

BVGer C-69/2017 vom 6. April 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-69_2017

FR: TAF C-69/2017 du 6 avril 2017

IT: TAF C-69/2017 del 6 aprile 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit der ATSG (SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG (SR 831.20) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde unter Berücksichtigung des Fristenstillstands während der Gerichtsferien vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 22a Abs. 1 Bst. c VwVG) rechtzeitig am 4. Januar 2017 zu Händen des Bundesverwaltungsgerichts der Schweizerischen Post übergeben (Art. 21 Abs. 1 VwVG; Art. 39 Abs. 1 ATSG). Auf die frist- und auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 4. Januar 2017 ist daher einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Im ersten Rentenverfahren war die Beschwerdeführerin zuletzt als Grenzgängerin in der Schweiz tätig und lebte im Zeitpunkt der Anmeldung in Héisingue (F). Sie machte damals einen Gesundheitsschaden geltend, der auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin

zurückging und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen waren damals die kantonale IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der IV-Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 2.3

Im nachfolgenden Neuanmeldungsverfahren machte die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und eine Erwerbsunfähigkeit zumindest ab dem Zeitpunkt der Gesuchseinreichung im Mai 2013 geltend (s. B-act. 1). Den Akten ist zu entnehmen, dass sie bereits im Jahre 2011 neu in B. _____ Wohnsitz genommen hatte (doc. 5, 7). Mit dem Gesuch wird ein zwischenzeitlich eingetretener Gesundheitsschaden geltend gemacht, der nicht mehr auf die Zeit als Grenzgängerin zurückgeht. Gestützt auf Art. 40 Abs. 1 Bst. b IVV war damit die IVSTA zur alleinigen Entgegennahme des Gesuchs, der Prüfung der Anmeldung und des Erlasses der angefochtenen Verfügung zuständig (doc. 52).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Frankreich, 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) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30. November 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 30. November 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision

[IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.4

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. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein, fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente auch im Neuanmeldungsverfahren erfüllt ist.

E. 3.5

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

E. 3.6

Der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn setzt eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 139 V 547 E. 9.4). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne des Gesetzes bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt zunächst eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Eine solche lege artis gestellte Diagnose ist indes noch nicht hinreichend für die Annahme einer psychisch bedingten Invalidität (BGE 130 V 396 E. 6.3, BGE 127 V 294 E. 4). Denn nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, vgl. auch BGE 102 V 165).

E. 3.7

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche 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 zu 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

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

E. 3.9

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 auf dem Gebiet der Invalidenversicherung der örtlich zuständigen Invalidenversicherungsstelle die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung im Sinn von Art. 49 ATSG über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.10

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; BGE 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).

E. 3.11

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV 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). 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. 4

Vorliegend macht die Beschwerdeführerin geltend, seit mindestens dem Zeitpunkt der Neuanschuldung sei eine "massive" Verschlechterung der Gesundheitssituation (recte: ein neuer Versicherungsfall) eingetreten, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Juni 2013 habe (B-act. 1).

E. 4.1

Einleitend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung auf die Neuanschuldung eingetreten ist und das Gesuch materiell geprüft hat. Mit Vernehmlassung vom 10. März 2017 hat sie eingeräumt, sie habe mit der angefochtenen Verfügung den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Sie beantrage daher die Gutheissung der Beschwerde, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zurückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Sachverhaltsabklärung (B-act. 5). Diese Auffassung wurde von der Beschwerdeführerin bereits in der Beschwerde eventualiter vertreten (B-act. 1 S. 6); in der Replik hat sich dem Antrag sinngemäss angeschlossen, in dem sie in Ziff. 3 ausführt, bei diesem Antrag sei die Beschwerdebeklagte selbstverständlich zu behaften (B-act. 7). Die Beschwerdeführerin beantragt jedoch darüber hinaus die (direkte) Zuerkennung einer ganzen Rente ab 1. Juni 2013, gestützt auf die dem Gericht vorliegende Aktenlage.

E. 4.2

Zum einen verkennt die Beschwerdeführerin damit, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG erst sechs Monate nach Einreichung der Anmeldung für eine Invalidenrente entstehen kann. Dies gilt auch im vorliegenden Verfahren bei einer Neuanschuldung (vgl. dazu die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-4054/2016 vom 23. Januar 2017 E. 5 [vor Bundesgericht angefochten], C-1580/2016 vom 14. September 2016 E. 4, C-1526/2013 vom 19. November 2015 E. 4 und C-6225/2012 vom 21. Oktober 2014 E. 8). Der Zeitpunkt der Gesuchanmeldung ist vorliegend nicht umstritten; ein Anspruch auf Zuerkennung einer Invalidenrente kann damit frühestens am 1. November 2013 entstehen.

E. 4.3

Zum andern ist nachfolgend zu prüfen, ob sich die Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin als genügend detailliert abgeklärt erweist, damit - im Sinne des Antrags der Beschwerdeführerin - das Bundesverwaltungsgericht reformatorisch eine Invalidenrente zusprechen kann. Ist dies nicht der Fall, ist die Sache - im Sinne des vorinstanzlichen Antrags in der Vernehmlassung - ohne weitere materielle Prüfung und Ausführungen zu ergänzenden Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Nicht zu beachten sind vorliegend die im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Akten, die vor der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 11. Februar 2011 ausgestellt worden sind (doc. 60), zumal die Beschwerdeführerin beschwerdeweise keine Wiedererwägung oder Revision geltend macht.

E. 5.1

Im Erstanmeldungsverfahren lagen ein Bericht der Hausärztin Dr. J. _____ vom 20. Juli 2009 vor, in welcher der Beschwerdeführerin eine Depression seit Oktober 2007 und eine Lungentuberkulose seit 2006 attestiert wurde. Betreffend die Erkrankung an Tuberkulose ergab die Abklärung der SVA am 27. August 2009, dass die Behandlung dieser Erkrankung abgeschlossen sei. In ihrem Arztbericht vom 2. September 2009 diagnostizierte Dr. K. _____, behandelnde Psychiaterin, einen reaktionellen ängstlich-depressiven Zustand (Behandlung seit März 2008), ein Burnout, psychosomatische Störungen (mit arteriellem Bluthochdruck, Schlafstörungen, Dorsalgien [Rückenschmerzen] und eine Hypersensibilität für Frustrationen (doc. 21, 23, 26). Da die psychische Erkrankung im Vordergrund stand, beauftragte die SVA Dr. med. dipl. Psych. L. _____ mit einer Begutachtung der Beschwerdeführerin. In seinem Gutachten vom 21. Mai 2010 (doc. 30) hielt der Gutachter gestützt auf die Vorakten, eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin, die erhobenen Befunde und verschiedene Tests als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (F34.1) nach ursprünglich prolongierter Anpassungsstörung mit vorrangig depressiven Anteilen (F43.21) fest. Als Diagnose ohne Auswirkungen nannte er schädlichen Gebrauch von Alkohol (F 10.1). Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, die Beschwerdeführerin sei zu 80% arbeitsfähig in jedwelcher Tätigkeit (Arbeit zu 100% mit Leistungsminderung von 20% infolge vermehrten Pausenbedürfnisses). Die Krankschreibung zu 100% sei im Begutachtungszeitpunkt nicht mehr nachvollziehbar. Zur Zeitachse hielt er fest, dass die 80% ab 23. September 2009 gälten, gestützt auf die Annahme, dass ab Wegfall der Behandlung wegen Tuberkulose die (psychische) Belastung der Beschwerdeführerin weggefallen sei. Gestützt auf das Gutachten, die das Gutachten bestätigende Stellungnahme von Dr. M. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), vom 12. Juli 2010 (doc. 31 S. 4) und einen Einkommensvergleich vom 9. August 2010 (doc. 31 S. 7) anerkannte die Vorinstanz mit Verfügung vom 11. Februar 2011 den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 1. Oktober 2008 bis 31. Dezember 2009 und den Wegfall der Rente drei Monate nach Eintritt der Verbesserung per 1. Januar 2010 (doc. 5).

E. 5.2

Im Neuanschuldungsverfahren stützt die Beschwerdeführerin ihren Rentenanspruch auf folgende, nach dem Zeitpunkt der Rentengewährung am 11. Februar 2011 ausgestellte Akten: Entscheid des französischen Versicherungsträgers vom 23. Juni 2014 betreffend Gewährung einer Invalidenrente ab dem 8. März 2013 (Kategorie 2, Berechnungsgrad: 50%; doc. 51), Arztberichte von Dr. J. _____ sowie Dr. I. _____ je vom 3. November 2014 (doc. 50), Ärztliches Gutachten von Dr. N. _____, Fachärztin für Neurologie -

Psychiatrie, vom 12. Dezember 2014 zuhanden der deutschen Rentenversicherung (doc. 65), Rentenbescheid des deutschen Versicherungsträgers vom 3. Februar 2015 betreffend Rentengewährung wegen voller Erwerbsminderung ab 1. Dezember 2013 (doc. 63 Seite 4), Rentenentscheid des französischen Versicherungsträgers vom 11. Februar 2015 betreffend Bestätigung der Rente (doc. 63 S. 1), Arztbericht E 213 von Dr. H._____, im Auftrag des französischen Rentenversicherers, vom 23. April 2015 (doc. 67), Arztbericht von Dr. I._____, vom 24. November 2015 (doc. 77), Rentenbescheid des deutschen Versicherungsträgers vom 3. März 2016 betreffend Weiterführung der wegen voller Erwerbsminderung gewährten Rente als Dauerrente (B-act. 1 Beilage 6), Arztbericht von Dr. I._____, vom 13. Oktober 2016 (doc. 87).

E. 5.3

Ihren Vernehmlassungsantrag auf Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen infolge ungenügender Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts stützt die Vorinstanz auf die Beurteilung ihres medizinischen Dienstes. Dieser hat in vier Stellungnahmen (doc. 54, 72, 80, 93) dargelegt, weshalb die Aktenlage als ungenügend geklärt zu erachten sei: Mit Stellungnahme vom 20. Februar 2015 hielt Dr. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die beiden Arztberichte von Dr. J._____, Hausärztin, und Dr. I._____, behandelnde Psychiaterin, je vom 3. November 2014 seien völlig ungenügend, um eine Stellungnahme zu verfassen. Als für eine genügende Beurteilung notwendige Akten seien folgende Informationen erforderlich: 1. genaue Angaben über den Alkoholkonsum, 2. psychiatrische Untersuchung mit Anamnese, Krankheitsverlauf, heutiger Gesundheitszustand, Diagnose, Prognose, Therapiedauer, Frequenz der Konsultation, Therapie, Medikation (chemische Bezeichnung, Dosis), Arbeitsfähigkeit, 3. Psychostatus: äussere Erscheinung, Verhalten, Bewusstsein (quantitativ/qualitativ), Orientierung (örtlich/zeitlich/situativ/zur Person), Konzentration, Gedächtnisfunktion, Auffassungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, 4. Denken: formal/inhaltlich, Ich-Störungen, Affekt (Kontakt/Schwingungsfähigkeit/Inhalt/Suizidalität), zirkadiane Störungen, Psychomotorik, Sprache (doc. 54). Die beiden kurzen Arztberichte der Hausärztin und der behandelnden Ärztin vermöchten diesen für die Beurteilung des Eintritts eines neuen Versicherungsfalls notwendigen Informationen nicht ansatzweise zu genügen. Dem Bericht der Hausärztin ist für den relevanten Zeitraum einzig zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit 2007 in psychiatrischer Behandlung sei, seit 2012 eine Verschlechterung eingetreten sei und diese eine Revision des Rentengrades rechtfertige. Dem am selben Tag erstellten Bericht von Dr. I._____, ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit 2012 wegen "thymischer Störungen" in Behandlung sei. Diese zeige häufig ängstlich-depressive Phasen mit Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Schwäche, mentalem Grübeln, Selbstentwertung, Unfähigkeitsgefühl. Unter antidepressiver Behandlung hätten sich auch hypomane Phasen gezeigt, was eine bipolare Störung des Typs III in Betracht ziehen lasse. Eine Behandlung mit Dépakote sei nicht fortgesetzt worden, da die Nebenwirkungen dieses Medikaments von der Patientin nicht ertragen worden seien. Aktuell werde sie mit Deroxat und Stilnox behandelt. Die Beschwerdeführerin sei invalid seit 8. März 2013. Diese Aussagen entsprechen in ihrer Aussagequalität und ihrem Umfang unzweifelhaft nicht den vom medizinischen Dienst geforderten Informationen. In einer weiteren Stellungnahme vom 21 August 2015 führte Dr. G._____ aus, der eingereichte Arztbericht E 213 enthalte in psychiatrischer Hinsicht nur den Hinweis, dass die Stimmung sich unter antidepressiver Behandlung stabilisiert habe; geblieben sei die Schlaflosigkeit. Diagnostiziert nach ICD-10 werde eine "andere Angststörung" (F41). Es gebe jedoch sechs

verschiedene Ausprägungen der Angststörungen. Bestätigt werde eine "totale" Arbeitsunfähigkeit. Es sei evident, dass auch dieses Arztzeugnis den geforderten Angaben nicht entspreche. Zum deutschen Rentengutachten von Dr. N._____ zitierte er eingehend die genannten Befunde (bspw. gehemmtes Denken, herabgesetzte Konzentration, aber ungestörtes formales Denken, Ausbleiben von Halluzinationen oder wahnhaften Gedanken, altersentsprechende kognitive Leistung) und hielt für das Gericht nachvollziehbar fest, dass sich die Befunde mit der Diagnose "anhaltende schwere Depression (F32.2)", die notabene in deutlichem Kontrast zur Codierung der psychiatrischen Erkrankung gemäss Arztbericht E 213 steht (F41), und "muskulo-skelettales Schmerzsyndrom" nicht vereinbaren liessen; es bestehe eine immense Kluft zwischen den Befunden und der Diagnose (sinngemäss auch der attestierten Arbeitsfähigkeit unter drei Stunden täglich). Es sei nochmals der Versuch zu unternehmen, die verlangten Angaben einzuholen. Das in der Folge eingereichte Arztzeugnis von Dr. I._____ vom 24. November 2015 enthält einleitend dieselben Aussagen (wortgleiche Übernahme) wie der Bericht derselben Ärztin vom 3. November 2014. Sie ergänzte ihre Aussagen mit dem (blossen) Hinweis, anlässlich der Konsultation vom 23. November 2015 habe ein "gemischter Zustand" vorgelegen mit traurigen Gedanken, mit mentalem Grübeln, Reizbarkeit. Worum es sich diagnostisch beim "gemischten Zustand" handelt, wird nicht erklärt. Eine Behandlung mit Xéroquel werde angestrebt. Aktuell werde sie mit Deroxat behandelt. Ihr Zustand sei nicht vereinbar mit der Wiederaufnahme der Arbeit. Letztere Aussage wird nicht weiter begründet; ein Verlauf der Erkrankung, die Schwere derselben und Auswirkungen der medikamentösen Behandlung bzw. Therapieerfolge werden (für das Gericht) nicht ersichtlich. Dr. G._____ hielt in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. Juli 2016 dazu fest, dass weiterhin kein brauchbares Arztzeugnis vorliege. Es seien keine ausreichenden Befunde vorhanden, welche eine klare Diagnose beziehungsweise funktionelle Einschränkungen plausibel machen könnten. An Stimmungsstabilisatoren (neben Dépakote), dessen Einsatz wegen Nebenwirkungen abgebrochen worden sei, gäbe es viele andere. Die Versicherte werde zudem weiterhin mit Deroxat behandelt, obwohl dieses Medikament bei ihr Hypomanie indiziere. Sinngemäss weist er damit auf eine nicht fachgerechte Behandlung der Beschwerdeführerin hin. Zum mit Einwand eingereichten Arztbericht von Dr. I._____ vom 13. Januar 2016 führte Dr. G._____ am 21. November 2016 schliesslich aus, die attestierte bipolare Störung werde nicht mit Befunden belegt und es lasse sich nicht erkennen, inwiefern damit eine "vollständige" Arbeitsunfähigkeit verbunden sei.

E. 5.4

Dieser zutreffenden und überzeugenden Beurteilung ist nach Durchsicht der erwähnten Akten anzufügen, dass die Berichte der Hausärztin und der behandelnden Psychiaterin weder eine eingehende Anamnese noch eine detaillierte Befunderhebung mit ergänzenden Testungen enthalten. Die psychiatrische Beurteilung ist zudem nicht weiter begründet, erklärt nicht, wie auf die erwähnten Diagnosen geschlossen wird, enthält keine Codierung derselben nach ICD-10 und lässt keine klaren Aussagen über den Verlauf der Erkrankung(en) zu. Die Berichte vermögen in der vorliegenden Form nicht ansatzweise den Anforderungen an aussagekräftige Arztberichte bzw. ärztliche Beurteilungen zu genügen (vgl. dazu auch E. 3.6 und 3.10). Festzuhalten ist weiter, dass das Gutachten von Dr. N._____ zum einen insoweit unvollständig ist, als die Seite 4 des von der Beschwerdeführerin eingereichten Gutachtens fehlt. Die Ärztin verweist zudem aktenwidrig, ohne Auseinandersetzung mit den Vorakten und ohne weitere Begründung auf eine seit 2007 vorbestehende schwere Depression (F32.2). Das von ihr (zusätzlich zur

Depression) diagnostizierte muskuloskelettale Schmerzsyndrom (M79.19) findet im vier Monate später erstellten Arztbericht E 213 des französischen Rentenversicherers keinen Niederschlag: Dr. H._____ hält in seiner klinischen Untersuchung vielmehr (mit einer Ausnahme) altersgerechte normale Befunde (Wirbelsäule, neurologische Untersuchung, Kraft und muskulärer Tonus) fest (doc. 67 S. 5). Das Gutachten von Dr. N._____ enthält auch keinerlei Angaben zum Beginn einer rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit. Die deutsche Rentenversicherung gewährte ab 1. Dezember 2013 eine Rente "wegen voller Erwerbsminderung", ohne dass die medizinischen Grundlagen dafür und für den Zeitpunkt des Rentenbeginns dem Entscheid zu entnehmen wären. Auch den französischen Rentenentscheiden kann nicht entnommen werden, auf welche medizinische Beurteilung sie abstützen und zu welchem Zeitpunkt aus der Sicht des französischen Rentenversicherers eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Den Verfügungen ist einzig zu entnehmen, dass der beurteilende Arzt von einer Arbeitsunfähigkeit zu zwei Dritteln ausgehe und die Rente ab 8. März 2013 gewährt wird.

E. 5.5

Damit können die Akten nicht "eindeutig" und rechtsgenügend "belegen, dass zumindest seit dem Zeitpunkt der Rentenmeldung im Mai 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht". Die Sache ist damit - wie von der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung zu Recht beantragt - zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 6

Damit ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 30. November 2016 aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen 5 und zum Erlass eines neuen Rentenentscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Darüber hinausgehend ist die Beschwerde abzuweisen. Der Vorinstanz ist mit dem vorliegenden Urteil die Replik im Doppel zur Kenntnis zu bringen (Art. 30 Abs. 2 Bst. c VwVG).

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 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 der Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und erweist sich das mit der Beschwerde gestellte Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen insbesondere das Anwaltshonorar, die

Auslagen (namentlich die Kosten für das Kopieren von Schriftstücken, die Porti und die Telefonspesen) sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht und die Mehrwertsteuer nicht bereits berücksichtigt wurde (vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt, exklusive Mehrwertsteuer (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Bei Streitigkeiten mit Vermögensinteresse kann das Anwaltshonorar angemessen erhöht werden (vgl. Art. 10 Abs. 3 VGKE).

E. 7.3

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht in seiner Kostennote vom 22. März 2017 (Beilage zu B-act. 7) einen Arbeitsaufwand von 12.59 Stunden, einen Stundenansatz von Fr. 240.-, Auslagen von Fr. 241.20 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 262.10 (8% von Fr. 3'276.20) geltend. Diese Kosten erscheinen in Anbetracht des aktenkundigen Aufwands (Redaktion einer knapp sieben Seiten umfassenden Beschwerde, Eingabe vom 9. Februar 2017 betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und knapp dreiseitige Replik) als angemessen. Die Mehrwertsteuer ist jedoch in der vorliegenden Konstellation, in welcher die beschwerdeführende Partei im Ausland Wohnsitz hat, nicht geschuldet (vgl. Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2]. Dem Beschwerdeführer ist damit eine Parteientschädigung von Fr. 3'276.20 auszurichten. Damit erweist sich auch das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung als gegenstandslos.

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