

BVGer C-4808/2014 vom 15. Januar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4808_2014

FR: TAF C-4808/2014 du 15 janvier 2016

IT: TAF C-4808/2014 del 15 gennaio 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 28. August 2014 einzutreten (Art. 60 und Art. 61 Bst. b ATSG; vgl. auch Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

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; Kognition, vgl. Benjamin Schindler in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, Art. 49 N. 1 ff.).

E. 2.2

Im Rahmen des Streitgegenstandes dürfen im Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht auch bisher nicht gewürdigte, bekannte wie auch unbekannte, neue Sachverhaltsumstände, die sich zeitlich vor (sog. unechte Nova) oder erst im Laufe des Verfahrens (echte Nova) zugetragen haben, vorgebracht werden. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204).

E. 2.3

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Nach dem Gesagten ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 29. Juli 2014) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht

vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3

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

E. 3.1.1

Die Beschwerdeführerin ist österreichische Staatsangehörige und wohnt in Österreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Das FZA 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.

E. 3.1.2

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsahen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

E. 3.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (29. Juli 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: VO 987/2009) Anwendung. Gemäss Art. 4 VO 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung 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 (Art. 8 Abs. 1 VO Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. VO 883/2004. Die Beurteilung 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; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23). Leistungen bei Invalidität sind im System der europäischen Sozialrechtskoordinierung in den Art. 44 - 49 VO Nr. 883/2004 geregelt. Analog zur früheren Verordnung (Nr. 1408/71) werden dabei zwei unterschiedliche Koordinierungssysteme unterschieden. Ein erster Systemtyp gilt für Personen, die ausschliesslich unter gesetzlichen Regelungen versichert gewesen sind, nach denen die Invalidenrente von der Dauer der Versicherungszeit unabhängig ist und ausschliesslich auf dem Umstand beruht, dass die betreffende Person bei Eintritt des Leistungsfalls versichert war ("Typ A"). Davon zu unterscheiden ist der zweite Koordinationstyp, bei welchem die versicherte Person einem Leistungssystem unterliegt, das die Leistungsansprüche in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung einräumt ("Typ B"). Bei diesem Koordinationstyp werden die Leistungen "pro rata temporis" bestimmt, sodass jeder Mitgliedstaat, in dem die Person versichert war, nach Massgabe der bei ihm zurückgelegten Versicherungszeiten zur Ausrichtung einer Invalidenrente verpflichtet ist (Art. 44 Abs. 1 VO Nr. 883/2004; Bernd Schulte, Die neue Europäische Sozialrechtskoordinierung in Gestalt der Verordnungen [EG] Nrn. 883/04 und 987/09, SZS 01/2012 S. 44 ff. und S. 143 ff., insbesondere S. 159 f.). Nach Art. 46 Abs. 1 VO 883/04 erhält eine Person, für die nacheinander oder abwechselnd die Rechtsvorschriften mindestens einer dieser Staaten nicht Rechtsvorschriften des "Typs A" galten, Leistungen nach Kapitel 5 (Art. 50 - 60: Alters- und Hinterlassenenrenten), das unter Berücksichtigung von Abs. 3 entsprechend gilt. Österreich und die Schweiz sehen Rechtsvorschriften nach dem Koordinationstyp B vor, das heisst sie gewähren Leistungsansprüche bzw. Teilrenten in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung (Art. 44 Abs. 1 VO 883/04 i.V.m. Anhang VI e contrario).

E. 3.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz 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 (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein, fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 4; Art. 6 VO 883/04; vgl. auch Rz. 3001.3 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV; KSBIL, gültig ab 1. Juni 2002, Stand:

1. Januar 2013). Die Beschwerdeführerin hat vorliegend während mehr als neun Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 2 + act. 6, S. 3); sie erfüllt mithin ohne Weiteres die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

E. 3.4

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.5

Nach ständiger Rechtsprechung vermag ein Alkoholismus eine Invalidität im Sinne des Gesetzes nicht zu begründen. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 22. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 3.6

Befolgt die versicherte Person eine medizinisch gebotene Massnahme respektive eine medizinische indizierte Therapie nicht, so setzt die Leistungskürzung oder -verweigerung in Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG voraus, dass die zur Diskussion stehende medizinische Massnahme mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit hätte bewirken können. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der

Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in die Persönlichkeitsrechte zu beurteilen: Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Ist der Eingriff demgegenüber erheblich, wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt. Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind strenger, wenn eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst. Ist eine fehlende Krankheitseinsicht aber gerade Teil des Leidens selbst und lehnt eine versicherte Person deswegen eine an sich zumutbare Therapie ab, gereicht ihr dies unter Umständen nicht zum Verschulden (Urteil des BGer 9C_33/2015 vom 27. Mai 2015 E. 3).

E. 3.7

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 3.8

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 125 V 256 E. 4, 115 V 133 E. 2).

E. 3.9

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 3.10

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im

Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 3.11

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 3.12

Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG im erwerblichen und medizinischen Bereich rechtsgenügend nachgekommen ist.

E. 4.1

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor: - Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt

vom 7. Januar bis 8. Februar 2013 hielten die verantwortlichen Ärztinnen der AMEOS Privatklinik Bad Aussee, Dres. med. K. _____ und L. _____, mit Bericht vom 19. Februar 2013 fest, dass sich die Hautkrankheit (Lichen ruber) nach der Einnahme des Medikamentes Fluoxetin verschlechtert habe. Auf Wunsch der Patientin sei eine Medikation mit dem Arzneimittel Jarsin (Johanniskrautextrakt) erfolgt. Es seien eine ambulante und eine stationäre Intervalltherapie zu empfehlen. Im Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. 70). - Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie, diagnostizierte in seinem zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt erstellten Gutachten vom 3. April 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F 33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1) sowie Hinweise auf eine Agoraphobie (ICD-10: F 40.9) und führte ergänzend aus, laut Angaben der Beschwerdeführerin habe sie bei der Einnahme des Antidepressivums Fluoxetin ein allergisches Exanthem an beiden Händen und an den Unterschenkeln entwickelt. Sie habe sich überdies zwei stationären Aufenthalten in der AMEOS-Klinik in Bad Aussee unterzogen, wobei sie nur beim ersten Aufenthalt davon profitiert habe. Vor einem halben Jahr habe sie überdies einen Suizidversuch verübt. In seiner Gesamtbeurteilung kam er zum Schluss, dass die zwei stationären Aufenthalte keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes gebracht hätten; die medikamentöse Therapie sei allerdings - einerseits wegen Nebenwirkungen, andererseits infolge Unverträglichkeitsreaktionen - insuffizient gewesen. Bevor nicht eine adäquate Therapie mit modernen Antidepressiva, eventuell auch mit Verabreichung anderer Medikamente und eine adäquate stationäre psychiatrische Therapie, durchgeführt worden sei, lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit bei der Versicherten nicht attestieren (act. 28). - Der Vertrauensarzt der Pensionsversicherungsanstalt, Dr. med. D. _____, bestätigte mit Bericht vom 8. Mai 2013 die von Dr. med. C. _____ festgehaltenen Diagnosen und hielt ergänzend fest, dass zudem ein dyshidrotisches Handexzema bestehe. Unter Hinweis auf das psychiatrische Gutachten attestierte er der Versicherten eine 100 %ige Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (act. 27, S. 6 f.). - Dr. med. H. F. _____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin beim Medizinischen Dienst der IVSTA, kam in seinem Bericht vom 7. Juli 2013 - gestützt auf eine Würdigung des Gutachtens von Dr. med. C. _____ und des Berichts von Dr. med. D. _____ - zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin eine körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei (act. 40, S. 2). - Mit Bericht vom 9. Oktober 2013 hielt Dr. med. E. _____ namentlich fest, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10: F. 33.1), in Verbindung mit massiven sozialen Ängsten, leide. Die Störung basiere auf sexuellem Missbrauch und Misshandlung seit der Kindheit. Sie habe nunmehr bereits diverse Medikamente ohne Erfolg beziehungsweise mit massiven Nebenwirkungen (Fluoxetin, Olanzapin, Risperidon, Solian, Jassin [recte wohl: Jarsin], Valdoxan) eingenommen. Derzeit werde das Medikament Trittico, welches sie in niedriger Dosierung (50 mg) vertrage, verschrieben. Zudem nehme sie in regelmässigen Abständen psychotherapeutische Gespräche in Anspruch. Die Beschwerdeführerin befinde sich derzeit in einem schlechten psychischen und physischen Zustand. Obwohl sie sehr compliant sei und alle Therapien verlässlich durchführe, sei es seit dem stationären Aufenthalt in der AMEOS-Klinik zu keiner Besserung gekommen. Die Leistungsfähigkeit sei massiv reduziert, und sie sei zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der komplexen Störung sei kurzfristig keine wesentliche Besserung zu erwarten (act. 66). - Mit Bericht vom 14.

Oktober 2013 diagnostizierten die Dermatologen am Landeskrankenhaus Feldkirch, Dres. med. M._____ und N._____, eine palmaplantare Pustulose und differentialdiagnostisch eine Psoriasis pustulosa palmoplantaris. Ferner führten sie aus, dass nach zweimaligem Abbruch der Behandlung wieder eine (insgesamt für acht Wochen geplante) Retinoid-Bade-PUVA-Therapie laufe, wobei der Hautbefund derzeit zufriedenstellend sei (act. 72). - Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in einem zuhanden des Landesgerichts Feldkirch erstatteten Gutachten vom 28. Oktober 2013 - welches mit Beschwerdeeingabe vom 28. August 2014 ins Recht gelegt wurde (Beilage zu BVGer act. 3; nachfolgend: Gutachten I) - insbesondere die Diagnose einer mittel- bis schwergradigen Depression fest. Die therapeutischen Möglichkeiten seien derzeit noch nicht ausgeschöpft. Mit Rücksicht auf den aktuellen Gesundheitszustand könne die Beschwerdeführerin unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses seit dem 1. November 2012 keine Arbeit mehr ausüben. In Übereinstimmung mit der behandelnden Psychiaterin komme er zum Schluss, dass der derzeitige Ausprägungsgrad der Depression eine Arbeit nicht zulasse. Grundsätzlich sei bei geplanter weiterer Therapie mit einer langsamen Besserung zu rechnen, allerdings nicht vor Ablauf eines Jahres (Gutachten I, S. 10). In anamnestischer Hinsicht führte Dr. med. H._____ überdies aus, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe der Hautausschlag mit der Einnahme von Fluoxetin begonnen. Sie habe zwei Aufenthalte in der Klinik Aussee hinter sich; dort habe sie Gespräche über ihre Kindheit geführt. So sei sie als Kind vom Freund ihres Vaters sexuell missbraucht worden. Ihr Vater sei Alkoholiker gewesen. Später sei sie von ihrem Ehemann vergewaltigt worden, wobei ihr dieser ein Messer an den Hals gesetzt habe. Sie sei überdies einmal wegen einer Spielsucht ambulant behandelt worden (Gutachten I, S. 4 f.). - Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Psychosomatischen Abteilung des Landeskrankenhauses Hohenems (AT) vom 12. bis 19. November 2013 führte Dr. med. O._____ mit Bericht vom 22. November 2013 aus, gegenwärtig seien eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 62.0), eine rezidivierende Depression, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10: F 33.1), sowie ein Lichen ruber planus (ICS-10: L23.5) zu diagnostizieren. Aufgrund ihrer seit Monaten bestehenden Antriebs- und Energielosigkeit, der ausgeprägten Schlafstörungen sowie der intrusiven Erinnerungen mit Albträumen sei sie zur stationären Behandlung aufgenommen worden. Ihr Vater habe an einer Alkoholproblematik gelitten. Nachdem sie sich durch die Gruppentherapie überfordert gefühlt habe, sei man dem Begehren um Abbruch der stationären Therapie - nach Ausschluss von akuter Suizidalität - nachgekommen. Sie sei derzeit nicht arbeitsfähig, und eine regelmässige Psychotherapie (mindestens einmal pro Woche) sei dringend indiziert (act. 99). - Prof. Dr. med. P._____ diagnostizierte mit dermatologischem Gutachten vom 31. Oktober 2013 - das von der Beschwerdeführerin mit Beschwerdereplik vom 20. November 2014 eingereicht wurde - ein Lichen ruber sowie eine Psoriasis palmoplantaris (DD dyshidrotisches Ekzem). Ferner führte er ergänzend aus, dass bei diesen Erkrankungen mechanische Belastungen und Verletzungen an den entsprechenden Stellen vermieden werden müssten, da diese zu einer Exazerbation führen würden. Der Beschwerdeführerin seien weiter leichte und mittelschwere Arbeiten im Freien und in geschlossenen Räumen zumutbar, unter Vermeidung von Verrichtungen, welche mit einer erheblichen mechanischen Belastung oder Verletzungsgefahr einhergingen. Hinsichtlich des Lichen ruber bestehe die begründete Aussicht, dass sich der Gesundheitszustand spontan, erfahrungsgemäss innerhalb von zwei bis drei Jahren, bessern werde. Die Psoriasis

palmoplantaris (Schuppenflechte der Handflächen und Fusssohlen) sei indes eine chronische Erkrankung, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit medikamentös kontrollierbar sei (Beilage zu BVGer act. 9). - Am 4. November 2013 diagnostizierte Dr. med. M. _____ einen generalisierten "Lichen ruber planus exanthematicus" mit Mundschleimhaut- und Genitalbeteiligung sowie eine plantare Pustulose. Ferner hielt er fest, dass sich die Beschwerdeführerin nicht zur empfohlenen Behandlung mit einem Steroidstoss habe entschliessen können und eine Zweitmeinung einholen wolle (act. 90). - Mit Stellungnahme vom 18. Februar 2014 führte Dr. med. G. _____ insbesondere aus, gemäss den Akten habe die antidepressive Therapie zu Nebenwirkungen geführt; es seien aber noch nicht alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden. Deshalb müsse eine adäquate antidepressive Therapie gefordert werden. Die beschriebenen Befunde würden die erhobenen Diagnosen nur grenzwertig begründen. Er finde im ganzen Dossier keine ausführliche Anamnese, und es sei unklar, welche Rolle der Alkoholkonsum spiele (act. 95). - Dr. med. E. _____ hielt mit Kurzbericht vom 10. März 2014 fest, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden Depression mittleren Grades (ICD-10: F 33.1) sowie an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F 62.0) leide. Aus organischer Sicht sei ferner ein Lichen ruber planus (ICD-10: L 43.3) zu diagnostizieren. Medikamentös sei die Beschwerdeführerin auf Trittico (150 mg) eingestellt. Aufgrund der massiven Nebenwirkungen seien diverse Versuche, sie auf eine andere Medikation einzustellen, fehlgeschlagen. Aus fachärztlicher Sicht sei sie derzeit nicht belastbar und nicht arbeitsfähig (act. 98). - Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, hielt mit (im Beschwerdeverfahren eingereichtem) Gutachten vom 28. Mai 2014 (Beilage zu BVGer act. 3; nachfolgend: Gutachten II) als Diagnosen namentlich eine komplexe depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F. 43.21), eine rezidivierende Depression mittleren Grades (ICD-10: F 33.11) und einen Status nach schädlichem Alkoholgebrauch (ICD-10: F 10.1) fest. Auf der Grundlage der medizinischen Akten sowie einer psychiatrischen Untersuchung und Exploration, einschliesslich testpsychologischer Abklärung, kam er zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin durch die psychiatrischen Störungen in ihrer Leistungsfähigkeit seit dem 1. November 2011 um insgesamt 50 % eingeschränkt sei. Dabei sei die pro Arbeitstag zumutbare Arbeitszeit auf 6 Stunden beschränkt, wobei sie innerhalb dieser Zeit im Vergleich zu einer gesunden Person nur zwei Drittel der Leistungseffizienz erbringen könne. Die psychischen Störungen wirkten sich auf der syndromal-funktionellen Ebene auf Antrieb, Motivation, Konzentrations- und Durchhaltevermögen, auf die Ermüdbarkeit und daneben auf die Befindlichkeit, Stimmung und Schmerzerleben (welches durch die depressive Stimmung verstärkt empfunden werde) sowie auf den Schlaf aus. Durch die Fortführung der nicht einfachen psychopharmakologischen und der psychotherapeutischen Behandlung könnte der Zustand innerhalb eines Jahres, also bis Ende Mai 2015, soweit gebessert werden, dass sie wieder eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erlange (Gutachten II, S. 25). - Nach Prüfung der neu eingereichten Akten kam Dr. med. G. _____ am 24. Juli 2014 zum Schluss, dass kein Grund für ein Abweichen von seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2014 ersichtlich sei, zumal die entsprechenden Dokumente substantiell nichts Neues enthielten (act. 114).

E. 4.2

Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen von Dr. med. F. _____ vom 7. Juli 2013 (act. 40) und vom 30. Oktober 2013 (act. 86) sowie von Dr. med. G. _____ vom 18. Februar 2014 (act. 95),

welche auf der Grundlage einer Aktenbeurteilung zum Schluss gekommen waren, dass die bisherigen therapeutischen Möglichkeiten zur erfolgreichen Behandlung der Depression noch nicht ausgeschöpft worden seien. Daraus schloss sie zunächst auf eine nicht invalidisierende Wirkung der Gesundheitsbeeinträchtigung. Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob diese Beurteilungen den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine Begutachtung genügen.

E. 4.2.1

Bei den Stellungnahmen der genannten Ärzte der Vorinstanz handelt es sich um versicherungsinterne Berichte im Sinn von Art. 59 Abs. 2bis IVG, welchen der Beweiswert auch bei einem Verzicht auf eine persönliche Untersuchung nicht per se abzusprechen ist, sofern sie die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen (vgl. E. 3.9 hievor). Dazu gehört namentlich, dass die Berichte für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und dass die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Diese Anforderungen sind vorliegend aus folgenden Gründen nicht erfüllt:

E. 4.2.2

Wie vorstehend ausgeführt, kam Dr. med. O. _____ von der Psychosomatischen Abteilung des Landeskrankenhauses Hohenems (AT) im Anschluss an einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 12. bis 19. November 2013 zum Schluss, dass diese derzeit nicht arbeitsfähig sei (act. 99). Damit im Einklang steht die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E. _____, die der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 10. März 2014 eine fehlende Arbeitsfähigkeit attestierte. Ferner fügte die Psychiaterin hinzu, dass die Beschwerdeführerin medikamentös auf Trittico (150 mg) eingestellt sei und diverse Versuche, sie auf eine andere Medikation einzustellen, aufgrund der massiven Nebenwirkungen fehlgeschlagen seien (act. 98). Eine Auseinandersetzung mit diesen abweichenden Beurteilungen findet sich in den ärztlichen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA nicht. Bereits allein aus diesem Grund erweisen sich die medizinischen Abklärungen der Vorinstanz als ungenügend (vgl. dazu auch Riemer-Kafka, a.a.O., S. 57). In diesem Zusammenhang ist namentlich zu fordern, dass der Arzt detailliert und nachvollziehbar begründet, weshalb er eine Diagnose als unrichtig einstuft und aus welchen Gründen er zu einer abweichenden Leistungsfähigkeitsbeurteilung gelangt ist. Die (hier vollkommen fehlende) Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

E. 4.2.3

Hinzu kommt, dass die Ärzte des medizinischen Dienstes auch nicht zur Problematik der Unverträglichkeit der eingenommenen Medikamente Stellung bezogen haben. Sie halten zwar fest, dass eine adäquate und erfolgreiche antidepressive Therapie gefordert werden

müsse (act. 95, S. 2). Welche Therapien die Beschwerdeführerin im Einzelnen noch in Anspruch zu nehmen habe, wird allerdings nicht ausgeführt. Hinzu kommt, dass die versicherungsinternen Ärzte auch nicht darlegen, weshalb auf eine ergänzende dermatologische Begutachtung verzichtet werden könne. Eine fachärztliche Aussage zu dieser Problematik ist umso mehr geboten, als die Vorinstanz der Beschwerdeführerin im konkreten Fall gerade eine ungenügende Ausschöpfung der Therapien anlastet.

E. 4.2.4

Überdies hielt Dr. med. G. _____ in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2014 explizit fest, dass "im gesamten Dossier keine ausführliche Anamnese" vorhanden sei (act. 95, S. 2). Weshalb nichtsdestotrotz keine weiteren Abklärungen in die Wege geleitet wurden, wird nicht begründet und ist aus den Akten auch nicht ersichtlich. Mit Blick auf die genannten Diskrepanzen und Unterlassungen hätte die Vorinstanz zwingend weitere Abklärungen in die Wege leiten müssen, zumal rechtsprechungsgemäss bereits geringe Zweifel genügen, um die Notwendigkeit weiterer Abklärungen zu begründen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 4.2.5

Hinzu kommt, dass sich in den Akten mehrere klare Hinweise auf eine Alkoholsucht finden (vgl. dazu act. 27, S. 2; act. 95, S. 2 + act. 99, S. 1 f.). Die im Recht liegenden ärztlichen Berichte und Gutachten setzen sich nicht mit den zwingend zu beantwortenden Fragen auseinander, ob nach wie vor eine Suchtabhängigkeit besteht, ob dieser gegebenenfalls Krankheitswert zukommt und welche Wechselwirkung allenfalls zwischen der Sucht und der Depression besteht. Zu klären ist insbesondere, ob der übermässige Alkoholkonsum einen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden bewirkt hat oder ob er selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist (vgl. dazu E. 3.5 hievor). Dementsprechend bedarf es einer ergänzenden spezialärztlichen Begutachtung durch einen Internisten.

E. 4.2.6

Nach wie vor nicht rechtsgenügend abgeklärt ist im Weiteren die Frage, welchen Einfluss der seit der Kindheit erfolgte sexuelle Missbrauch (act. 66, S. 1) beziehungsweise die dadurch ausgelöste posttraumatische Belastungsstörung (vgl. dazu act. 28, S. 3; act. 86, S. 1; act. 98 + act. 99, S. 3) auf die Leistungsfähigkeit haben und inwiefern diese noch therapiert werden kann.

E. 4.2.7

Nach dem Gesagten steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der von der Vorinstanz der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten Akten nicht schlüssig beurteilen lassen.

E. 4.3

Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte und Gutachten, insbesondere die Expertise von Prof. Dr. med. I. _____, eine zuverlässige Beurteilung der Leistungsfähigkeit erlauben.

E. 4.3.1

Wie vorstehend (vgl. E. 4.1 hievor) ausgeführt, kam Prof. Dr. med. I. _____, in seinem Gutachten vom 28. Mai 2014 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin durch die psychiatrischen Störungen in ihrer Leistungsfähigkeit seit dem 1. November 2011 um insgesamt 50 % eingeschränkt sei. Dabei sei die pro Arbeitstag zumutbare Arbeitszeit auf 6 Stunden beschränkt, wobei sie innerhalb dieser Zeit im Vergleich zu einer gesunden Person nur zwei Drittel der Leistungseffizienz erbringen könne. Diese Begutachtung erfüllt zwar die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen in Bezug auf die gebotene fachliche Spezialisierung, die Zusammenfassung der Vorgeschichte gemäss Aktenlage mit entsprechenden Angaben über die relevanten Befunde, Diagnosen und Beurteilungen (Gutachten II, S. 4 - 12), die umfassende Anamnese (Gutachten II, S. 13 - 19), die subjektiven Beschwerdeangaben (Gutachten II, S. 19 f.) und Erfassung der einzelnen Befunde (Gutachten II, S. 21 - 24). Bei der psychiatrischen Gesamtbeurteilung fehlt allerdings auch in diesem Gutachten eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Leistungsfähigkeitsbeurteilungen im Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E. _____, vom 9. Oktober 2013 (act. 66) einerseits sowie im Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 28. Oktober 2013 (Gutachten I, S. 9 f.) und im Bericht von Dr. med. O. _____ vom 22. November 2013 andererseits (act. 99, S. 3). Hinzu kommt, dass auch Prof. Dr. med. I. _____ keine hinreichenden Angaben zur dermatologischen Verträglichkeit der Medikamente macht. Insoweit erweist sich auch das Gutachten II als nicht rechtsgenügend. Die Beschwerdeführerin hatte noch im Jahr 2013 gegenüber Dr. med. D. _____ ausgeführt, sie konsumiere immer wieder relativ viel Alkohol (act. 27, S. 2). Gegenüber Prof. Dr. med. I. _____ führte sie demgegenüber aus, sie sei durch den Alkoholismus ihres Vaters abgeschreckt worden (Gutachten II, S. 16), was den Gutachter in Ermangelung von konkreten Entzugserscheinungen offenbar dazu führte, den schädlichen Gebrauch von Alkohol als jetzt nicht mehr aktuell einzustufen (Gutachten II, S. 29). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein Suchtverhalten vom Betroffenen typischerweise heruntergespielt beziehungsweise bagatellisiert wird, ist die Erhebung der Suchtanamnese ungenügend ausgefallen.

E. 4.3.2

Wie vorstehend (E. 2.3 hievor) ausgeführt, können Tatsachen, welche sich erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung verwirklichen (echte Noven), im hängigen Verfahren insoweit berücksichtigt werden, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen. Unter diesem Gesichtspunkt ist im Folgenden auf die nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten ärztlichen Berichte einzugehen.

E. 4.3.2.1

Aus dem - im Anschluss an den stationären Aufenthalt vom 18. Juni bis 30. Juli 2014 erstellten - Austrittsbericht der Privatklinik Hollenburg vom 30. Juli 2014 (nachfolgend: Austrittsbericht; Beilage zu BVGer act. 18) geht hervor, dass die Rehabilitationsziele im Rahmen der rund sechswöchigen stationären Behandlung nur teilweise erreicht werden konnten. So wurden die Ziele betreffend Erarbeitung von Zukunftsperspektiven und Verbesserung der Entspannungsfähigkeit nicht erreicht; lediglich das Therapieziel der Verminderung des sozialen Rückzuges wurde teilweise erreicht. Ferner geht aus dem Bericht hervor, dass die psychopharmakologische Medikation während des Aufenthaltes beibehalten worden ist. Bei entsprechendem Wunsch der Beschwerdeführerin könnte überdies ein Wechsel der hypnotischen Medikation von Trittico auf Dominal in Betracht

gezogen werden. Zur Behandlung der Depression könnte der nächste Schritt eine Steigerung der Fluoxetindosierung sein, sofern die Verträglichkeit gegeben sei (Austrittsbericht, S. 4). Der somatische Status bei der Entlassung war im Vergleich zur Aufnahme unverändert, und auch der psychopathologische Status erfuhr durch den stationären Aufenthalt keine wesentliche Veränderung (Austrittsbericht, S. 10 f.).

E. 4.3.2.2

Dr. med. Q. _____, Vertrauensärztin der Pensionsversicherungsanstalt, kam gestützt auf eine allgemeinärztliche Untersuchung mit Bericht vom 3. November 2014 zum Schluss, dass sich die Gesamtsituation und das Leistungsvermögen seit dem Gerichtsgutachten (von Dr. med. H. _____ vom 28. Oktober 2013) nicht relevant verbessert hätten; der weitere Verlauf bleibe abzuwarten. Derzeit erfolge eine medikamentöse Behandlung mit Trittico (150 mg) und Fluoxetin (zweimal täglich); ferner nehme die Beschwerdeführerin alle 14 Tage eine psychotherapeutische Behandlung und einmal wöchentlich eine sozialpsychiatrische Behandlung in Anspruch. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine vollständige Invalidität, und auch eine angepasste Tätigkeit könne nicht verrichtet werden (Beilage zu BVGer act. 18).

E. 4.3.2.3

Aus den nach Erlass der Verfügung erstellten Berichten geht hervor, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin trotz Inanspruchnahme regelmässiger ambulanter und mitunter auch stationärer Therapien keine wesentliche Verbesserung erfahren hat. Im Hinblick auf die Ermittlung des Resterwerbsvermögens lassen allerdings auch die nachträglich erstellten Berichte keine verlässlichen Schlüsse zu. Gleiches gilt auch die Beantwortung der Frage, mit welcher psychopharmakologischen Medikation die Depression unter Berücksichtigung der Hautunverträglichkeit mittel- und langfristig voraussichtlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann.

E. 4.4

Damit steht auch unter Berücksichtigung der nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Berichte fest, dass die Durchführung eines multidisziplinären Gutachtens (aus den Fachbereichen Psychiatrie, Dermatologie und Innere Medizin) einerseits zur verlässlichen Ermittlung der funktionellen Leistungsfähigkeit, andererseits aber auch zur Prüfung der Frage, wie die psychopharmakologische Medikation mit Rücksicht auf die dermatologische Problematik Erfolg versprechend ausgestaltet werden kann, geboten ist. Der Dermatologe wird sodann zum Ausmass und zur Therapierbarkeit der Hautkrankheit, namentlich auch zur Behandlung mit Steroiden, Stellung zu nehmen haben (vgl. dazu act. 90, S. 1). Überdies ist den Spezialisten auch die Frage zu unterbreiten, ob eine Therapie in ambulantem, teilstationärem oder stationärem Rahmen zu erfolgen habe (vgl. dazu act. 45, S. 3). Die Gutachter werden dabei auch zu folgenden Aspekten Stellung zu nehmen haben:

E. 4.4.1

Im Austrittsbericht der Privatklinik Hollenburg wird unter anderem festgehalten, dass es in der Einzeltherapie thematisch insbesondere um die dort erlebten Kränkungen durch Pflegepersonal, Therapeuten, Ärzte und Mitpatienten gegangen sei. Ferner sei es darum gegangen, die Einhaltung der Hausordnung therapeutisch zu reflektieren. Die Herstellung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung sei aufgrund der Abwehrhaltung der Patientin, nach subjektiv erlebter Kränkung, nahezu unmöglich gewesen. In den Gruppentherapien habe sich die Beschwerdeführerin gegenüber Therapeuten und Mitpatienten äusserst

konfliktbereit und provokant gezeigt. Sie habe überdies wenig Bereitschaft gezeigt, sich selbst und sozial auffällige Verhaltensweisen zu hinterfragen (Austrittsbericht, S. 5). Mit Blick auf diese Feststellungen sind die Gutachter mitunter darüber zu befragen, ob das Verhalten auf eine ungenügende Compliance zurückzuführen oder ob es vielmehr Ausdruck der Krankheit sei. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage der Zumutbarkeit der Beschwerdeführerin als Arbeitnehmerin für einen Arbeitgeber zu klären.

E. 4.4.2

Aufgrund der vorstehend dargelegten auffälligen Verhaltensweisen wird von den Gutachtern auch zu prüfen sein, ob allenfalls Hinweise auf Simulation beziehungsweise Aggravation (vgl. dazu Alfred Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Aufl. 2003, S. 270 ff.) bestehen oder allenfalls eine blosser Verdeutlichungstendenz vorliegt (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_492/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.4.3

Im Zusammenhang mit der Abklärung der Frage der Alkoholerkrankung ist auch zu untersuchen, ob bei der Beschwerdeführerin gegebenenfalls ein Suchtpotenzial in anderen Bereichen besteht, zumal sich in den Akten ein Hinweis auf ein Suchtverhalten betreffend Glücksspiele befindet (vgl. Gutachten I, S. 5).

E. 4.5

Steht nach Durchführung der gebotenen medizinischen Abklärungen fest, welche Therapie(n) zur Verbesserung des Gesundheitszustandes medizinisch indiziert sind, wird die Vorinstanz die Frage der Zumutbarkeit dieser Behandlung(en) im Hinblick auf die mögliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu prüfen und gegebenenfalls in Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (Art. 21 Abs. 4 ATSG) eine Kürzung oder Verweigerung der Leistungen in Aussicht zu stellen haben (vgl. dazu E. 3.6 hievore), bevor die angedrohte Rechtsfolge gegebenenfalls definitiv durchgesetzt wird.

E. 4.6

Die Vorinstanz hat zwar in ihrer Vernehmlassung vom 28. August 2014 eine 50 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anerkannt (BVGer act. 5). Diese Anerkennung vermag indes die ungenügenden Abklärungen nicht zu kompensieren, zumal die Beschwerdeführerin nach wie vor von einer vollständigen Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit ausgeht (BVGer act. 9) und weitere Untersuchungen beantragt hat (BVGer act. 19).

E. 5.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch nicht vollständig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Die versicherungsinternen medizinischen Berichte (act. 40; act. 86 + act. 95) erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage in mehrfacher Hinsicht nicht: Vorab stützen sich die Beurteilungen des medizinischen Dienstes der IVSTA auf ein nicht beweiskräftiges Gutachten, zumal darin die zwingend notwendige Auseinandersetzung mit abweichenden Beurteilungen fehlt. Zudem wird weder in den versicherungsinternen Berichten noch in den diesen zugrunde liegenden Gutachten zur Frage Stellung bezogen, mit welcher psychopharmakologischen Medikation (Art und Dosierung) angesichts der bestehenden

Hautkrankheit und der damit verbundenen Unverträglichkeit die Therapie optimiert werden kann. Überdies ist zu klären, ob die posttraumatische Belastungsstörung noch Erfolg versprechend therapiert werden kann und welchen Einfluss diese auf die Leistungsfähigkeit hat. In diesem Zusammenhang werden die Gutachter auch zur Frage Stellung zu nehmen haben, ob eine Therapie in ambulantem, teilstationärem oder stationärem Rahmen erfolgen soll. Ferner ist zu untersuchen, ob der übermässige Alkoholkonsum fortbesteht und ob er einen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden bewirkt hat oder ob er selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist. Hierfür ist der Beizug eines Internisten erforderlich. Schliesslich haben sich die Experten darüber zu äussern, ob Hinweise auf eine Simulation beziehungsweise Aggravation bestehen. Es bedarf demnach einer polydisziplinären Begutachtung unter Einbezug der Fachbereiche der Inneren Medizin, der Psychiatrie und der Dermatologie. Damit kann auch sichergestellt werden, dass die relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1).

E. 5.2

Nach dem Gesagten kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Eine antizipierte Beweiswürdigung fällt demnach ausser Betracht.

E. 5.3

Angesichts der dargelegten Mängel der bestehenden medizinischen Berichte und Gutachten war eine Aktenbeurteilung unter den gegebenen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zur Einholung eines Administrativgutachtens hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz bereits im Verwaltungsverfahren abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 5.4

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 5.5

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2014 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

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

E. 6.1

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

E. 6.2

Die durch einen österreichischen Rechtsanwalt vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung inklusive Auslagenersatz auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE).

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