

# **BVGer C-4874/2017 vom 20. Mai 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4874\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4874_2017)

FR: TAF C-4874/2017 du 20 mai 2019

IT: TAF C-4874/2017 del 20 maggio 2019

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 lit. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland zuständig.

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gestützt auf Art. 37 VVG grundsätzlich nach dem VwVG. Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin ist als direkte Verfügungsadressatin durch die angefochtene Verfügung vom 2. August 2017 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

### **E. 2**

Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Zunächst sind die gesetzlichen Grundlagen sowie die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, welche vorliegend massgebend sind, darzulegen.

### **E. 2.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 2. August 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). Deshalb sind vorliegend die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Berichte, welche nach Verfügungserlass erstellt worden sind, nur insofern zu berücksichtigen, als sie sich (auch) zur Situation vor dem 2. August 2017 äussern.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in (...)/Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) und die

Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, Rz. 7.23; Urteile BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 141 V 657 E. 3.5.1; 132 V 215 E. 3.1.1).

### **E. 2.4**

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; vgl. auch 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. 2.5**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). 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).

### **E. 2.6**

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.

Das Gesetz weist auf dem Gebiet der Invalidenversicherung der (örtlich zuständigen) IV-Stelle die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung (vgl. Art. 49 ATSG) über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

## **E. 2.7**

Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person nach früherer Leistungsverweigerung sind die Revisionsregeln analog anwendbar (BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a). Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil BGer 8C\_104/2017 vom 13. Juni 2017 E. 3).

### **E. 2.7.1**

Auf eine Neuanschuldung muss die Verwaltung nur dann eintreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

### **E. 2.7.2**

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Ablehnungsverfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen (Urteil BGer 8C\_120/2016 vom 29. April 2016 E. 2.2). Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; Urteil 9C\_129/2017 vom 30. August 2017 E. 2).

## **E. 2.8**

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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.

5.1; 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C\_433/2017 vom 13. März 2018 E. 2.1). 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). 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. 2.9**

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 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## **E. 3**

Vorliegend ist die Vorinstanz auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten und beauftragte die Deutsche Rentenversicherung, einen umfassenden Arztbericht (E213) sowie ein psychiatrisches und ein orthopädisches Gutachten durchführen zu lassen. Gestützt auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA zu den eingereichten medizinischen Berichten sowie der psychiatrischen und orthopädischen Gutachten hielt die Vorinstanz in der Verfügung vom 2. August 2017 (IV-act. 285) fest, dass aus somatischer Sicht keine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt wurde, die zu einer Änderung der Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Weiterhin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30% im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung der Wirbelsäule und den Bauchbeschwerden/Stuhlnunregelmässigkeiten (Morbus Crohn). Zudem könne unter Einbezug der Prüfung der Standardindikatoren aus psychiatrischer Sicht keine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ab Januar 2013 festgestellt werden. Demzufolge wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit der Begründung ab, dass bei einer Arbeitsfähigkeit von 30% in der Ausübung der Tätigkeit als Laborantin kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin macht insbesondere geltend, dass die Vorinstanz die von der Schweizerischen Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen Begutachtungen für die rentenabweisende Verfügung nicht berücksichtigt habe. Diese Gutachten würden ihre Beschwerden bestätigen. So habe sie seit Jahren sehr starke Schmerzen in den Fingern, sie könne die Finger nicht aktiv bewegen und nehme deshalb meistens eine Schonhaltung der Hand ein. Auch wenn die Laborarbeit als leichte Arbeit gelte, sei damit sehr viel Handarbeit verbunden (B-act. 1).

### **E. 3.2**

Auf diese Rüge wird folgend in Verbindung mit der Frage, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist, einzugehen sein.

### **E. 3.3**

Auszugehen ist vom Gesundheitszustand, wie er sich zum Zeitpunkt der letzten materiell geprüften und rechtskräftig gewordenen Verfügung darstellte. Das verfügungsweise abgewiesene Leistungsbegehren vom 21. Januar 2013 (IV-act. 285) ist durch das beschwerdeabweisende Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-924/2013 vom 24. Februar 2015 bestätigt worden. Die IVSTA stützte sich bei dieser Verfügung insbesondere auf die im Juli 2012 durchgeführte polydisziplinäre Begutachtung der B. \_\_\_\_\_-Zentralschweiz (IV-act 147), mit welcher als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit insbesondere die diarrhöischen Stuhlunregelmässigkeiten, ein möglicher Morbus Crohn, chronische uncharakteristische Abdominalschmerzen und eine morbide Adipositas festgehalten wurden. Ferner stellten die Gutachter bei der Beschwerdeführerin weitere Diagnosen, welche zwar keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge, aber Krankheitswert hätten. Diesbezüglich sind namentlich ein chronisches fibromyalgieformes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates Korrelat am Bewegungsapparat, ein chronisches zerviko-lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom, eine Metatarsalgie bei Hohl- und Spreizfuss beidseits, ein femoropatelläres Schmerzsyndrom beidseits, ein Status nach arthroskopischer Enchondrom-Ausräumung am Humeruskopf links und Spongiosaplastik 07/2009, psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, ein Lip-Lymphoedem der Beine, arterielle Hypertonie und eine saisonale Rhinitis allergica zu erwähnen. Als Nebenbefund erwähnten die Gutachter einen Status nach vaginaler Hysterektomie. Die Arbeitsfähigkeit als medizinische Laborantin bezifferten die Gutachter auf mindestens 70% bis 80%. Sollte die Möglichkeit von regelmässigen Pausen für Toilettenbesuche bestehen, sei gar von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Gutachter wiesen schliesslich darauf hin, dass die Hauptleiden der Beschwerdeführerin trotz langjährigem Bestehen noch immer nicht genügend abgeklärt seien, um ihr eine optimale (medikamentöse) Therapie bieten zu können. Bei verbesserter Medikation sei vermutlich von einer weiteren Verminderung der Beschwerden auszugehen. Mit Bezugnahme auf die Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin beim medizinischen Dienst der IVSTA, bewertete das Bundesverwaltungsgericht (vgl. C-924/2013 E. 4.4) das B. \_\_\_\_\_-Gutachten als ausführlich und nachvollziehbar, da sämtliche gesundheitlichen Aspekte berücksichtigt sowie diese in einer Schlussbesprechung interdisziplinär gewürdigt und die Arbeitsfähigkeit beziffert worden seien.

### **E. 3.4**

Am 5. Juni 2013 reichte die Beschwerdeführerin neue Arztberichte und weitere Unterlagen ein, welche die Vorinstanz als ein neues Leistungsbegehren entgegennahm (IV-act. 204-211). Im Weiteren wurde die Beschwerdeführerin aufgefordert, weitere medizinische Berichte einzureichen (IV-act. 232, 233). Die Vorinstanz führte nachfolgend erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Zur Beantwortung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten rechtskräftigen Verfügung verschlechtert habe, beauftragte die IVSTA die Deutsche Rentenversicherung, ein psychiatrisches sowie ein orthopädisches Gutachten einzuholen.

### **E. 3.5**

Gestützt auf die eingereichten Berichte und die klinische Untersuchung begutachtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Viszeralchirurgie und orthopädischer Gutachter, die Beschwerdeführerin am 2. März 2016 (IV-act. 256). Der orthopädische Zustand der Beschwerdeführerin sei durch die Adipositas per magna geprägt. Die Beschwerden seien verursacht durch erschwertes Laufen, Beschwerden in den Schultergelenken (bei ordentlicher Funktion) und den Kniegelenken, der Fingerbodenabstand sei sehr gross, dadurch sei auch die Wirbelsäulenbeweglichkeit eingeschränkt. Das Restleistungsvermögen der Beschwerdeführerin werde durch die orthopädischen Leiden bestimmt. Als Hauptdiagnosen aus chirurgisch-orthopädischer Sicht nannte der Gutachter: LWS-Insuffizienz (ICD-10 M54.89), Spondylose BWS mit Skoliose (ICD-10 M54.6), HWS-Syndrom (ICD-10 M54.2), Cervicobrachialsyndrom mit peripherer Parästhesie (ICD-10 M53.1) und Varus-Abnutzung Kniegelenke ICD-10 (M21.16). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielt er fest, ein zeitlicher Umfang für eine berufliche Tätigkeit unter 3 Stunden sei für eine leichte körperliche Tätigkeit möglich, die überwiegend sitzend, jedoch im Wechsel von Stehen und Gehen ausgeübt werde. Nicht möglich sei eine Arbeit mit Heben und/oder Tragen, einer Zwangshaltung, Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Knien/Hocken, Treppenbesteigen, Besteigen von Leitern und Gerüsten. Die Leistungsminderung bestehe seit 15. Oktober 2015, eine Besserung sei unwahrscheinlich.

### **E. 3.6**

Um eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen, gab die Vorinstanz eine orthopädische Zweitbegutachtung in Auftrag (IV-act. 277): Gemäss Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH des ärztlichen Dienstes (RAD C.\_\_\_\_\_), müsse der Gutachter präzisieren, ob unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen eine volle Arbeitsfähigkeit für alle im Gutachten vom 2. März 2016 aufgeführten Verweistätigkeiten bestehe. Sollte dies nicht der Fall sein, sei er gebeten, aus orthopädischer Sicht die funktionellen Einschränkungen zu beschreiben.

### **E. 3.7**

In der Zweitbegutachtung vom 30/31. März 2017 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, (IV-act. 282) zwar fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich nur wenig verändert, dennoch beschreibt er in Abweichung zum Erstgutachten, dass die orthopädischen Leiden das Restleistungsvermögen bestimmen würden. Auch sei im Unterschied zur Erstbegutachtung weder im positiven noch im negativen Leistungsbild eine auf Erwerb ausgerichtete Arbeit mehr möglich und somit auch nicht für eine körperlich leichte Tätigkeit. Bereits an dieser Stelle kann festgehalten werden, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ insgesamt widersprüchlich in seinen Ausführungen bleibt und es auch unterlässt, eine

Erklärung für die unterschiedliche Einschätzung des Restleistungsvermögens abzugeben.

### **E. 3.8.1**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (259, 260), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begutachtete die Beschwerdeführerin am 15. März 2016 (vgl. E. 3.4 in fine) und hielt einleitend fest, keine Vorbefunde sowie Arzt- oder Klinikbefunde weder von der Deutschen Rentenversicherung noch von der Probandin selbst erhalten zu haben, was seine Arbeit als Gutachter unnötig erschwere.

### **E. 3.8.2**

Die Probandin sei seit 2012 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie. Jedoch könne er namentlich mit der Probandin nicht klären, seit wann sie effektiv in fortdauernder und regulärer psychiatrischer Behandlung sei, und offenbar sei noch nie eine reguläre und konsequente ambulante Psychotherapie durchgeführt worden. Gestützt auf die psychiatrische Untersuchung stellte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen: gemischte, kombinierte schwere Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F61.0) mit erheblichen, offenbar anhaltenden kombinierten Störungen des Sozialverhaltens (ICD 10 F92) mit vorwiegend oppositionellem, aufsässigem Verhalten (ICD 10 F91.3) bei somatoformen Störungen des unteren Gastrointestinaltraktes (ICD F45.32) und anhaltenden persistierenden Schmerzstörungen (ICD 10 F45.4) bei einem seit etwa 1994 bestehenden Morbus Crohn (ICD 10 K50.1)

### **E. 3.8.3**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ beschreibt das Verhalten der Probandin als in keiner Weise umgänglich, schon fast autistisch, regelrecht abweisend, ansonsten wach, bewusstseinsklar, offenbar allseits orientiert, jedoch in keiner Weise an dem Gegenüber oder der Umgebung interessiert. In der Exploration zeige sich die Probandin schliesslich zunehmend affekt-inkontinent, affektüberflutet bei fehlender Affektkontrolle mit nachfolgenden hochdramatischen Äusserungen von szenischdarstellerischem Charakter. Die sozio-emotionale wie psychosoziale Belastungs- und Leistungsfähigkeit sowie die soziale Kompetenz seien nachhaltig und tiefgreifend eingeschränkt und in Situationen von Dauerbelastung durch Überforderung bzw. Erschöpfung aufgehoben.

### **E. 3.8.4**

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer und gutachterlich-fachärztlicher Sicht prognostiziert er, die Probandin sei aus eigener Willensanstrengung nicht befähigt, den Zustand ihres Leidens zu mindern, zu bessern oder selbst eine Änderung herbeizuführen. Das Zustandsbild und die Einschränkungen durch die psychische Erkrankung hätten bereits einen chronifizierten Charakter erreicht. Deshalb sei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine aktuelle wie auch zukünftige Rehabilitationsbehandlung nicht zu einer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit führen würde. Dies sei zu spät, eine Chronifizierung der Erkrankung sei bereits eingetreten, zudem sei ein Zustand der Entwöhnung an eine Erwerbstätigkeit nach 20-jähriger effektiver Karenz sowie nach fast 11-jähriger EU-Berentung durch die Deutsche Rentenversicherung eingetreten. Die Probandin sei daher schlichtweg arbeitsentwöhnt und nicht mehr in das Erwerbsleben zu integrieren. Aufgrund ihrer ausgeprägten, massiven Störung des Sozialverhaltens mit gänzlicher fehlender sozioemotionaler wie psychosozialer Anpassungsfähigkeit sei die Probandin sozial keinem Arbeitgeber mehr zuzumuten. Abschliessend hält Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, es sei keinerlei Leistungsvermögen mehr zu

erkennen, daher liege eine gänzliche Erwerbsunfähigkeit vor.

### **E. 3.9**

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, nahm am 18. November 2016 (IV-act. 273) Stellung zum psychiatrischen Gutachten sowie zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 21. Januar 2013 verschlechtert habe.

#### **E. 3.9.1**

Geht es bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit um psychische Erkrankungen, namentlich - wie vorliegend - um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ist rechtsprechungsgemäss die Prüfung der Standardindikatoren beachtlich (vgl. vorne E. 2.9). Um das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht festlegen zu können, prüfte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ demgemäss die Standardindikatoren. Bei der Kategorie «funktioneller Schweregrad» führte sie zum Komplex «Gesundheitsschädigung» bezüglich Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde aus, dass im Vergleich zum Gutachten von 2012 (B.\_\_\_\_\_) keine wesentlichen Veränderungen der subjektiv im Gutachten 2016 geschilderten Beschwerden ersichtlich seien. Die Versicherte werde vom Gutachter als unkooperativ sowie widerwillig im Gespräch und der geplanten körperlichen Untersuchung beschrieben. Sie scheine wenig auskunftsbereit und verweise bei Fragen auf die Akten. Sie werde in ihren Äusserungen als "szenisch-darstellerisch" beschrieben, wobei sich dieser Aspekt nicht explizit in der Differenzierung der kombinierten Persönlichkeitsstörung durch den Gutachter wiederfinde. Auch seien die Angaben zu Kontakten innerhalb der Herkunftsfamilie nicht konsistent. Aggravation sei durch den Gutachter nicht diskutiert worden. Die Diagnosen somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) seien zwar nicht auszuschliessen, doch seien die ICD-10 Kriterien nicht vollständig erfüllt, somit könne die Diagnose nicht eindeutig gestellt werden. Die aktuelle diagnostische Einschätzung sei jedoch insofern abzumildern, als dem Gutachter die Vorberichte nicht zur Verfügung gestanden hätten und er damit auch keine Möglichkeit zur Gesamtbetrachtung gehabt habe. Bezüglich Behandlungserfolg oder -resistenz hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ fest, die Patientin befinde sich zwar in psychiatrischer Behandlung, doch habe in den letzten Jahren keine konsequente ambulante Psychotherapie stattgefunden. Vor Jahren seien gemäss Bericht einer ehemals behandelnden Psychotherapeutin Behandlungsversuche mit Antidepressiva vorgenommen worden, die jedoch wegen allergischer Reaktionen (Details hierzu seien ihr nicht bekannt) sistiert worden seien. Bezüglich Eingliederungserfolg oder -resistenz nahm Dr. med. I.\_\_\_\_\_ keine Beurteilung vor. Hinsichtlich der Komorbiditäten liege weder eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10, noch eine eindeutige depressive Störung vor. Somatisch werde zwar nach wie vor von einem Morbus Crohn ausgegangen, obwohl die internistische Begutachtung von 2012 keine eindeutige Diagnose ergeben hätte, es könne gemäss damaligem Gutachter höchstens von einer milden Verlaufsform ausgegangen werden. Im Oktober 2015 (bestätigt durch Spitalbericht vom 21. Oktober 2015; IV-act. 246) sei bei ihr eine elektive Behandlung einer symptomatischen Anastomosenstenose nach Ileocoecalresektion 12/2002 und wiederholter Bougierung vorgenommen worden. Der postoperative Verlauf sei problemlos verlaufen, der Kostaufbau habe keinerlei Schwierigkeiten bereitet wie auch die Darmtätigkeit. In der Histologie sei im Resektat der Anastomose eine fokal leicht floride Entzündung mit fokal mässiger Störung der Schleimhaut-Architektur passend zum bekannten Morbus Crohn

vorgefunden worden. Dünn- und Dickdarm seien ohne signifikante Entzündung der Schleimhaut. Die Versicherte habe zudem angegeben, dass aktuell (Anmerkung des Gerichts: während stationärem Aufenthalt vom 14.-27. Oktober 2015) keine wesentliche Crohn-Aktivität mit Durchfällen bestehe, ausser den nach wie vor bestehenden postprandialen (nach dem Essen) Schmerzen bei bekannter Anastomosenstenose. Die Versicherte sei ausserdem adipös (BMI 36). Bezüglich des Komplexes Persönlichkeit führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ aus, eine Persönlichkeitsstörung sei bereits bei der Begutachtung 2012 diskutiert und mehrfach ausgeschlossen worden. Auch wenn sie bei der erneuten Begutachtung interaktionell auffällig beschrieben werde, sei dies im Kontext der konkreten Untersuchungssituation eher als aggravierendes Verhalten anzusehen. Zum Komplex Sozialer Kontext führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen aus, es bestünden soziale Kontakte zu einer Tanzgruppe, dem Musikverein, den Eltern und den Geschwistern. Zum Gutachtenszeitpunkt lebte die alleinerziehende Mutter mit zwei minderjährigen Töchtern und zwei erwachsenen Söhnen in einem Haushalt zusammen. In der Kategorie Konsistenzprüfung nannte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ bezüglich gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, die Versicherte gebe an, Mitglied einer Tanz- und Musikgruppe zu sein, diese Aktivität (Tanzen) übe sie 2-3 mal wöchentlich aus. Zudem beständen soziale Kontakte zur Herkunftsfamilie, auch wenn sie in der psychiatrischen Begutachtung an einer Stelle im Gegenteil dazu angab, keinen Kontakt zur Familie zu haben. Im Haushalt beschreibe sie sich als behindert, sie habe massive Schmerzen und brauche Hilfe bei verschiedenen Haushaltstätigkeiten. Hinsichtlich Behandlungs- und eingliederungs-anamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks, sei die Versicherte 2015 in einer dreiwöchigen stationären Reha-Behandlung gewesen, die aber kaum zur Erholung und Besserung beigetragen habe, bei Eintritt habe eine körperliche und emotionale Erschöpfung bestanden sowie Stressreaktionen bei Erziehungsfragen. Die Versicherte bezeichne sich als nicht mehr arbeitsfähig, die Schmerzen in den Fingern würden auch gegen eine Tätigkeit wie die in einem Sekretariat sprechen.

### **E. 3.10**

Abschliessend hält Dr. med. I. \_\_\_\_\_ fest, dass seit Verfügung im Januar 2013 wegen mittelgradiger bis schwerer depressiver Episoden (ICD-10 F32.2/32.1) kurze Krankschreibungen (2013, 2015 und 2016) vorlägen, Befunde hierzu jedoch fehlten und deshalb nicht verwertbar seien. Die Diagnosen einer (kombinierten) Persönlichkeitsstörung seien im Gutachten 2012 diskutiert worden, aber als nicht gemäss ICD-10 Kriterien vorliegend eingeschätzt worden. Wie aus den Berichten des behandelnden Psychiaters hervorgehe, sei diese Diagnose nicht mehr genannt worden. Der Gutachter, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, mache diese Diagnose, ohne Kenntnis der Vorakten, vor allem am oppositionell-aufsässigen Verhalten der Versicherten fest, ohne die üblichen ICD-10 Kriterien zu nennen. Auch fehlten typische Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Episode. Die beobachteten starken Affekte hätten allerdings mit dem widerwilligen, wenig kooperativen und kurz angebundenen Verhalten während der Begutachtung zu tun. Das Verhalten werde denn auch mit dramatischen Äusserungen mit szenisch-darstellerischem Charakter geschildert, was sich auch in den kurzen, teils auch widersprüchlichen Aussagen zu den Kontakten der Herkunftsfamilie gezeigt habe. Angesichts dieser mehrfach erwähnten Eindrücke des Gutachters sei daher von Aggravation auszugehen. Die Schmerzstörung wie auch die somatoforme Störung des unteren Gastrointestinaltraktes seien bereits 2012 ausführlich diskutiert worden, die Versicherte habe auch bei der erneuten Begutachtung keine anderen Beschwerden als bei der Begutachtung von 2012 geschildert,

daher sei nicht von einer wesentlich veränderten Situation auszugehen. Die Prüfung der Standardindikatoren ergebe, dass aus psychiatrischer Sicht seit 2012 keine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes festgestellt werden könne.

#### **E. 4.1**

Wie das Bundesverwaltungsgericht im Urteil C-4400/2014 vom 26. Mai 2016 festhielt, kann der zuständige schweizerische Versicherungsträger ein ärztliches Gutachten am Wohnort der versicherten Person erstellen lassen (vgl. Art. 82 VO 883/2004, Art. 87 VO 987/2009). Es ist aber zu gewährleisten, dass die sich nach Massgabe des schweizerischen Leistungsrechts stellenden versicherungsmedizinischen Fragen unter Einhaltung der spezifischen beweisrechtlichen Anforderungen geklärt werden (Urteil BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1). Der schweizerische Versicherungsträger hat dem Träger, der mit der Durchführung des Gutachtens beauftragt ist, nach Art. 87 Abs. 1 VO 987/2009 mitzuteilen, welche besonderen Voraussetzungen zu erfüllen und welche Aspekte im Gutachten zu berücksichtigen sind (vgl. auch Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014 Rz. 7.14 und 7.23; Urteil BGer 9C\_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.3; Andreas Traub, Zum Stellenwert ärztlicher Berichte aus dem EU-/EFTA-Wohnsitzstaat im Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung, SZS 2013 S. 390 ff.; Urteil BVGer C-2838/2014 vom 20. Mai 2015 E. 5.3.5).

#### **E. 4.2**

Aus den Vorakten ist nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz den Begutachtern in Deutschland bekanntgab, nach welchen Kriterien das orthopädische wie auch das psychiatrische Gutachten hätten erstellt werden müssen. Gemäss Schreiben der IVSTA vom 22. Januar 2016 wurde die Deutsche Rentenversicherung beauftragt, einen Arztbericht gemäss E213 sowie ein psychiatrisches und ein orthopädisches Gutachten erstellen zu lassen (IV-act. 250). Gemäss Auftrag der IVSTA müsse das psychiatrische Gutachten unter anderem Aufschluss geben über Anamnese, Krankheitsverlauf, Frequenz der Konsultationen, Therapie und Medikation (chemische Bezeichnung; Dosis). Darüber hinaus hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Gutachten fest, dass ihm die Begutachtung unnötig erschwert worden sei, da er keinerlei Vorakten erhalten habe. Es ist daher davon auszugehen, dass der Gutachter offensichtlich keine Kenntnis der konkreten Anamnese, geschweige denn Einblick in die medizinischen Vorakten hatte (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.3). Dem begutachtenden Psychiater war es somit nicht möglich, sich mit abweichenden Meinungen in der Begutachtung von 2012 auseinanderzusetzen, allfällige Abweichungen zu diskutieren sowie den gesundheitlichen Verlauf zu beurteilen und darauf abgestützt eine Prognose zu stellen.

#### **E. 4.3**

Das Bundesgericht erwog bezüglich der geänderten Praxis zu den Anforderungen an die medizinischen Gutachten (Standardindikatorenprüfung), dass die nach altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren würden (BGE 141 V 281 E. 8). Vielmehr sei im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhalte (mit Bezug auf BGE 137 V 210 E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung sei auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen hin

in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben würden oder nicht. Vorliegend stellt nicht nur die fehlende Prüfung der Standardindikatoren durch den Gutachter einen Mangel dar, der gemäss der eben erwähnten Rechtsprechung hätte nachträglich geprüft werden können. Bereits das Gutachten selbst weist Mängel auf, die sich aus der mangelhaften Auftragserteilung und der fehlenden - zur Erstellung des Gutachtens notwendigen - medizinischen Vorakten ergeben. Demzufolge genügt dieses Gutachten insgesamt den Anforderungen, die an eine entscheidungsrelevante Begutachtung zu stellen sind, nicht (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; Urteil des BGer 9C\_952 E. 2.3 sowie vorne E. 2.8).

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die psychiatrische Begutachtung erhebliche Mängel aufweist, die darauf zurückzuführen sind, dass die Vorinstanz es unterlassen hat, dem Begutachter die zur Beurteilung wesentlichen medizinische Berichte zukommen zu lassen und ihm die besonderen Voraussetzungen zu nennen, die nach Schweizer Rechtsprechung vorausgesetzt werden, um aus psychiatrischer Sicht eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vorgenommene Standardindikatorenprüfung kann diesen Mangel nicht beheben, da der Sachverhalt unvollständig erhoben wurde. Zudem überzeugt ihre Würdigung zum Indikator Persönlichkeit insoweit nicht, als sie trotz gutachterlich genannter deutlicher Befunde (E. 3.8.3) eine Persönlichkeitsstörung ohne eigene Untersuchung verneint bzw. diese "eher als aggravierendes Verhalten" verortet. Generell kann eine Aktenprüfung durch den ärztlichen Dienst die erwähnten Mängel der Begutachtung nicht beheben.

#### **E. 5**

Die Vorinstanz hat mit Vernehmlassung vom 21. November 2017 beantragt, in teilweiser Gutheissung der Beschwerde sei mit Wirkung ab 1. Mai 2017 eine Viertelsrente und ab 1. August 2017 eine halbe Rente zuzusprechen. Da nicht davon ausgegangen werden könne, dass mit dieser Neubeurteilung den Begehren der Beschwerdeführerin vollumfänglich entsprochen werde, sehe man von einer Wiedererwägung der angefochtenen und dem Erlass einer neuen Verfügung ab. Die Beschwerdeführerin vertritt sinngemäss die Meinung, nicht erst mit dem Zweitgutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. März 2017 100% erwerbsunfähig zu sein, sondern bereits mit der Erstbegutachtung desselben Arztes vom 2. März 2016, da sich die beiden Begutachtungen nur unwesentlich unterscheiden. Sollte das Gericht jedoch zu keiner anderen Beurteilung kommen, sei sie mit dem "Angebot" der IVSTA einverstanden.

#### **E. 5.1**

Ihren Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde stützt die Vorinstanz im Wesentlichen auf den Schlussbericht des RAD C. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 (B-act. 8 Beilage 4). Dr. med. F. \_\_\_\_\_ befasste sich nochmals mit dem Zweitgutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und revidierte seine Beurteilung vom 18. Mai 2017 (IV-act. 284), indem er festhielt, dass bei der Versicherten ein Streckdefizit aller Langfinger bestehe sowie die Finger passiv gestreckt werden könnten, dies jedoch Schmerzen auslöse. Diese Schmerzen könnten auch mit den Halswirbelsäulenläsionen oder mit möglichen Nebenwirkungen des Medikaments Humira zusammenhängen, welches die Versicherte zur Behandlung des

Morbus Crohn erhalte (B-act. 8 Beilage 4). Daraus leitet Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ab, dass seit 4. April 2017 (Anmerkung des Gerichts: die Begutachtung fand bereits am 30/31. März 2017 statt) eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe sowie eine 30%ige Erwerbsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

### **E. 5.2**

Wenn nun die Beschwerdeführerin sich dahingehend äussert, dass sich die beiden Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nicht unwesentlich unterscheiden, ist ihr vor allem mit Blick auf die Stellungnahmen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ rechtzugeben. Die Feststellung eines Streckdefizits der Finger sowie der Schmerzen, die bei der passiven Streckung der Finger entstehen, sind bereits in der Erstbegutachtung vom 2. März 2016 beschrieben worden (vgl. IV-act 282 S. 4 und IV-act. 256 S. 4). Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit kommt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu einem abweichenden Resultat. Im Erstgutachten vom 2. März 2016 hielt er noch fest, es sei eine leichte körperliche Tätigkeit, überwiegend sitzend, abwechselnd stehend und gehend möglich (positives Leistungsbild), sofern die Arbeit (negatives Leistungsbild) nicht aus Heben und/oder Tragen, einer Zwangshaltung, Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Knien/Hocken, Treppensteigen, Benützen von Leitern und Gerüsten bestehe. Die Leistungsminderung bestehe seit 15. Oktober 2015, eine Besserung sei unwahrscheinlich. Im Zweitgutachten vom 30/31. März 2017 stellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ abweichend bezüglich Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fest, es sei keine auf Erwerb ausgerichtete Arbeit mehr möglich (weder ein positives noch negatives Leistungsbild wurde genannt). Wie Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu dieser abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kommt, begründet er nicht. Sie ist umso erstaunlicher, als die Begutachtung bezüglich Anamnese, Untersuchungsbefunde, der wesentlichen Diagnosen und der Epikrise nicht wesentlich voneinander abweichen. Der Unterschied besteht einzig in der Beurteilung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Im Weiteren führt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ auch nicht aus, warum er den Beginn der Leistungseinbusse auf den 15. Oktober 2015 festlegte. An diesem Tag fand die Anastomosenresektion und Neuanlage Anastomose statt; inwiefern dieser elektive Eingriff zu einer Leistungsverminderung führe, begründete er weder mit der Erst- noch mit der Zweitbegutachtung. Aus den Stellungnahmen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ geht nicht hervor, warum er in der Erstbeurteilung keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit bejahte, dies im Unterschied zur zweiten Stellungnahme im Zweitgutachten.

### **E. 5.3**

Im polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_\_ -Zentralschweiz vom Juli 2012 (IV-act 147 S. 47f.) wurden gemäss Gesamtbeurteilung unter anderem als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diarrhäische Stuhlnunregelmässigkeiten mit Tendenz zur Inkontinenz unklarer Genese sowie als Diagnose ein möglicher Morbus Crohn genannt. Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie, setzte sich eingehend mit den vorhandenen medizinischen Berichten auseinander (IV-act. 147 S. 70ff.). Zusammenfassend hielt er fest, ein Morbus Crohn sei zwar nicht auszuschliessen, doch basiere diese Diagnose aufgrund der vorliegenden Akten auf ausgesprochen dünnem Fundament. Die Art und Weise, wie diese Krankheit über die Jahre gemanagt worden sei, erreiche nicht die anerkannten medizinischen Standards. Die Diagnose sei weder sauber begründet, noch im weiteren Verlauf je kritisch diskutiert worden. Bezüglich der Diagnose diarrhäische Stuhlnunregelmässigkeiten mit Tendenz zur Inkontinenz unklarer Genese sei bemerkenswert, dass trotz wiederholter Hospitalisation nie eine formale

Diarrhoe-Abklärung stattgefunden habe. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ führte im Weiteren aus, welche Schritte eine solche Abklärung beinhalten müsste und fügte hinzu, solange eine Diarrhoe-Abklärung lege artis ausstehe, sei eine gutachterliche Einschätzung der Problematik schwierig. Ebenso sei eine präzise Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Diagnose diarrhöische Stuhlnunregelmässigkeiten mit Tendenz zur Inkontinenz unklarer Genese nicht zuverlässig möglich. Gemäss Bericht des Spitals in (...) vom 17. Juli 2015 (Aufenthalt vom 4. - 17. Juli 2015; IV-act. 227) wurde die Beschwerdeführerin wegen ausgeprägten abdominellen Schmerzen und Diarrhoe notfallmässig stationär aufgenommen. Als Ursache dieser Behandlung wurden eine akute Salmonellen-assoziierte Enteritis und ein Schub des Morbus Crohn mit konsekutivem prärenalem Nierenversagen erwähnt. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ des RAD C.\_\_\_\_\_ empfahl gemäss Stellungnahme vom 5. Januar 2016, bei den behandelnden Ärzten oder Experten eine Abklärung der gesundheitlichen Entwicklung aus abdominaler Sicht seit der Operation vom Oktober 2015 vornehmen zu lassen. Gemäss Bericht des Spitals in (...) vom 21. Oktober 2015 (IV-act. 246) wurde eine elektive Operation einer symptomatischen Anastomosenstenosenresektion und Neuanlage Anastomose vorgenommen. Die IVSTA lies lediglich eine psychiatrische sowie eine orthopädische Begutachtung durchführen. Aus den Akten ist jedoch nicht ersichtlich, ob eine Abklärung zum abdominalen Gesundheitszustand durchgeführt wurde, alternativ fehlt eine Begründung, warum auf eine entsprechende Abklärung verzichtet wurde. Gemäss zweitem Gutachtensauftrag an Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Viszeralchirurgie und orthopädischer Gutachter, wurden lediglich ergänzende Fragen zur Arbeitsfähigkeit sowie zu den funktionellen Einschränkungen aus orthopädischer Sicht gestellt (IV-act. 277). Nicht ersichtlich ist, ob die im gastroenterologischen Gutachten der B.\_\_\_\_\_ empfohlenen Abklärungen durchgeführt wurden.

#### **E. 5.4**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass (auch) aus orthopädischer wie auch aus gastroenterologischer Sicht Mängel in der Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts bestehen und somit keine verbindliche Beurteilung der verbleibenden Restleistungsfähigkeit vorgenommen werden kann.

#### **E. 6.1**

Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass das Ausmass der (Rest-)Arbeitsfähigkeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung unvollständig und teilweise unrichtig abgeklärt wurde, und dass es auch mit der Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ des RAD C.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017, auf den die Vorinstanz ihren Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde im Wesentlichen abstuft, an einer schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitszustands fehlt und dass sich somit die (Rest-)Arbeitsfähigkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festlegen lässt.

#### **E. 6.2**

Demzufolge ist es auch für das Gericht nicht möglich, die Arbeitsunfähigkeit verbindlich festzulegen. Offen bleibt damit, ob der Beschwerdeführerin gemäss Antrag der Vorinstanz mit Wirkung vom 1. Mai 2017 bis am 31. Juli 2017 eine Viertelsrente zuzusprechen ist sowie ab 1. August 2017 eine halbe Rente, oder - wie die Beschwerdeführerin sinngemäss beantragt - eine ganze Rente.

#### **E. 6.3**

Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 2. August 2017 aufzuheben und die Sache zur weiteren Prüfung des Leistungsanspruchs im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese ist anzuweisen, in der Schweiz ein polydisziplinäres Gutachten im Sinne von Art. 72bis IVV einzuholen. Dabei sind für die Beurteilung der genannten Beschwerden neben einem Facharzt für Gastroenterologie zusätzlich ein Facharzt Psychiatrie sowie ein Facharzt Rheumatologie/Orthopädie beizuziehen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

## **E. 7**

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

### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Mit Blick auf diesen Verfahrensausgang greift die (subsidiäre) unentgeltliche Prozessführung somit nicht. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 7.2**

Der obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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