

BVGer C-5771/2017 vom 9. April 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5771_2017

FR: TAF C-5771/2017 du 9 avril 2019

IT: TAF C-5771/2017 del 9 aprile 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung vom 12. September 2017 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG).

E. 2

Liegt - wie hier - eine Verfügung im Streit, mit welcher die Vorinstanz auf eine Neuanmeldung nicht eingetreten ist, so hat das Bundesverwaltungsgericht lediglich die Eintretensfrage zu prüfen (vgl. BGE 132 V 74 E. 1.1 m.w.H.). Auf weitergehende Rechtsbegehren (Gewährung einer Invalidenrente) kann mangels eines entsprechenden Anfechtungsgegenstandes nicht eingetreten werden (vgl. Urteil des BVGer C-7296/2008 vom 6. Dezember 2010 E. 3). Auf den beschwerdeweise gestellten Antrag auf Gewährung einer Rente ist daher nicht einzutreten.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, 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) anzuwenden ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nach-folgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Demnach richtet sich Beurteilung der vorliegenden Beschwerde nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.3

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

E. 3.4

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

E. 4.1

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; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.3

Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

E. 4.4

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, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 4.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger

steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

E. 4.6.1

Aufgabe des ärztlichen Dienstes der IVSTA (wie auch des regionalen ärztlichen Dienstes [RAD]) ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVGer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVGer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

E. 4.6.2

Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes (und auch des RAD) müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3).

E. 4.7.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV (SR 831.201) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Demnach ist in der Neuanmeldung glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 130 V 71 E. 3; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie

fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 4.7.2

Ob eine erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Verfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 5

Nachfolgend sind - wie oben festgehalten - die medizinischen Feststellungen für den Referenzzeitpunkt (vgl. E. 5.1) den bis zum Verfügungszeitpunkt erstellten Berichten (vgl. E. 5.2) gegenüberzustellen und zu prüfen, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden ist (vgl. E. 5.4).

E. 5.1.1

Als Referenzzeitpunkt im Sinne von E. 4.7.2 ist der 27. Oktober 2015 (Datum der Abweisung des ersten Rentengesuchs der Beschwerdeführerin) festzuhalten. Die Vorinstanz hat ihren rentenabweisenden Entscheid primär auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juni 2015 gestützt, in welchem dieser keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festhielt, jedoch die nachfolgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte: 1. Dysthymie (F43.1), 2. psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F12.25), 3. akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (Z73.1), differenzialdiagnostisch: Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (F60.30), 4. psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F17.25), 5. psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F19.20), gegenwärtig abstinert.

E. 5.1.2

In seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, es bestehe eine dysthyme Symptomatik mit leichter Selbstwertminderung mit gewissen Selbstzweifeln und Versagensängsten, einem allenfalls teilweisen sozialen Rückzug, mit leicht verminderter emotionaler Belastbarkeit und leicht verminderter Stress- und Frustrationstoleranz. Diagnostisch sei von einer Dysthymia (einer chronischen depressiven Verstimmung) auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (sich äussernd in vermehrter Kränkbarkeit, Dramatisierung der eigenen Person, einer gewissen Suggestibilität, oberflächlicher und labiler Affektivität, insbesondere auch vermehrter

Tendenz zu emotionaler Instabilität) auszugehen. Die bisher bestätigte Anpassungsstörung könne diagnostisch nicht mehr aufrechterhalten werden, nachdem sie nun schon seit über zwei Jahren andauere. Die Beschwerdeführerin beschreibe Symptome, die auf die Dysthymie zuträfen (im positiven Sinne hielt er die Fähigkeit fest, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden; vgl. dazu doc. 67 S. 16). Es sei deshalb neu eine Dysthymie zu diagnostizieren. Es gebe keine Hinweise für das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung. Eine voll ausgebildete Persönlichkeitsstörung sei zu verneinen, da die persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten nicht derart ausgeprägt seien; das lasse sich auch daraus ableiten, dass nicht alle Vorbegutachter eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hätten. Im Wesentlichen bestehe Übereinstimmung mit den Vorbeurteilungen durch die behandelnden Psychiater. Des Weiteren liege je ein Abhängigkeitssyndrom von Cannabinoiden und von Tabak nach langjährigem und fortgesetztem Missbrauch vor. Zudem sei von einem Status nach psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und andere psychotrope Substanzen und einem Abhängigkeitssyndrom bis zum 20. Lebensjahr auszugehen. Relevante und invalidisierende Folgeerkrankungen nach Invalidenversicherungsgesetz seien durch den Missbrauch nicht vorhanden. Zu den verbleibenden Ressourcen für eine Integration in den Arbeitsprozess hielt er fest, die Beschwerdeführerin berichte von guten und medizin-theoretisch ausbaufähigen Ressourcen (recht aktive Versicherte, Spaziergänge meist mit dem Freund, Ausübung der Haushaltstätigkeit ohne besondere Hilfe, Hobbies wie Lesen und Aufenthalte am See, kurze Spaziergänge im Quartier, Betreuung der Kinder). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, es habe nie eine relevante psychische Einschränkung bestanden, weder in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin noch im Haushalt, dies gelte auch für angepasste Tätigkeiten. Eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei möglich. Durch eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im aktuellen Umfang könne eine volle Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten werden. Es sollte eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden. Die Explorandin sehe sich als vollständig arbeitsunfähig an; dies sei aber nicht nachvollziehbar (doc. 67).

E. 5.1.3

Dr. C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. Juli 2015 dazu fest, dass das Gutachten von guter Qualität, detailliert und überzeugend sei; dessen Schlüsse könnten übernommen werden. Die Begründung einer Dysthymie und Nichtbeibehaltung der bisher diagnostizierten Anpassungsstörung sei überzeugend. Die Abgrenzung Persönlichkeitsstörung und histrionische Persönlichkeitszüge werde differenzialdiagnostisch diskutiert. Ebenfalls würden psychosoziale Faktoren diskutiert. Die Diagnosen Dysthymie und akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge begründeten keine bedeutenden funktionellen Einschränkungen. Der Gutachter habe überzeugend begründet, dass die verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren invaliditätsirrelevant seien. Die Beschwerdeführerin weise psychische Ressourcen auf, die sie im täglichen Leben demonstriere (Haushaltsführung ohne fremde Hilfe, Betreuung des Sohnes, Freizeitaktivitäten mit dem Partner). Es könne deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 100% festgehalten werden in bisheriger Tätigkeit wie auch im Haushalt (doc. 75).

E. 5.1.4

Die Vorinstanz hat gestützt hierauf festgehalten, dass eine Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich wie auch eine gewinnbringende Teilzeittätigkeit trotz

Gesundheitsbeeinträchtigung noch immer in rentenausschliessender Weise möglich sei. Damit liege keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch begründe. Die Berichte der Psychiatrischen Klinik E._____ hätten dem ärztlichen Dienst vorgelegen und seien berücksichtigt worden. Die Vorinstanz sei zudem nicht an den Rentenentscheid der Deutschen Rentenversicherung gebunden.

E. 5.2

Im Neuanmeldungsverfahren sind folgende medizinischen Berichte und relevanten Dokumente zu den Akten gereicht worden:

E. 5.2.1

Mit Arztbericht vom 12. September 2016 erhob Dr. F._____, behandelnde Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie G._____, aufgrund der von ihr erhobenen Befunde folgende Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Zügen, narzisstischen und komplex traumatisierten Anteilen (F61), Opiatabhängigkeit in der Vorgeschichte, seit Jahrzehnten abstinent (F11.2) und Cannabinoidabhängigkeit, seit sechs Monaten abstinent (F12.2). Als Funktionseinschränkungen nannte sie (mangelnde) psychische Stabilität, Selbstvertrauen, psychische Energie, Antrieb, Motivation, Impulskontrolle mit Drang nach Suchtmitteln, Funktion des Schlafes, Dauer der Schlafqualität mit Störung des Ein- und Durchschlafens, Konzentration, psychomotorische Funktionen, emotionale Funktionen, Umgang mit Stress und Krisensituationen, Intimbeziehungen über längere Zeit, Umstellungs- und Anpassungsvermögen. Sie schloss, dass eine Erwerbstätigkeit aufgrund dauerhaft reduzierter Belastbarkeit und fehlender Flexibilität, sich auf Veränderungen einzustellen, nicht möglich sei (doc. 84).

E. 5.2.2

In seinem Ärztlichen Gutachten auf dem Gebiet Nervenheilkunde zuhanden der Deutschen Rentenversicherung vom 17. November 2016 hielt Dr. H._____, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, aufgrund einer persönlichen Untersuchung am 8. November 2016 fest, die Beschwerdeführerin sei nach dem Tod ihrer Mutter im Jahre 2010 wieder in ein tiefes Loch gefallen. Von Juni bis August 2011 sei ein Arbeitsversuch bei der Firma I._____ (Schuhverkauf) geplant gewesen; sie sei jedoch nach einem Monat zusammengebrochen und in der Probezeit entlassen worden. Mit den Behandlungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz J._____, der stationären Behandlung im Zentrum für Psychiatrie E._____ und der Behandlung in der Klinik K._____ sei es nicht wirklich besser geworden. Die (aktuell) seit einem Jahr durchgeführte ambulante Psychotherapie tue zwar gut, trotzdem werde sie nicht wirklich stabiler. Sie bekomme ihren Alltag mit Mühe und Not auf die Reihe. Über Vergewaltigung und Missbrauch in ihrer Drogenzeit habe sie erst in der jetzigen Psychotherapie berichtet. Cannabis nehme sie seit einem halben Jahr nicht mehr. Der deutsche Gutachter erhob einen insgesamt unauffälligen neurologischen Befund. In psychiatrischer Hinsicht nannte er eine gedrückte Grundstimmung, einen verminderten Antrieb, keine akute Suizidalität. Die Explorandin sei bewusstseinsklar, allseits orientiert, es gebe keine groben Störungen von Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis. Es bestehe eine reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentration. Das Selbstwertgefühl und die Frustrationstoleranz seien eingeschränkt; es bestehe eine deutlich eingeschränkte Dauerbelastbarkeit. Als Diagnosen hielt er fest:

Kombinierte Persönlichkeitsstörung, überwiegend emotional-instabil (F61), rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (F33.1), Opiatabhängigkeit, seit Jahren abstinent (F11.2), Cannabinoid-Abhängigkeit, seit acht Monaten abstinent (F12.2). Als somatische Diagnosen nannte er einen Tinnitus aurium beidseits, eine chronische Virushepatitis C sowie eine chronische Virushepatitis B. In seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, durch den Verlust fast aller oberen Backenzähne im Jahre 2014 (operative Zahnsanierung) habe die depressive Symptomatik zugenommen. Immer wieder komme es zu Flashbacks und Dissoziationen in Bezug auf frühere Missbrauchserfahrungen. Mehrere stationäre und tagesklinische Behandlungen im Jahre 2014 hätten keine wesentliche Stabilisierung gebracht. Seit November 2015 sei die Beschwerdeführerin in ambulanter Behandlung. Nach wie vor bestünden eine deutliche Einschränkung des Umstellungs- und Anpassungsvermögens und Einschränkungen der psychischen Stabilität, der Impulskontrolle (vor allem der Fähigkeit, mit Stress- und Krisensituationen umzugehen). Insgesamt sei seit 2014 keine wesentliche Besserung der Leistungsfähigkeit eingetreten. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, diese liege in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin unter drei Stunden. Leichte bis mittelschwere Arbeiten, überwiegend im Stehen/ Gehen/Sitzen, in Tagesschicht, in Früh-/Spätschicht, ohne geistige/psychische Belastung (Verminderung des Umstellungs- und Anpassungsvermögens, keine Arbeiten unter Zeitdruck, keine Arbeiten mit hoher Stressbelastung) könnten ebenfalls nur unter drei Stunden ausgeübt werden. Die Situation bestehe seit 2014, eine Besserung sei nicht wahrscheinlich (doc 85).

E. 5.2.3

Mit weiterem Arztbericht vom 9. November 2016 (Datum Seite 1) beziehungsweise 12. Dezember 2016 (Datum letzte Seite) nannte Dr. F. _____ des Zentrums für Psychiatrie G. _____, dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 12. September 2016 (E. 5.2.1) und ergänzte diese um folgende Diagnosen: Zahnarztphobie seit 2012 (F40.2), Tinnitus (H93.1), Migräne ohne Aura (G43.0), chronische Virushepatitis (B18.1), Tabakabhängigkeit (F17.2). Sie hielt fest, es lägen eingeschränkte beziehungsregulatorische, emotionsregulative Funktionen und mangelnde soziale kompetente Strategien zur Kommunikation vor. Beziehungen über längere Zeit seien konfliktuell, spannungsreich und im Erleben der Patientin wenig beeinflussbar. Kognitive Defizite im Kurz- und Langzeitgedächtnis seien über die Zeit der ambulanten Psychotherapie hinweg unverändert und durchgehend wahrnehmbar; möglicherweise seien sie Folgeschäden der Drogen und des Herzstillstandes. Sie nannte dieselben Funktionseinschränkungen wie in ihrem früheren Bericht. Zur Arbeitsfähigkeit hielt sie fest, sie halte - nach einem Jahr ambulanter Psychotherapie - eine dauerhafte, ausreichende Besserung der Leistungsfähigkeit für sehr unwahrscheinlich (doc. 86).

E. 5.2.4

Mit Rentenbescheid vom 20. Dezember 2016 bestätigte die Deutsche Rentenversicherung die Weiterführung der Rente wegen voller Erwerbsminderung bis 31. Januar 2019. Der Entscheid enthält keine Begründung in medizinischer Hinsicht (doc. 82).

E. 5.2.5

Dr. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, führte in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2017 aus, es lägen neue Arztberichte vom 12. September 2016 sowie vom 8. und 9. November 2016 vor. Zwei

Berichte stammten von derselben Ärztin und seien somit inhaltlich identisch. In den Berichten werde derselbe Gesundheitszustand wie im ersten Rentengesuch beschrieben, nur etwas anders eingeschätzt und gewichtet. Es werde nirgends postuliert, dass sich der Gesundheitszustand geändert habe. Es sei von keiner Verschlechterung die Rede, sondern von einem unveränderten Zustand, schon seit Jahren (doc. 89).

E. 5.2.6

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdeführerin eine psychotherapeutische Stellungnahme von Dipl. Psychologin L._____, Psychologische Psychotherapeutin, vom 9. Juni 2017 ins Recht (B-act. 1 Beilage 6). Die Psychologin wies einleitend darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin seit 16. Dezember 2017 (recte: 2016) regelmässig bei ihr in psychotherapeutischer Behandlung (Verhaltenstherapie) befinde. Anamnestisch hielt sie fest, dass die Beschwerdeführerin seit einem Jahr von Cannabis abstinent sei (als Folge der Psychotherapie und Änderung der Medikation). Seit Sommer 2016 nehme sie Trazedon ein; sie schlafe seither etwas besser, brauche aber immer noch lange zum Einschlafen. Infolge jahrelanger Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch innerhalb von Beziehungen zu Männern leide sie an Depressionen. Sie habe grosse Sorgen wegen der finanziellen Situation, leide an Panikattacken in öffentlichen Verkehrsmitteln, frage sich, wie sie ohne das Auto, für dessen Reparatur sie kein Geld habe, klarkomme, und leide wegen Konflikten mit der Tochter. Sie brauche psychiatrische Unterstützung, um sich nicht jeweils aufzugeben, um nicht tatenlos geschehen zu lassen. In biographischer Hinsicht hielt die Psychologin fest, dass die Beschwerdeführerin ein hyperaktives Kind gewesen sei. Die Schule habe sie sehr negativ empfunden, sei mit dem Lehrer nicht klargekommen. Über Mitschüler sei sie im letzten Schuljahr mit Cannabis, dann auch mit Heroin in Kontakt gekommen. Sie habe deswegen eine aussichtsreiche Sportkarriere verpasst. Nach einer Überdosis habe sie sich entschieden aufzuhören und habe mit Erfolg von 1991 bis 1993 an einem Methadonprogramm teilgenommen. In Deutschland habe sie reihenweise grosse Enttäuschungen von ihrem Partner, der ein Gasthaus übernommen habe, und seiner Familie erfahren. Der Ehemann sei wiederholt alkoholisiert nach Hause gekommen, habe sie und die Kinder angeschrien und bedroht. Diese Bedrohungen hätten angedauert, bis sie mit ihren Kindern ins Frauenhaus gegangen sei. Sie habe danach in (...) eine eigene Wohnung bezogen. Jedoch seien weiterhin nächtliche Anrufe und Manipulationen am Auto erfolgt. Nachdem all dieser Terror vorbeigewesen sei, sei die Beschwerdeführerin in ein Loch gefallen; seither leide sie an Depressionen und Panikattacken. Sie habe versucht, wieder als Verkäuferin zu arbeiten, sei aber mit dem Druck nicht klargekommen. Nach dem Tod der Mutter im Jahre 2010 sei sie erneut schwer depressiv geworden. Aufgrund starker Schlafstörungen und Zahnschmerzen habe sie wieder mit dem Konsum von Cannabis begonnen. 2014 sei sie in stationärer Behandlung gewesen, danach in ambulanter Suchtbehandlung. Seit einem Jahr habe sie ihren Cannabis-Konsum einstellen können. Als Befunde erhob die Psychologin Konzentrationsprobleme und Gedächtnisstörungen, diese würden in den Gesprächen immer wieder deutlich (lange Überlegungszeit, die Beschwerdeführerin verliere den Faden). Die Stimmung sei deutlich depressiv herabgesetzt, es bestehe eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, der Antrieb sei gemindert, mit sozialem Rückzug. Das formale Denken sei eingeschränkt und hafte inhaltlich an Sorgen. Sie berichte von Panikattacken beim Busfahren und Bahnfahren sowie teilweise auch beim Einkaufen und in Stresssituationen. Sozial sei die Beschwerdeführerin kaum integriert. Die Summenwerte in der Beck Depression Inventar (BDI) -Testung ergäben eine mittelgradige depressive Symptomatik, was auch dem klinischen Eindruck entspreche. Als Diagnosen

nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und komplex traumatisierten Anteilen (F61), eine Cannabinoid-Abhängigkeit, seit einem Jahr abstinent (F12.2) sowie eine Tabak-Abhängigkeit (F17.2). In ihrer Beurteilung führte die Psychologin aus, die Beschwerdeführerin neige zu vermehrtem Misstrauen und sozialem Rückzug. Dies sei ausgelöst worden durch eine traumatisierende Beziehungserfahrung innerhalb der Ehe mit Erleben von Ohnmacht und Missbrauch. Seither sei die Belastbarkeit deutlich reduziert. Aktuell komme es zu einer Verschlimmerung durch finanzielle Belastungen sowie vermehrte Konflikte mit ihrer Tochter und deren Freund, der sehr Ich-bezogen sei (B-act. 1 Beilage 6).

E. 5.2.7

Mit ergänzender Stellungnahme vom 24. Oktober 2017 führte Dr. D. _____ des medizinischen Dienstes aus, es handle sich bei letzterem Beweismittel um einen psychologischen, nicht psychiatrischen Bericht. Den Angaben der Psychologin zufolge sei die Beschwerdeführerin seit 16. Dezember 2016 neu bei ihr in Behandlung. Der Bericht basiere massgeblich auf dem Beck Depression Inventar-Test, der auf einer Selbsteinschätzung der Explorandin beruhe; diese Selbstdeklaration sei versicherungstechnisch ohne Wert. Der psychische Befund entspreche den vorangegangenen Berichten. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Verfügung nicht verändert (B-act. 7 Beilage 2).

E. 5.3.1

Insoweit als der medizinische Dienst in seinen beiden Stellungnahmen vom 7. Juni 2017 und 24. Oktober 2017 im Verfahren der Neuanmeldung schliesst, in den Arztberichten werde ein unveränderter Gesundheitszustand wiedergegeben, dieser werde nur etwas anders eingeschätzt und gewichtet, greift diese Beurteilung zu kurz, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

E. 5.3.2

Sowohl den fachärztlich erstellten Berichten von Dr. F. _____ des Zentrums für Psychiatrie G. _____, vom 12. September 2016 und 9. November 2016 beziehungsweise 12. Dezember 2016 (doc. 84, 86) als auch dem zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstellten Ärztlichen Gutachten von Dr. H. _____, Facharzt für Nervenheilkunde und psychotherapeutische Medizin, ist neu die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), zu entnehmen. Die zwar nicht fachärztlich erstellte, aber in ihrer Anamnese, Befunderhebung, Diagnosenstellung und Beurteilung überzeugende Stellungnahme von Dipl. Psychologin L. _____ vom 9. Juni 2017, die auf einer regelmässigen Konsultation seit sechs Monaten fusst, bestätigt diese Diagnose ebenso (B-act. 1 Beilage 6). Das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung wurde im früheren Gutachten von Dr. B. _____ noch explizit verneint (doc. 67 S. 16 f.). Dabei handelt es sich um eine für die Gesuchsprüfung relevante neue Diagnose, zu welcher der medizinische Dienst mit keinem Wort Stellung genommen hat. Nicht zu überzeugen vermag die Begründung des medizinischen Dienstes, wonach keine gesundheitliche Änderung vorliege, da der psychische Befund (beziehungsweise die in psychiatrischer Hinsicht erhobenen Befunde) den vorangegangenen Berichten entspreche; dieses Argument wurde mit keinerlei Beispielen belegt und/ oder näher diskutiert.

E. 5.3.3

Als neues Element der Gesuchsprüfung ist im Weiteren zu werten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung seit Herbst 2015 erstmals offen gelegt hat, dass sie im Rahmen des Konsums harter Drogen (im Alter von 16 bis 20 Jahren), später im Rahmen ihrer Ehe mit einem alkoholkranken Ehemann und von 2004 bis 2006 Vergewaltigungen und/oder Missbräuche erlebt habe, was sich heute noch im Rahmen von Flashbacks und Dissoziationen äussere (doc. 85, B-act. 1 Beilage 6, B-act. 13 Beilage 3). So konnte Dr. B. _____ in seiner Begutachtung am 17. April 2015 im Rahmen der Anamnese und Befunderhebung denn auch keinerlei Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Wahnleben oder Halluzinationen erkennen, auch keine Hinweise auf psychotische Störung des Ich-Erlebens und auf pathologische Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (doc. 67 S. 13). Nicht ausser Acht zu lassen ist zudem, dass dieses neue Element wohl auch zu einer abweichenden Beurteilung der Förster-Kriterien insofern geführt hätte, als nicht ohne Weiteres hätte geschlossen werden können, es liege kein nicht mehr therapeutisch angehbarer innerseelischer Verlauf vor, eine adäquate Behandlung sei möglich und zumutbar, es liege auch keine Störung aus missglückter, psychisch entlastender Konfliktbewältigung vor (doc. 67 S. 24). Dieser Aspekt wird im Rahmen der ausstehenden Indikatorenprüfung nach neuerer Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 143 V 409, 418; BGE 141 V 281) zu prüfen sein.

E. 5.3.4

Nicht geprüft wurde zudem, ob mit den seitens der Fachärzte festgehaltenen Flashbacks, die mit dem Hinweis auf frühere Vergewaltigungs- und Missbrauchserfahrungen im Rahmen des Konsums harter Drogen, einer konfliktbelasteten Ehe mit alkoholkranken Ehemann sowie problematischer Beziehung zu einem Rocker auch eine nachvollziehbar und realistisch erscheinende Grundlage erhalten, nicht zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als neue Diagnose glaubhaft erschien. Zwar hat Dr. H. _____ in seinem Ärztlichen Gutachten diese Diagnose nicht festgehalten, jedoch hat bereits der Hausarzt der Beschwerdeführerin im Jahre 2013 diese Diagnose in einem seiner Berichte genannt, jedoch ohne weitere Angaben und/oder Herleitung (s. Bericht vom 19. Dezember 2013; doc. 12). Bei dieser Sachlage hätte die Vorinstanz auf das Gesuch eintreten und den begründeten Hinweisen nachgehen müssen.

E. 5.3.5

Nicht berücksichtigt wurde in der Beurteilung auch, dass im Rahmen des ersten Rentenverfahrens die Abhängigkeit und der regelmässige Konsum von Cannabis als wesentlicher negativer Einfluss auf die fachgerechte Therapierung der psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin erachtet wurde, den neueren Arztberichten übereinstimmend zu entnehmen ist, dass sie diesen Konsum seit März 2016 hat einstellen können, und trotzdem aus psychiatrischer Sicht keine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes und/oder eine bessere Therapierbarkeit im Rahmen der laufenden ambulanten Psychotherapie hat stattfinden können. Diesem Umstand wird im Rahmen der weiteren Abklärungen Rechnung zu tragen sein.

E. 5.3.6

Die Beurteilung des medizinischen Dienstes erweist sich schliesslich insofern als mangelhaft, als im Neuanmeldungsverfahren das von einem Facharzt im Bereich

Nervenheilkunde und Psychotherapie erstellte Ärztliche Gutachten (vom 17. November 2016) vorgelegt worden ist, das eineinhalb Jahre nach der psychiatrischen Begutachtung in der Schweiz erstellt worden ist, (ebenso) auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin beruht, neuere Erkenntnisse berücksichtigt und - abweichend zur bisherigen Beurteilung - in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von unter 3 Stunden postuliert. Auch diese zusätzlichen Erkenntnisse wurden vom Ärztlichen Dienst mit keinem Wort gewürdigt.

E. 5.4.1

Damit ist eine Änderung des Gesundheitszustandes klarerweise zumindest glaubhaft gemacht worden, weshalb die Vorinstanz auf die Neuanschuldung hätte eintreten und eine eingehende materielle Prüfung unter weiterer Abklärung des Sachverhalts im oben erwähnten Sinne hätte vornehmen müssen. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Anweisung, auf die Neuanschuldung einzutreten, weitere Abklärungen zu treffen (s. sogleich) und über das Gesuch - unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Entwicklung bis zum neuen Verfügungszeitpunkt - neu zu entscheiden.

E. 5.4.2

Aufgrund dessen, dass dem ersten rentenabweisenden Entscheid eine psychiatrische Begutachtung zugrunde lag, der medizinische Dienst im vorliegenden Verfahren den eingereichten fachpsychiatrischen Berichten und faktisch auch dem psychiatrischen Gutachten vom 17. November 2016 die Beweiskraft abspricht und zudem die Standardindikatoren nach bundesgerichtlicher Praxis neu zu prüfen sind, machen die weiteren Abklärungen eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz notwendig. Da bisher - auch nicht im Gutachten von Dr. H. _____, der auch somatische Diagnosen listet (Tinnitus, chronische Virushepatitis C und B) - relevante somatische Probleme aufgeführt beziehungsweise diagnostiziert werden, kann es bei einer Begutachtung im Fachbereich Psychiatrie sein Bewenden haben. Es bleibt der Vorinstanz und dem Gutachter vorbehalten, Ärzte aus weiteren Fachrichtungen zur Begutachtung beizuziehen, sollte sich dies aufgrund neuer Erkenntnisse als notwendig erweisen. Vorgängig zur Begutachtung sind bei der Beschwerdeführerin sowie dem deutschen Versicherungsträger allfällige, zwischenzeitlich erstellte Berichte der behandelnden Ärzte, bei der Deutschen Rentenversicherung das (nicht aktenkundige) Gesamtgutachten, das am 11. Februar 2014 zu einer Rentengewährung in Deutschland geführt hat, und beim Hausarzt eine Stellungnahme, worauf seine am 19. Dezember 2013 erfolgte Diagnostizierung einer PTBS beruhe, einzuholen.

E. 6

Damit ist die Beschwerde - soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 2) - insoweit gutzuheissen, als die Verfügung der IVSTA vom 12. September 2017 aufzuheben und die Sache zum Eintreten auf das Gesuch und zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägung 5.4 sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde

führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Damit erweist sich das mit Zwischenverfügung vom 22. März 2018 gutgeheissene Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässige hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die obsiegende Beschwerdeführerin ist anwaltlich vertreten. Ihr ist in Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwandes (gut dreiseitige Beschwerde [B-act. 1], Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Beilagen [B-act. 5], zweieinhalbseitige Stellungnahme zum Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung/Replik [B-act. 9], dreiseitige Stellungnahme zum Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung [B-act. 13]) eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Spesen, ohne Mehrwertsteuer) zulasten der Vorinstanz zuzusprechen.

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