/oder deren Umfeld in der späteren Kindheit oder der Adoleszenz begannen. Er sah in der im Austrittsbericht des Gesundheitszentrums R. _____ vom 19. Juli 2013 (IV-act. 74) beschriebenen Feindseligkeit sowie dem sozialen Rückzug keinen Persönlichkeitszug, da die Versicherte eigenen Angaben zufolge über 20 Jahre im Gastgewerbe als beliebte Wirtin und Barfrau erfolgreich gearbeitet habe (IV-act. 150, S. 28 f.). Die Versicherte gab in der Anamnese zu ihrer Lebensgeschichte an, keine Auffälligkeiten über ihre frühkindliche Entwicklung zu kennen. Sie habe in Bosnien die Schulen besucht und sei im Anschluss als 19-jährige in die Schweiz zu ihren Eltern emigriert. Sie habe 1981 geheiratet, zwei Töchter geboren und ein glückliches Familienleben gehabt. Die Familie habe in (...) ein Pub übernommen, von dessen Ertrag sie gut gelebt hätten. Ab 1999 habe das Familienleben zu bröckeln begonnen; die jüngere Tochter habe ab dem Alter von 12 Jahren Schwierigkeiten gemacht und der Ehemann seine Aufgaben im Betrieb zunehmend vernachlässigt (IV-act. 150, S. 10). Sie sei erst wegen Schwierigkeiten mit den Kindern während ein paar Jahren zur Psychotherapie gegangen; ebenso sei sie im Gefängnis, wo sie sich von 2006 bis 2009 aufgehalten habe, psychotherapeutisch behandelt worden (IV-act. 150, S. 10 - 13). Diese Aussagen sind konform zu den Feststellungen von Dr. med. D. _____, der bis zum 44. Lebensjahr der Versicherten keine psychischen Auffälligkeiten feststellen konnte (IV-act. 150, S. 29). Hingegen machten die Dres. N. _____, O. _____ und P. _____ zur erwähnten Borderline- und dissozialen Persönlichkeitsstörung weder weitere Ausführungen noch begründeten sie diese Diagnosen einlässlich, sodass auf ihre Berichte nicht abgestützt werden kann. Auch Dr. G. _____, der die Versicherte seit sieben Jahren psychotherapeutisch behandelt, diagnostizierte in keinem seiner Arztberichte - konform mit Dr. med. D. _____ - eine Persönlichkeitsstörung (IV-act. 16; 23, S. 9; 43; 29, S. 12 - 16; 35). Demgegenüber erwähnte Dr. H. _____ (IV-act. 181) in der anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Behandlungsbescheinigung vom 28. April 2017 (IV-act. 181) neben den Diagnosen "rekurrente depressive Störung" und "Sy cervicale et lumbosacrale chr" eine dissoziative Persönlichkeitsstörung, ohne weitere Ausführungen zu den Befunden oder zur Arbeitsfähigkeit zu machen. Über die typischen Beschwerden der dissoziativen oder Konversionsstörungen, die in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen besteht (vgl. <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F44.-.html?sp=Sdissoziative%20>, aufgerufen am 27. August 2019) hat die Versicherte jedoch nicht geklagt. Zudem werden weder diese Diagnose noch die entsprechenden Symptome in den Akten erwähnt. Dr. H. _____, der gemäss eigenen Angaben die Behandlungsbescheinigung nach Einsicht in die medizinische Dokumentation ausgestellt und demzufolge keine eigenen Untersuchungen durchgeführt hat, gab nicht an, auf welche Berichte er sich abgestützt hat.

Seine im Übrigen nicht unterschriebene, sehr kurz gehaltene Behandlungsbescheinigung ist insgesamt mangelhaft; ihr kann nicht gefolgt werden. Auf die nachvollziehbaren Feststellungen von Dr. med. D._____, der das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung verneint, ist hingegen abzustellen.

E. 5.2.3.2

In psychiatrischer Hinsicht wurde ausserdem in den Arztberichten die Diagnose Depression genannt. Dr. med. D._____ überprüfte die Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 und nannte als diagnoserelevanten Befund eine rezidivierende depressive Störung [ICD-10 F 33.0]; seiner Ansicht nach lag zum Zeitpunkt der Untersuchung eine leichte Episode vor (IV-act. 23; S. 16; 45; 73; 85). In Bezug auf die Depression zeigen die in den Akten liegenden Arztberichte wohl den Krankheitsverlauf auf, jedoch sind die Angaben zu deren Schweregrad widersprüchlich oder fehlen ganz. Dr. med. O._____ nannte am 22. Juni 2011 lediglich knapp drei Monate nach der von Dr. G._____ am 2. März 2011 diagnostizierten schweren Depression den ICD-Code F33.1 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode), gab jedoch nicht an, inwiefern sich der Gesundheitszustand in dieser Zeit verbessert haben soll (IV-act. 23, S. 9; 43). Im Austrittsbericht des neuropsychiatrischen Service in (...), welcher anlässlich des Klinikaufenthalts vom 25. Juli bis 10. August 2011 - offensichtlich nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands - erstellt worden war, wurde von der Neuropsychiaterin Dr. med. Q._____ erneut eine schwere depressive Episode aufgeführt (IV-act. 38, 56). Acht Monate später hielt Dr. med. P._____ im Gutachten vom 2. April 2012 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.11) fest. Zur Begründung führte sie lediglich aus, die Versicherte gebe den Eindruck einer Person mit einer depressiven Symptomatik; Angaben zu einer Verbesserung der Beschwerdebilder machte sie hingegen nicht (IV-act. 29, S. 12 - 16; 35). In der Folge wurde die Versicherte mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), aufgrund einer schweren depressiven Subdekompensation mit Suizidversuch auf der psychiatrischen Station des Gesundheitszentrums R._____ aufgenommen und vom 24. Juni bis 19. Juli 2013 stationär behandelt (IV-act. 74). Aufgrund des Berichts von Dr. G._____ vom 26. November 2013, der dieselbe Diagnose - jedoch ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - nannte, lässt sich erneut eine Verbesserung feststellen. Dr. G._____ führte aus, dass die Versicherte mit Hilfe von Psychopharmaka und einer ständigen Unterstützung halbwegs sozial funktionieren könne, aber ihre Motivation für eine berufliche Tätigkeit praktisch erloschen sei (IV-act. 85). Im Bericht vom 6. Dezember 2013 (IV-act. 84) sowie in den anlässlich des Vorbescheid- und Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichten vom 3. Januar und 14. Juli 2017 (IV-act. 180; act. 1, Beilage 2) bestätigte er schliesslich seine Diagnosen. Dr. med. D._____ nahm Bezug auf die bosnischen, von 2011 bis Dezember 2013 ausgestellten Arztberichte von Dr. G._____, in welchen durchgehend eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer Episode diagnostiziert worden war, konnte jedoch - in Übereinstimmung mit den Berichten der Dres. med. O._____ und P._____ - eine über drei Jahre dauernde einzige schwere Depression der Versicherten nicht bestätigen. Während der zwei Spitalaufenthalte in den Jahren 2011 und 2013 und des Suizidversuchs ging er von einer Major Depression aus, die sich seiner Ansicht nach jedoch von Sommer bis November 2013 besserte (IV-act. 150, S. 30). Im Zeitpunkt seiner Untersuchung konnte er lediglich eine leichte depressive Episode diagnostizieren. Die Verbesserung sah er vor allem in der aktuellen Behandlung mit wöchentlichen therapeutischen Gesprächen sowie in

der medikamentösen Behandlung mit einem Antidepressivum, einem Stimmungsstabilisierer und einem Anxiolytikum (IV-act. 150, S. 30). Die Versicherte klagte anlässlich der psychiatrischen Untersuchung einerseits über Ein- und Durchschlafstörungen, Müdigkeit, Gefühlen von Sinnlosigkeit und Lustlosigkeit und führte weiter aus, sie machen den ganzen Tag gar nichts und liege nur herum. Andererseits erwähnte sie, dass sie am Morgen, nachdem die Schmerzen nachgelassen hätten, Gymnastik mache. Konfrontiert mit den Schwielen an ihren Händen führte sie aus, Holz zu hacken; sie könne auch wischen, würde diese Arbeit jedoch der Spitex überlassen. Im Erstgespräch war sie gemäss Dr. med. D. _____ mehr als im zweiten Gespräch etwas heruntergestimmt, zeigte wenig Mimik und nur geringe Stimmungsabweichungen; im Zweitgespräch hatte sie eine deutlich lockerere Mimik, war weniger deprimiert und verbissen und lächelte häufiger. Sie gab an, ein isoliertes Dasein zu führen, weil sie durch die Dorfeinwohner mit dem Tod ihrer Mutter konfrontiert werde, weshalb sie den Leuten lieber aus dem Weg gehe (IV-act. 150, S. 15 f.). Ihre Angaben sind insgesamt widersprüchlich, hingegen sind die Ausführungen von Dr. med. D. _____ schlüssig und gehen konform mit seinen Untersuchungsergebnissen. Auf seine Diagnose sowie seine Angabe, dass eine leichte depressive Episode keine Arbeitsunfähigkeit begründe, kann deshalb abgestützt werden. Daran vermögen auch die nach Erstellung des Gutachtens eingereichten Arztberichte von Dr. H. _____ vom 28. April 2017 (IV-act. 181) sowie von Dr. G. _____ vom 14. Juli 2017 (act. 1, Beilage 2; 16, Beilage 2) nichts zu ändern. Während Dr. G. _____ lediglich seine bereits seit 2011 genannte Diagnose wiederholte, erwähnte Dr. H. _____ das Vorliegen einer "rekurrenten depressiven Störung", ohne einen Schweregrad zu nennen. Sein Bericht ist, wie bereits unter E. 5.2.3.1 ausgeführt, aufgrund grober Mängel für die Beurteilung des Gesundheitszustands der Versicherten ungenügend. Dr. med. D. _____ prüfte in der Folge die weiteren Indikatoren. Im Ergebnis hielt er zum Komplex «Persönlichkeit» zusammengefasst fest, dass die Versicherte aufgrund der gestörten Beziehungsfunktion in der angestammten Tätigkeit als Garantin/Barfrau mit den hohen Anforderungen an die Kontakt- und/oder Beziehungsfähigkeit, Umgänglichkeit sowie psychische Stabilität berufsunfähig sei. Sie sei mit ihrer Persönlichkeit nicht mehr in der Lage, diese Fähigkeiten zu aktivieren. Nach Prüfung der Kategorien «sozialer Kontext» und «Konsistenz» befand Dr. med. D. _____ die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Wirtin auf unbestimmte Zeit aus psychischen Gründen nicht arbeitsfähig, wobei er weniger depressive Faktoren, sondern vielmehr die persönlichkeitsstrukturellen Defizite gewichtet hat. In einer angepassten Hilfstätigkeit sei bei einer zumutbaren Fünftageweche eine vollzeitige berufliche Tätigkeit (42 Stunden pro Woche) auf einem Leistungsniveau von ca. 70 % gegeben. Im Haushalt sei die Arbeitsfähigkeit gegeben. Eine Ausnahme stellte gemäss Dr. med. D. _____ eine erneut auftretende schwere depressive Episode dar, während welcher die Versicherte hospitalisiert werden müsse (IV-act. 150, S. 35 f.). Insgesamt hat sich Dr. med. D. _____ einlässlich mit den psychiatrischen Beschwerden auseinandergesetzt, eine vollständige Prüfung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 - welche im Übrigen von der Versicherten nicht bemängelt wird - durchgeführt und seine Aussagen in medizinischer Hinsicht ausführlich begründet, weshalb auf seine Einschätzungen abzustellen ist.

E. 5.2.3.3

Die Rüge der Versicherten, dass Dr. med. D. _____ die bosnischen Arztberichte nicht ausreichend berücksichtigt habe, verfängt ebenfalls nicht. Dr. med. D. _____ hat sich klar mit allen Vorakten beschäftigt, eine umfassende Aktendiskussion vorgenommen, seine

eigenen Einschätzungen begründet und Stellung zu früheren ärztlichen Einschätzungen genommen. Hingegen kann aufgrund der medizinischen Unterlagen aus Bosnien der Gesundheitszustand der Versicherten nicht zuverlässig beurteilt werden. Die bosnischen Arztberichte sind - wie bereits ausgeführt - widersprüchlich, teilweise sehr kurz gehalten und unvollständig betreffend den Krankheitsverlauf. Sie äussern sich zur Arbeitsfähigkeit - sofern sie dazu Angaben enthalten - nicht differenziert, sondern erwähnen lediglich, dass die Versicherte keiner Erwerbsfähigkeit mehr nachgehen könne; sie sei "nicht funktionsfähig". Dies widerspricht im Grunde genommen nicht den Angaben von Dr. med. D._____, der die Versicherte in der angestammten Tätigkeit für 100 % arbeitsunfähig erachtet hat. Im Übrigen ist eine interdisziplinäre Begutachtung, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art unabdingbar ist (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen), in Bosnien nicht erfolgt; ebenso wenig wurden die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierten Indikatoren (vgl. E. 4.2.5) beachtet. Insgesamt sind die bosnischen Arztberichte unzureichend für die Beurteilung des Gesundheitszustands der Versicherten, sodass der Antrag der Versicherten, basierend darauf eine Rente zuzusprechen, abzuweisen ist.

E. 5.2.3.4

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Begutachtung sei aus sprachlichen Gründen, nämlich aufgrund einer mangelhaften Übersetzung des Dolmetschers, nicht rechtmässig (act. 1 Ziff. 7 mit Verweis auf Beilage 3; act. 16, Beilage 1), kann sie ebenfalls nicht gehört werden. Es finden sich in der Expertise vom 24. März 2016 keine Anhaltspunkte, dass hinsichtlich der Tätigkeit des Dolmetschers Unsicherheiten bestanden hätten. Die Beschwerdeführerin bringt denn auch in ihrer Stellungnahme vom 11. April 2016 zum Gutachten keine diesbezüglichen Rügen vor (IV-act. 157). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (heute Bundesgericht), wonach es grundsätzlich Sache des Versicherten ist, rechtzeitig einen Antrag bei der Verwaltung oder allenfalls beim Gericht zu stellen, die Durchführung medizinischer Abklärungen habe in seiner Muttersprache zu erfolgen (Urteile Y. vom 23. November 1999 [I 542/99] E. 5 und S. vom 8. März 1999 [I 222/98] E. 3b, je mit Hinweisen). Die Versicherte hat im Schreiben vom 23. November 2015 (IV-act. 135) lediglich angegeben, einen Übersetzer für die Untersuchungen zu benötigen, hingegen einen Antrag auf eine fremdsprachige Begutachtung nicht gestellt.

E. 5.2.4

Insgesamt entspricht das Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abgestellt werden kann (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3). Unter diesen Umständen sind auch die verfassten Berichte der Dres. E._____ und F._____ vom 13. Juli, 13. August, 1. Dezember 2016 sowie vom 1. und 27. Juni 2017 (IV-act. 163, 165, 173, 184, 186) nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 4.2.2). Der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich schlüssig und zuverlässig beurteilen; von einer zusätzlichen medizinischen Abklärung sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Der Antrag der Beschwerdeführerin auf eine Neuabklärung der Sache ist deshalb abzuweisen.

E. 6

Zu prüfen bleibt vorliegend die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode sowie dem daraus resultierenden Invaliditätsgrad (vgl. Art. 28a IVG).

E. 6.1

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3; 141 V 15 E. 3.1 m.w.H.; Urteil BGer 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.3).

E. 6.2

Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen, unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil BGer 9C_222/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2; Urteil BGer 9C_497/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 3.1).

E. 6.2.1

Die Versicherte gab im Formular "Fragebogen für den Versicherten" am 7. August 2012 zur Frage der Tätigkeit nach der Ausreise aus der Schweiz an, Hausfrau zu sein, führte aber weiter aus, arbeitslos zu sein (IV-act. 28, S. 5). Im Fragebogen für Selbständigerwerbende gab sie an, zuletzt als Kellnerin, jedoch seit dem Jahr 2000 nicht mehr erwerbstätig gewesen zu sein; sie bezeichnete sich ebenfalls als arbeitslos (IV-act. 54). Nachdem das Bundesverwaltungsgericht die Vorinstanz mit Urteil vom 3. November 2014 angewiesen hatte, die Statusfrage aufgrund der unzureichenden Aktenlage abzuklären (IV-act. 91), forderte die Vorinstanz die Versicherte mit Schreiben vom 28. Januar 2015 (IV-act. 94) auf, Angaben betreffend die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse zu machen und Auskunft über die Gründe der Aufgabe der Erwerbstätigkeit zu geben. Insbesondere bat die Vorinstanz um Informationen betreffend die aktuelle Situation, nämlich ob die Versicherte momentan arbeitslos und in Bosnien beim Arbeitsamt gemeldet sei und welche konkreten Massnahmen sie für die Suche einer Arbeit unternommen habe. Es wurden sämtliche Beweise (Anmeldung beim Arbeitsamt, Kopien der Belege betreffend Auszahlungen des Arbeitsamts, Kopien der Briefe, welche die Arbeitssuche attestieren) einverlangt. Nachdem die Versicherte lediglich das Formular "Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten" eingereicht, jedoch weder weitere Auskünfte gegeben noch die geforderten Unterlagen nachgereicht hatte, mahnte die Vorinstanz die Versicherte mit Schreiben vom 26. März 2015 (IV-act. 102). Schliesslich gab die Versicherte im E-Mail vom 16. April 2015 sowie im Schreiben vom 14. Dezember 2015 an, sie habe bis im Jahr 2000 in der Schweiz gearbeitet und sei dann in ihre Heimat zurückgekehrt. Nach einem

erneuten Aufenthalt in der Schweiz von 2003 bis 2010 lebe sie nun aufgrund einer Ausweisung wieder in Bosnien, wo sie aus gesundheitlichen Gründen keine Arbeit verrichte. Beim Arbeitsamt sei sie nicht angemeldet, da sie arbeitsunfähig sei (IV-act. 102, 124).

E. 6.2.2

Anlässlich der Begutachtung führte die Versicherte aus, ab 1985 in Selbständigkeit ein Restaurant in (...) geführt zu haben. Nach der Kündigung des Mietvertrags im Jahr 2000 sei der Betrieb geschlossen worden und sie habe danach keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt. Sie sei in den folgenden Jahren zwischen Bosnien, wo ihre Mutter gewohnt habe, und der Schweiz gependelt und habe einerseits von der Rente ihrer Mutter und andererseits von der Sozialhilfe in (...) gelebt. Sie brauche nicht viel zum Leben, da sie weder rauche noch trinke (IV-act. 150, S. 11; 152, S. 2). Zu ihrer aktuellen Situation und dem Tagesablauf führte sie anlässlich der psychiatrischen Anamnese aus, sie wohne im verfallenen Elternhaus ihrer Mutter, wovon ein Zimmer bewohnbar sei. Geheizt werde mit einem Holzofen, was beschwerlich sei. Eine Küche gebe es nicht. Das Essen werde ihr vom Sozialamt jeweils morgens gebracht; ebenso werde der Haushalt besorgt (Wäsche, Abwasch, Wischen, Aufräumen). Natürlich könnte sie all diese Tätigkeiten selbst ausführen, jedoch würde die Spitex diese Arbeiten machen; zudem habe sie überhaupt keine Lust dazu. Nach dem Essen nehme sie die Medikamente ein und lege sich dann wieder hin. Sie mache den ganzen Tag nichts. Konfrontiert mit den Schwielen und Schmutz an den Händen, sagte sie aus, sie würde Holz für den Ofen bereitstellen, da die Frauen vom Sozialamt diese Arbeit nicht erledigen würden (IV-act. 150, S. 13 - 16). Im E-Mail vom 8. Mai 2017 (IV-act. 182, S. 5) präziserte sie die Hilfe der Sozialhilfe dahingehend, dass diese an manchen Tagen überhaupt nicht erscheine und nur manchmal den Haushalt (teilweise) erledige. Mit Schreiben vom 8. Mai 2017 führte sie zu ihrer Angabe, dass sie arbeitslos sei (vgl. IV-act. 28, S. 5; 54), erläuternd aus, diese Aussage müsse so interpretiert werden, dass sie für keinerlei Tätigkeit arbeitsfähig sei und deshalb auch keinen Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung habe. Ohne Gesundheitsschaden fände sie sicherlich eine entsprechende Arbeit (IV-act. 178).

E. 6.2.3

Die am 8. Mai 2017 gemachten Aussage der Versicherten, dass sie im Gesundheitsfall heute erwerbstätig wäre, ist widersprüchlich zu den Akten und ihren eigenen, anlässlich der Begutachtung gemachten Aussagen. Die Erwerbstätigkeit hatte sie bereits im Jahr 2000, nicht aus gesundheitlichen, sondern aus wirtschaftlichen Gründen - nämlich mit der Schliessung des Familienbetriebs - aufgegeben. Im Anschluss hat sie sich, ohne einer Arbeit nachzugehen, drei Jahre in Bosnien aufgehalten. Nach eigenen Aussagen lebte sie von der Rente der Mutter (IV-act. 150, S. 11). In den Akten finden sich denn auch keine Unterlagen, dass sie sich von 2000 bis 2003 in Bosnien um eine Arbeit bemüht hätte oder beim Amt gemeldet gewesen wäre. Auch macht die Versicherte nicht geltend, in diesem Zeitraum auf Arbeitssuche oder arbeitswillig gewesen zu sein. Nach ihrer Rückkehr in die Schweiz war sie ebenfalls nicht berufstätig. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen traten erstmals im Jahr 2005 und 2006 auf, als sie wegen eines ängstlich depressiven Zustandsbildes von der Psychiaterin Dr. med. N. _____ behandelt worden war (IV-act. 16), und verschlechterten sich mit dem gewaltsamen Tod ihrer Mutter im November 2006. Zu diesem Zeitpunkt war die Versicherte längst nicht mehr erwerbstätig. Nach der Schliessung ihres Restaurants im Jahr 2000 hat sie lediglich während ihres Gefängnisaufenthalts vom September 2007 bis

März 2009 im Rahmen des Strafvollzugs in der Strafanstalt B. _____ gearbeitet, nämlich tagsüber im Küchendienst (IV-act. 150, S. 13).

E. 6.2.4

Nach dem Gesagten ist die Versicherte vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen jahrelang keiner Beschäftigung nachgegangen. Aufgrund dieser äusseren Indizien (vgl. E. 6.2) kann daher als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gelten, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit mehr aufnehmen würde, sondern in ihrem Aufgabenbereich, nämlich der üblichen Verrichtungen im Haushalt, tätig wäre. Dies geht im Übrigen konform mit ihrer ersten Aussage im Formular vom 7. August 2012, in welchem sie angab, Hausfrau zu sein.

E. 6.3

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Dabei sind im Besonderen die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (vgl. Art. 27 IVV [SR 831.201]).

E. 6.4

Im Formular "Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten" gab die Versicherte an, sie benötige 15 Stunden pro Woche Hilfe; sie könne nicht alle Tätigkeiten im Haushalt allein ausüben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sie alleinstehend ist und lediglich ein Zimmer im ehemaligen Haus ihrer Mutter bewohnt. Zudem erhält sie staatliche Beihilfe für Pflege und Unterstützung (vgl. Beschluss der Regierung des Bezirks [...], Abteilung für Gesundheit und andere Dienstleistungen vom 26. Juli 2016; IV-act. 168, act. 18, Beilage 1). Sie selbst gab anlässlich der Anamnese an, dass die Sozialhilfearbeiter sie im Haushalt unterstützen und das Essen bringen würden; lediglich das Feuerholz müsse sie selbst vorbereiten (IV-act. 150, S. 13 - 16). Die anlässlich der somatischen Begutachtung festgestellten Beschwielungen an den Händen belegen denn auch eine körperliche Betätigung der Versicherten. Offensichtlich ist sie in der Lage, sich - ergänzt durch die Hilfe der Spitex - im Haushalt zu betätigen. Auf die Einschätzungen der Dres. med. C. _____ und D. _____, welche die Versicherte im Haushalt für arbeitsfähig erachteten (IV-act. 150, S. 36; 152, S. 14) sowie auf die Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 1. Dezember 2012 (IV-act. 173) kann deshalb abgestützt werden. Demzufolge besteht im bisherigen Aufgabenbereich keine Arbeitsunfähigkeit und damit auch keine Invalidität.

E. 7

Zusammenfassend verletzt es somit kein Bundesrecht, dass die Vorinstanz einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und demzufolge einen Rentenanspruch verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2017 erweist sich somit als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 21. August 2017 abzuweisen ist.

E. 8

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

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Sie sind aus dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

E. 8.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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