

BVGer C-7249/2017 vom 20. September 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7249_2017

FR: TAF C-7249/2017 du 20 septembre 2019

IT: TAF C-7249/2017 del 20 settembre 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 30. November 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30.

November 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). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 4

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

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie die Beschwerdeführerin - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.2

Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

E. 4.3.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob 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 und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C_433/2017 vom 13. März 2018 E. 2.1). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss ausserdem

über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 4.3.2

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

E. 4.3.3

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person durch den RAD untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011, 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 4.3.4

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

E. 5.1

Die Vorinstanz hat das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin mangels Vorliegen einer rentenbegründenden Invalidität abgewiesen. Vernehmlassungsweise wurde dazu zusammengefasst ausgeführt, dass sowohl von der behandelnden Psychiaterin ab September 2013 eine mittelgradige, zeitweilig auch schwere depressive Episode als auch anlässlich eines Kuraufenthaltes im März 2011 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei. Demgegenüber seien zwei psychiatrische Gutachter anlässlich der am 20. November 2014 sowie am 29. Juni 2015 durchgeführten Begutachtungen zur übereinstimmenden Beurteilung gelangt, dass bei der Versicherten nur eine Dysthymie und eine Anpassungsstörung nach dem Tod der Eltern 2013 zu diagnostizieren sei. Ihre Arbeitsfähigkeit sei in einer der früheren als Assistentin einer Geschäftsleitung entsprechenden Tätigkeit im Umfang von 6 Stunden und mehr pro Tag bzw. vollschichtig gegeben. Der beurteilende Facharzt des ärztlichen Dienstes habe die beiden psychiatrischen Gutachten für überzeugend befunden und sich deren Beurteilung angeschlossen. Hingegen habe er die Berichte der behandelnden Psychiaterin aufgrund einer nicht nachvollziehbaren Begründung als nicht plausibel erachtet. Eine Dysthymie begründe grundsätzlich keinen Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes. Da einzig die Auswirkungen einer Dysthymie zu beurteilen gewesen seien, habe von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden können. Die Beschwerdeführerin hingegen ist der Auffassung, sie sei seit September 2013 aufgrund eines mittelgradigen bis schweren depressiven Leidens zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 5.2

Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat (E. 4.2). Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

IVG, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 36, Rz. 4). Die Beschwerdeführerin hat von Dezember 1989 bis Ende November 1990, also während 12 Monaten, Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (IV-act. 16, 42). Aus der Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in Deutschland ergibt sich eine Gesamtversicherungszeit für die Begründung des Anspruchs auf alle Rentenarten von 297 Monaten (IV-act. 23). Somit hat die Beschwerdeführerin die erforderliche Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt. Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt richtig und vollständig abgeklärt und das Rentengesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

E. 5.3

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2017 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die Stellungnahmen von Dr. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 14. September und 25. November 2017 (IV-act. 44, 51) sowie auf die fachärztlichen Gutachten von Dr. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Dezember 2014 und Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie, vom 29. Juni 2015 (IV-act. 10, 12). Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente und Unterlagen sind, soweit erforderlich, nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 5.3.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung lagen der Vorinstanz folgende Berichte vor:

E. 5.3.1.1

Im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik F._____ in (...) (IV-act. 11), welcher anlässlich des stationären Aufenthalts vom 10. Februar bis 24. März 2011 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstellt und von Dr. G._____, Oberarzt, dem Dipl.-Psychologen Dr. med. H._____ sowie der Ärztin Dr. med. I._____ unterzeichnet worden war, wurden folgende Diagnosen genannt: - rezidivierende, depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD-10 F33.1 gesicherte Diagnose, Behandlungsergebnis 1 (gebessert) - sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion (Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk) ICD-10 M62.81 gesicherte Diagnose, Behandlungsergebnis 2 (unverändert).

E. 5.3.1.2

Dipl.-Psych. und praktische Ärztin Q._____ gab in ihrer Bescheinigung vom 6. September 2013 (IV-act. 9; act.1, Beilage 8) an, die Versicherte sei im Zeitraum vom April bis August 2013 aufgrund einer psychischen Dekompensation handlungsunfähig gewesen und habe sich nicht um Behördengänge kümmern können.

E. 5.3.1.3

Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in ihrem Bericht vom 19. November 2013 (IV-act. 7) die Diagnose mittelgradige depressive Episode (F32.1). Im handschriftlich verfassten, ärztlichen Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung (IV-act. 6) vom 7. Juli 2014 wiederholte sie die Diagnose und erachtete die Durchführung einer stationären Rehabilitation für erforderlich. In ihrer ärztlichen Bescheinigung zur Vorlage bei der Rentenversicherung (IV-act. 8) vom 8.

September 2014 gab sie an, mit ambulanten Massnahmen sei eine wirklich durchgreifende Besserung und Stabilisierung des Krankheitsbildes und damit der längerfristige Erhalt der Arbeitsfähigkeit nicht erreichbar. Eine vorzeitige stationäre Rehabilitationsmassnahme in einer psychosomatischen Klinik mit einem multimodalen Konzept sei aus fachärztlicher Sicht daher dringend erforderlich. Im anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht vom 16. März 2015 (IV-act. 1, Beilage 7) nannte sie schliesslich die Diagnose ausgeprägte mittelgradige bis schwere depressive Episode (F32.1-2), welche sie in ihrem fachärztlichen Attest vom 10. Mai 2017 (IV-act. 29; act. 1, Beilage 6) wiederholte. Im Bericht vom 27. November 2017 (act. 1, Beilage 4), welcher ebenfalls im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurde, stellte sie eine mittelgradige depressive Episode (F 32.1) fest.

E. 5.3.1.4

Im ärztlichen Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet / Teilgebiet der Psychiatrie (IV-act. 10) vom 6. Dezember 2014, welches anlässlich der am 10. November 2014 erfolgten Untersuchung erstellt worden war, nannte Dr. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen Dysthymia (F34.1) und Anpassungsstörung (F43.2) nach Tod beider Eltern im Jahr 2013 bei anankastischer Persönlichkeitsakzentuierung (Z78).

E. 5.3.1.5

Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurologie / Psychiatrie, erwähnte in ihrem fachärztlichen Gutachten vom 29. Juni 2015 (IV-act. 12) ebenfalls neben einer "fortbestehende Anpassungsstörung nach dem Tod beider Eltern 2013 bei sensitiver Persönlichkeit F43.2" eine Dysthymie (F34.1).

E. 5.3.1.6

Dr. med. K. _____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, nannte im Formularbericht vom 24. November 2015 (IV-act. 13) folgende Diagnosen: Muskuläre Dysbalance; HWS-Syndrom (Indikationsschlüssel: WS2a) und Funktionsstörungen / Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke) ICD-10 Code M62.99. Im handschriftlich verfassten ärztlichen Befundbericht zum Rentenantrag (IV-act. 37) vom 31. Mai 2017 nannte sie in der Spalte 4 "Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung" Folgendes: 1. HWS-Syndrom (M50.3 G) 2. Chronischer Schmerz mit psy. und som. Faktoren R52.1 G 3. Craniomandibuläre Dysfunktion K07.6 G 4. Anpassungsstörung. Ebenfalls liegt ein Schmerzfragebogen vom 1. Juni 2017 (IV-act. 38) von Dr. med. K. _____ in den Akten, in welchem u.a. angegeben wurde, dass die Patientin Dauerschmerzen mit Schmerzattacken habe.

E. 5.3.1.7

Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, diagnostizierte im handschriftlich verfassten, ärztlichen Befundbericht zum Rentenantrag vom 30. Mai 2017 (IV-act. 39) eine mittelgradige depressive Episode, teilweise schwer (F32.1 G).

E. 5.3.1.8

Nachdem die anlässlich des Anmeldeverfahrens eingereichten ärztlichen Berichte Dr. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, unterbreitet worden waren, äusserte er sich in seiner Stellungnahme vom 14. September 2017 (IV-act. 44) dahingehend, dass die beiden ausführlichen psychiatrischen

Gutachten vom 6. Dezember 2014 und 29. Juni 2015 zu denselben Diagnosen und Beurteilungen kämen. Es bestehe durchaus ein Leidensdruck, doch seien die Befunde keineswegs so schwer, als dass sie willentlich nicht überwunden werden könnten. Die Dysthymie sei äusserst lästig, sie lasse alles schwer und mühsam erscheinen. Eine Arbeit sei aber deswegen nicht unmöglich. Dass die behandelnde Psychiaterin das anders sehe, sei nicht ungewöhnlich. Ihre Berichte seien aber so dürftig, dass sie weder nachvollziehbar noch plausibel seien.

E. 5.3.1.9

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte die Versicherte das fachärztliche Attest zur Vorlage bei der Rentenversicherung wegen Widerspruch von Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 23. Oktober 2017 (IV-act. 49; act. 1, Beilage 5) zu den Akten, in welchem angegeben wurde, diagnostisch handle es sich ursprünglich um eine ausgeprägte mittelgradige bis schwere depressive Episode (F32.1-2); mittlerweile habe sich das Zustandsbild vom Schweregrad zwar gebessert, es bestehe jedoch nach wie vor eine deutliche Symptomatik, die sich nur langsam zurückbilde.

E. 5.3.1.10

Nachdem die anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Einwände der Beschwerdeführerin vom 16. und 27. Oktober 2017 (IV-act. 46, 48) sowie das ärztliche Attest von Dr. med. J._____, vom 23. Oktober 2017 Dr. C._____ vorgelegt worden war, führte dieser am 25. November 2017 (IV-act. 51) aus, die behandelnde Psychiaterin wiederhole ihre bereits bekannte Ansicht; sie bringe keine neuen Erkenntnisse. Es gebe keinen Anlass, von der Stellungnahme vom 14. September 2017 abzuweichen.

E. 5.3.2

Im Weiteren wurden die folgenden, nach Verfügungserlass ausgestellten Berichte, mit der Beschwerde zu den Akten gereicht:

E. 5.3.2.1

In der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 11. Dezember 2017 (act. 1, Beilage 3) nannte Dr. med. J._____ abermals den ICD-10 Code F32.1 G. Im unaufgefordert eingereichten ärztlichen Befundbericht vom 18. September 2018 (act. 22, Beilage 4) nannte sie erneut die Diagnose mittelgradige depressive Episode (F32.1).

E. 5.3.2.2

Dipl. Psych. M._____, bei welcher sich die Versicherte seit Mai 2016 in verhaltenstherapeutischer Behandlung befindet, hielt in ihrem Befundbericht vom 14. Dezember 2017 (act. 1, Beilage 2) eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Symptomatik und die Entwicklung einer anhaltenden Depression fest. Mit der Replik wurde zudem ihr Bericht "Ergänzung zum Befundbericht" vom 22. Mai 2018 zu den Akten gereicht, in welchem auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. N._____ Bezug genommen und ausgeführt wurde, die Versicherte sei nicht in der Lage, eine berufliche Tätigkeit auszuüben (act. 17, Beilage 1). Im unaufgefordert eingereichten Befundbericht vom 1. Oktober 2018 (act. 22, Beilage 3) verwies sie auf die am 11. September 2018 durchgeführte testpsychologische Untersuchung (Test SCL-90-R zur Messung der Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome) und stellte zusammengefasst fest, dass weiterhin eine anhaltende depressive Erkrankung, welche die Kriterien für eine mittelgradig depressive Episode erfülle, vorliege.

E. 5.3.2.3

Dr. C._____ nahm am 2. Februar 2018 (act. 10, Beilage 1) zu den beschwerdeweise eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung und hielt zusammengefasst fest, die Arztberichte der behandelnden Psychiaterin reichten nicht an die Qualität der genannten zwei Gutachten heran. Der Bericht vom 16. März 2015 (vgl. E. 5.3.1.3) sei identisch mit jenem vom 23. Oktober 2017 (vgl. E. 5.3.1.9), welcher bereits in der Antwort auf die Anhörung gewürdigt worden sei (vgl. E. 5.3.1.10). Im Bericht vom 27. November 2017 (vgl. E. 5.3.1.3) würden alle Argumente wiederholt; diese seien bereits bekannt und gewürdigt worden. Zumeist würden die Klagen der Versicherten rezitiert; es fänden sich nur wenige Befunde. Vorliegend sei weder in psychiatrischer noch in somatischer Hinsicht eine relevante Komorbidität zur Dysthymie festgestellt worden. Somit seien einzig die Auswirkungen der Dysthymie zu beurteilen, welche definitionsgemäss von der Schwere und den Auswirkungen her keiner auch bloss leichten Depression entspreche und rechtsprechungsgemäss keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle. Deshalb könne von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden.

E. 5.3.2.4

Im Weiteren lagen der Replik zwei auf den 1. September 2014 und 7. April 2017 ausgestellte Schreiben der (...) Versicherung bei, aus welchen hervorgeht, dass die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund des Vorliegens einer Anpassungsstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode anerkannt worden seien (act. 17, Beilage 2).

E. 5.3.2.5

Mit Schreiben vom 4. Oktober 2018 (act. 22) reichte die Versicherte unaufgefordert weitere Unterlagen ein. Im Bericht vom 21. April 2018 von Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurologie (act. 22, Beilage 5) wurde die Diagnosen "chronisches Schmerzsyndrom bei chronischen Burn-Out-Syndrom bei rezidivierenden, mittelschweren depressiven Episoden und oromandibuläre Dysfunktion" genannt. In den Kurzattesten vom 5. März und 26. September 2018 (act. 22, Beilage 6) listete Dr. med. P._____, Fachärztin für Innere Medizin folgende Diagnosen auf: chronisches Schmerzsyndrom, Spannungskopfschmerzen und Depression.

E. 5.4

Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2017 (siehe vorne E. 3.3). Nach diesem Zeitpunkt ergangene Arztberichte können deshalb - sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erlauben - im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Die unter E. 5.3.1.1 bis E. 5.3.1.9 aufgeführten Arztberichte sind vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden und somit Beurteilungsgegenstand. Hingegen sind die in E. 5.3.2.1 f. und E. 5.3.2.4 f. genannten Berichte nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden. Jedoch lassen sich aus ihnen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung sowie den weiteren Verlauf ziehen, weshalb sie in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen sind.

E. 5.5

Vorliegend führte Dr. C._____ des medizinischen Dienstes der IVSTA für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zog die medizinischen Atteste der deutschen Ärzte heran und wertete diese aus. Seine Stellungnahmen vom 14. September, 25. November 2017 und 2. Februar 2018 (IV-act. 44, 51; act. 10, Beilage 1) sind somit reine Aktenberichte. Ihnen kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden, denn sie sind entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.4.3 hiervor), kann darauf nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass die Stellungnahmen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2).

E. 5.5.1

Dr. C._____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers. Dabei bezog er sich in seiner ersten Stellungnahme vom 14. September 2017 (IV-act. 44) lediglich auf die Gutachten von Dr. D._____ vom 6. Dezember 2014 und Dr. med. E._____ vom 29. Juni 2015 (IV-act. 10, 12; vgl. auch E. 5.3.1.4 f.), welche er für ausführlich hielt. Er machte Bemerkungen zu der von den Gutachterinnen diagnostizierten Dysthymie, aufgrund welcher er eine Arbeit für nicht unmöglich erachtete und erwähnte, dass die gegenteilige Ansicht der behandelnden Psychiaterin nicht ungewöhnlich sei. Deren Berichte befand er für so dürftig, dass sie nicht nachvollziehbar oder plausibel seien. Dabei nannte er weder den Namen der Psychiaterin, noch auf welche ihrer Arztberichte er Bezug genommen hatte, zudem äusserte er sich nicht zur von Dr. med. J._____ diagnostizierten Depression. Die übrigen in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, wie der Entlassungsbericht der Klinik F._____ 1 und die Arztberichte der Dres. med. K._____ und L._____ (IV-act. 11, 13, 37 - 39; E. 5.3.1.1, 5.3.1.6 f.) sowie die darin gestellten psychiatrischen und auch somatischen Diagnosen blieben unbeachtet. Nach Einsicht in das fachärztliche Attest vom 23. Oktober 2017 von Dr. med. J._____ (IV-act. 49, act. 1, Beilage 5), welches anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereicht worden war, führte Dr. C._____ am 25. November 2017 lediglich aus, es würden die bereits bekannten und beurteilten Ansichten wiederholt und keine neuen Erkenntnisse gebracht (IV-act. 51). Nachdem ihm im Rahmen des Beschwerdeverfahrens neue medizinische Berichte von Dr. med. J._____ (act. 1, Beilage 3, 4, 5, 7) und der Befundbericht von Dipl. Psych. M._____ (act. 1, Beilage 2) unterbreitet worden waren, gab er am 2. Februar 2018 an, die Berichte der behandelnden Psychiaterin würden nicht an die Qualität der zwei Gutachten heranreichen, zumeist die Klagen der Versicherten rezitieren und nur wenige Befunde beinhalten. Er sah keine Veranlassung, von seinen Stellungnahmen abzuweichen. Weitere Ausführungen wurden nicht gemacht (act. 10, Beilage 1).

E. 5.5.2

Aus den Akten geht ergibt sich in Bezug auf die psychischen Beschwerdebilder Folgendes:

E. 5.5.2.1

Bereits im Jahr 2011 ist die Versicherte während sechs Wochen stationär in der psychosomatischen Abteilung der Klinik F._____ in (...) aufgrund einer rezidivierende, depressive Störung (mittelgradige Episode) behandelt worden. Im entsprechenden Entlassungsbericht wurde unter anderem festgehalten, dass sie an einem starken Erschöpfungszustand, verbunden mit einer Abnahme der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, depressiven Verstimmungen, welche mit innerer Unruhe, Lustlosigkeit, sozialem Rückzug und Freudlosigkeit verbunden seien, gelitten hat (IV-act. 11, S. 6). Im psychischen Befund wurde erwähnt, dass die Stimmung aufgrund der abnehmenden Leistungsfähigkeit zum depressiven Pol verschoben sei. Die Psychomotorik wurde als eher unruhig bei deutlich spürbarer innerer Anspannung und erschwertem Antrieb geschildert (IV-act. 11, S. 7). Es konnte keine ausreichende Stabilisierung des psychophysischen Gesamtzustandes erreicht werden. Die Versicherte wurde seit dem 20. September 2010 als durchgehend arbeitsunfähig erachtet (IV-act. 11, S. 10). Dr. med. J._____, welche die Versicherte seit September 2013 behandelt, diagnostizierte ebenfalls wiederholt eine mittelgradige depressive Episode; zum Teil wurde diese auch als schwer angegeben (IV-act. 6 - 8, 29; act. 1, Beilagen 4, 6 f.). Im ausführlichen Bericht vom 19. November 2013 diagnostizierte sie unter Angabe des ICD-10 Codes (F32.1) eine mittelgradige depressive Episode und hielt im psychischen Befund fest, dass sich ein ausgeprägtes depressives Erschöpfungssyndrom mit affektiver Labilität gezeigt habe. Bei der Verlaufskontrolle vier Wochen später sei eine Verbesserung eingetreten (IV-act. 7). Im handschriftlich ausgefüllten, zum Teil nicht leserlichen Formularbericht vom 7. Juli 2014 erachtete Dr. med. J._____ eine stationäre Massnahme als dringend erforderlich (IV-act. 6). Am 8. September 2014 betonte sie erneut, dass mit ambulanten Massnahmen keine Verbesserung des Krankheitsbildes erreicht werden könne und wies auf die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmassnahme in einer psychosomatischen Klinik mit einem multimodalen Konzept hin (IV-act. 8). Zum weiteren Verlauf äusserte sich Dr. med. J._____ am 16. März 2015 (act. 1, Beilage 7) dahingehend, dass sich das Zustandsbild vom Schweregrad gebessert habe. Jedoch bestehe zu diesem Zeitpunkt eine deutliche Symptomatik, die sich nur langsam zurückbilde. Dr. med. J._____ stellte eine starke Erschöpfung, Grübelneigung mit Gedankenkreisen und negativen Inhalten, Verlust an Lebensfreude, Niedergeschlagenheit und Überforderung fest. Zudem zeige sich darüber hinaus eine innere Unruhe und Unfähigkeit zur Entspannung. Ausserdem erwähnte Dr. med. J._____ Ängste und Rückzug bei grösserem Stress und leichter Irritierbarkeit bei alltäglichen Belastungen. Sie nannte die Diagnose ausgeprägte mittelgradige bis schwere depressive Episode (F32.1-2). Am 10. Mai 2017 bestätigte sie die Diagnose und erachtete die Versicherte seit Ausbruch der depressiven Erkrankung zu 100 % arbeitsunfähig. Aus ihrer Sicht konnte durch die bisherigen therapeutischen Massnahmen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, regelmässige fachärztliche Verlaufskontrollen und stützende Gespräche) keine ausreichende Besserung erzielt werden, sodass die Voraussetzungen für die Gewährung einer Invalidenrente vorlagen (IV-act. 29, act. 1, Beilage 6). Dr. med. L._____ diagnostizierte in ihrem handschriftlich verfassten, ärztlichen Befundbericht vom 30. Mai 2017 (IV-act. 39) ebenfalls eine mittelgradige, teilweise schwere depressive Episode und erwähnte neben einem anhaltend schweren Erschöpfungsgefühl auch eine schlechte Schwingungsfähigkeit. Allerdings ist ihr Bericht sehr kurz gehalten und zum Teil unleserlich. Zudem stellt sich die Frage, inwiefern sie als Fachärztin für Allgemeinmedizin den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten zu beurteilen vermochte. In ihren nachfolgenden Berichten hielt Dr. med. J._____ an den bereits gemachten Ausführungen

und Diagnosen fest. Aus ihrer Sicht hat sich seit Beginn der Behandlung keine wesentliche Änderung des Befundes ergeben. Phasenweise konnte sie jedoch eine diskrete Besserung in Teilbereichen feststellen, welche jedoch unter Belastung nicht anhalte (act. 1, Beilage 3, 4). Insgesamt ist der Krankheitsverlauf in den Berichten von Dr. med. J. _____ klar dargelegt und die Aussagen sind schlüssig. Ihre handschriftlichen Berichte sind jedoch sehr knapp gehalten und zum Teil unleserlich, hingegen beinhalten die Berichte vom 19. November 2013, 8. September 2014 und 27. November 2017 (IV-act. 7, 8; act. 1, Beilage 4) neben der Diagnose, unter Angabe des ICD-10 Codes und dem psychischen Befund ergänzend Ausführungen zur psychiatrischen Vorgeschichte, eine kurze Familien- und biographische Anamnese sowie die Angaben der Versicherten betreffend ihre Leiden. Die Aussage von Dr. C. _____, welcher die Berichte von Dr. med. J. _____ als dürftig und aus diesem Grund als nicht plausibel qualifiziert hat, kann vorliegend nicht nachvollzogen werden. Dipl. Psych. M. _____ diagnostizierte in ihrem Befundbericht vom 14. Dezember 2017 (act. 1, Beilage 2) ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Symptomatik und die Entwicklung einer anhaltenden Depression. Sie erwähnte im Befund u.a. eine starke Erschöpfung, schnelle Ermüdbarkeit, Verminderung des Antriebs, hohe allgemeine Anspannung und Durchschlafstörungen. Ausserdem gab sie an, die Versicherte leide unter einer depressiven Verstimmtheit, Niedergeschlagenheit bis Verzweiflung, Einsamkeit und Entwurzelung. Hinzu kämen Zukunftsängste, Panikattacken, Gedankenkreisen und Rückzug in die Wohnung. Die von Dipl. Psych. M. _____ gemachten Aussagen sowie die gestellten Diagnosen gehen konform mit den Feststellungen von Dr. med. J. _____ und sind nachvollziehbar. Gemäss ihren Arztberichten sowie dem Entlassungsbericht der Klinik F. _____ 1 hat die Versicherte an einer rezidivierenden, mindestens mittelgradigen depressiven Störung gelitten, welche bereits 2011 einer stationären Behandlung bedurfte.

E. 5.5.2.2

Hingegen diagnostizierte Dr. D. _____ in ihrem Gutachten vom 6. Dezember 2014 eine Dysthymie und eine Anpassungsstörung nach Tod beider Eltern im Jahr 2013 bei einer anankastischer Persönlichkeitsakzentuierung. Im psychischen Befund konnte sie einen gewissen sozialen Rückzug eruieren, jedoch keine Hinweise für das Vorliegen von Auffassungs-, Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen ausmachen. Sie stellte - ebenso wie Dr. med. J. _____ und Dipl. Psych. M. _____ - Ängste, insbesondere Zukunftsängste fest; jedoch lagen zum Untersuchungszeitpunkt weder Panikattacken noch Hinweise auf eine reine Angststörung vor. Aus Sicht von Dr. D. _____ imponierte die Versicherte affektiv leicht depressiv (IV-act. 10, S. 13 f.). In der Epikrise nahm sie zu den von der Versicherten geklagten Leiden (starke körperliche und seelische Erschöpfung, niedrige Belastbarkeit, der Angst vor den Menschen) Stellung und führte aus, in der Untersuchung stellte sich in der Gesamtheit ein im Abklingen befindlicher Prozess der Umorientierung nach schweren, Verlust mit noch vorhandener leichter depressiver Symptomatik und gewisser Erschöpfung, eine noch erkennbare Trauer und eine anankastische Persönlichkeitsakzentuierung dar. Das Gutachten beinhaltet eine Familien-, Eigen- sowie eine biographische Anamnese und Ausführungen zur aktuellen sozialen Situation. Im Weiteren fasste Dr. D. _____ die Krankheitsgeschichte ausführlich zusammen und machte Angaben zu den klinischen und neurologischen Befunden (IV-act. 10, S. 2 - 12). Hingegen diskutierte sie die in den Akten liegenden Arztberichte nicht. Unklar ist demzufolge, ob sich Dr. D. _____ mit den Vorakten einlässlich auseinandergesetzt hat. Ihr Gutachten ist in dieser Hinsicht unvollständig. Dr. med.

E._____ diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 29. Juni 2015 (IV-act. 12) ebenfalls eine Dysthymie und eine fortbestehende Anpassungsstörung nach dem Tod der Eltern im Jahr 2013, nannte jedoch eine sensitive Persönlichkeit. Im psychopathologischen Befund gab sie an, das formale Denken sei geordnet, die Ich-Grenzen geschlossen, die Versicherte sei nicht psychotisch und vom Affekt her nicht zum depressiven Pol verschoben. Sie sei etwas niedergedrückt und hoffnungsarm; der Antrieb sei objektiv gesehen jedoch unauffällig. Es liege ein deutlicher Leidensdruck vor, aber es bestehe kein Anhalt für eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation (IV-act. 12, S. 7 f.). In der speziellen Anamnese erwähnte sie unter anderem, die Versicherte habe weder Hobbies noch Kontakt zur Aussenwelt; ihr Tagesablauf sei monoton (IV-act. 12, S. 5). Ihr Gutachten enthält im Weiteren die Angaben der Versicherten, eine Anamnese, Ausführungen zu den sozialen Verhältnissen, den Beschwerden, zur Medikation und zu Therapien. Jedoch hat sie in der Epikrise lediglich zur Expertise von Dr. D._____ Stellung genommen, obwohl sie angegeben hat, dass ihr auch der Arztbrief der Klinik F._____ vom 23. März 2011, die ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Rentenversicherung von Dr. med. J._____ und noch andere Unterlagen vorgelegen hätten (IV-act. 12, S. 2). Dabei bestätigte sie die Diagnosen von Dr. D._____ und diskutierte das Vorliegen der anankastischen und sensitiven Persönlichkeit, unterliess es jedoch, zu den übrigen medizinischen Berichten Stellung zu nehmen. Insbesondere setzte sie sich nicht mit der seit 2011 gestellten Diagnose Depression und deren Verlauf auseinander (IV-act. 12, S. 8). Insofern ist auch ihr Gutachten unvollständig.

E. 5.5.2.3

Dr. C._____ stützte sich in seiner Beurteilung vor allem auf die Gutachten der Dres. D._____ und E._____. Er verneinte in seiner Stellungnahme vom 2. Februar 2018 (act. 10, Beilage 1) das Vorliegen einer Depression mit der Begründung, dass die behandelnde Ärztin im Gegensatz zur Psychologin keine Konzentrationsstörungen festgestellt habe, was aussergewöhnlich bei einer mittelgradigen Depression sei. Jedoch führte Dr. med. J._____ in ihrem ärztlichen Befundbericht zum Rentenantrag (IV-act. 41) vom 31. Mai 2017 sowie im Bericht vom 27. November 2017 (act. 1, Beilage 4) Konzentrationsstörungen auf; Dipl. Psych. M._____ spezifizierte im Befundbericht vom 14. Dezember 2017 (act. 1, Beilage 2), dass die Konzentrationsfähigkeit im Allgemeinen leicht, bei höherer Komplexität und Dauer der Anforderungen deutlich herabgesetzt sei. Die Angaben sind nicht widersprüchlich zu den Feststellungen der Gutachterinnen D._____ und E._____, welche zum Untersuchungszeitpunkt eine diskret geminderte resp. ausreichende Konzentrationsfähigkeit geschildert haben. Hingegen ist die Aussage von Dr. C._____ unvereinbar mit den in den Akten liegenden Arztberichten, sodass darauf nicht abgestützt werden kann.

E. 5.5.2.4

Zusammengefasst lässt sich aufgrund der Akten der psychische Gesundheitszustand nicht eindeutig zuordnen. Diesbezüglich ist der medizinische Sachverhalt nicht klar erstellt.

E. 5.5.3

Im Weiteren machte die Versicherte in ihren Rechtsschriften geltend, sie leide an körperlichen Symptomen wie Schmerzen im Nacken, Herzbeschwerden und Krämpfen im ganzen Körper (insb. act. 17, Beilagen 4). Dies geht auch, wie nachfolgend aufgezeigt wird, aus den medizinischen Unterlagen hervor:

E. 5.5.3.1

So wird im ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik F. _____ vom 28. März 2011 (IV-act. 11) neben den psychiatrischen Diagnosen unter Nennung des ICD-10 Codes M62.81 die gesicherte Diagnose "sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion (Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk)" genannt. Im körperlichen Befund wurde ausgeführt, dass die Nackenmuskulatur verspannt, die übrige Muskulatur hingegen normoton und normotroph sei. Das Herz und die Lunge waren perkutorisch und auskultatorisch unauffällig (IV-act. 11, S. 7). Dr. med. J. _____ gab in ihren Berichten vom 19. November 2013 und 31. Mai 2017 an, dass diverse körperliche Befindlichkeiten vorlägen; im Untersuchungsbefund vom 7. Juli 2014 waren die Atemwege, das Herz, der Kreislauf, die Bauchorgane und der Bewegungsapparat jedoch ohne pathologischen Befund (IV-act. 6, 7, 41). Anlässlich der Begutachtung am 20. November 2014 durch Dr. D. _____ gab die Versicherte an, bei inneren Themen verkrampfe sich ihr Körper. Nach dem Tod der Eltern 2013 sei sie in einen extremen Zustand geraten; es hätten sich Herzprobleme eingestellt. Jetzt habe sie immer wieder Herzprobleme, wenn das Thema Trauer aufkomme (IV-act. 10, S. 10). Ebenso hielt Dr. med. E. _____ in ihrer Expertise vom 29. Juni 2015 zu den Angaben der Versicherten fest, dass sie körperlich reagiere, völlig verkrampft sei, Herzschmerzen, Herz-Rhythmus-Störungen und Panikattacken habe; es "ziehe sich alles zusammen". Zudem leide sie unter Ängsten, sei verunsichert und erlebe Spannungsprozesse im Körper. Manchmal verkrampfe sich ihre ganze rechte Seite. Man habe auch festgestellt, dass ihr Atlas verschoben sei (IV-act. 12, S. 5). Dr. med. K. _____ diagnostizierte am 24. November 2015 neben einer muskulären Dysbalance auch ein HWS-Syndrom sowie Funktionsstörungen / Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke) und nannte den ICD-10 Code M62.99 (Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation, vgl. <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/M62.-.html?sp=SM62.99>, aufgerufen am 11. September 2019). Gemäss dem Schmerzfragebogen vom 1. Juni 2017 (IV-act. 38) litt die Versicherte an Dauerschmerzen mit Schmerzattacken. Am 31. Mai 2017 stellte Dr. med. K. _____ zudem die gesicherte Diagnose "chronischer Schmerz mit psy. und som. Faktoren R52.1" und nannte zudem Verkrampfungen der Muskulatur, Spannungsgefühle im Kopf, einen sauren Geschmack im Mund, Druck auf das Herz und sozialen Rückzug (IV-act. 37). Im nach Verfügungserlass ausgestellten Befundbericht vom 14. Dezember 2017 hielt Dipl. Psych. M. _____ von der Versicherten geäußerte Somatisierungen mit schmerzhaften Verspannungen im Schulter- Nacken- und Kopfbereich, sowie unspezifischen Befindlichkeitsstörungen, wie wechselnde Schmerz- und Druckempfindungen fest (act. 1, Beilage 2). Im Bericht der Neurologin Dr. med. O. _____ vom 21. April 2018 wird schliesslich die Diagnose "Chronisches Schmerzsyndrom bei chronischen Burn-Out-Syndrom bei rezid. mittelschweren depressiven Episoden und Oromandibuläre Dysfunktion" genannt und im neurologischen Untersuchungsbefund deutliche Myogelosen und ein Hartspann der tiefen Nackenmuskulatur sowie im Musculus masseter rechtsseitig festgehalten. Dr. med. O. _____ sah keine neurogene Ursache der oben beschriebenen Beschwerden und ging von einem Zusammenhang mit der psychischen Grunderkrankung aus.

E. 5.5.3.2

Die körperlichen Beschwerden werden von den Ärzten unterschiedlich gewürdigt. Während Dr. med. K. _____ und die Ärzte der Klinik F. _____ ein HWS-Syndrom mit Verspannungen der Nackenmuskulatur als gesichert diagnostizierten, lag gemäss den Dres. med. J. _____ und O. _____ sowie der Dipl. Psych. M. _____ die Ursache für die Leiden eher im psychosomatischen Bereich. Schliesslich waren die körperlichen Untersuchungsergebnisse, wie beispielsweise die des Herz-Kreislaufsystems und der Atemwege - bis auf die Verspannungen - unauffällig. Die Gutachterin Dr. D. _____ hingegen erwähnte wohl die von der Versicherten während der Begutachtung gemachten Angaben zu ihren körperlichen Beschwerden, nahm jedoch weder eine Würdigung der körperlichen Symptomatik vor, noch äusserte sie sich zu den in den Vorakten liegenden Arztberichten, wie bspw. dem Bericht von Dr. med. K. _____. Dr. med. E. _____ unterliess es ebenfalls, sich mit den körperlichen Beschwerden auseinanderzusetzen und diese den entsprechenden Diagnosen zuzuordnen. Eine Aktendiskussion fehlt auch in ihrem Gutachten. Festzuhalten ist ausserdem, dass Hinweise auf eine psychosomatische resp. somatoforme Schmerzstörung vorliegen. Die von Dr. med. K. _____ gestellte Diagnose "chronischer Schmerz mit psy. und som. Faktoren" sowie das im Bericht von Dr. O. _____ diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom wurde jedoch nicht weiter abgeklärt. Dr. C. _____ stützte sich vollumfänglich auf die in den Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ genannte Diagnose Dysthymie und erachtete deshalb eine Abklärung nach den Standardindikatoren für nicht erforderlich. Mit den übrigen Arztberichten setzte er sich nicht einlässlich auseinander; die diagnostizierte Schmerzstörung sowie die somatischen / psychosomatischen Beschwerdebilder diskutierte er nicht. Ebenso wenig hielt er es für notwendig, weitere Abklärungen zu veranlassen, obwohl gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ein strukturiertes Beweisverfahren nach den definierten Indikatoren vorzunehmen ist (BGE 141 V 281). Für die Anwendung der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 und zuvor ergangener Grundsatzurteile ist unbeachtlich, ob es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) oder um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) handelt (Urteil 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.4 m. w. H.). Demzufolge bedürfen die psychosomatischen Beschwerdebilder der Versicherten einer umfassenden Abklärung nach dem strukturierten Beweisverfahren. Ebenfalls ist es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art unabdingbar, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Vorliegend kann aufgrund der Akten nicht eindeutig festgestellt werden, ob eine psychosomatische Erkrankung resp. eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, welche nach dem strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen ist. Diesbezüglich sind keine Abklärungen erfolgt. Zudem sind die psychiatrischen und somatischen Beschwerden nicht interdisziplinär untersucht worden, weshalb die Aktenlage als unvollständig erachtet wird.

E. 5.5.3.3

Insgesamt weisen die Berichte von Dr. C. _____ grobe Mängel auf. Sie stützen sich zum einen auf eine unvollständige Aktenlage, zum anderen ist weder eine interdisziplinäre Untersuchung der somatischen und psychischen Leiden noch eine Abklärung betreffend das Vorliegen und die Auswirkungen einer chronischen Schmerzstörung erfolgt. Im Weiteren fehlt eine einlässliche Auseinandersetzung mit den gesamten Akten sowie eine

Zusammenfassung des medizinischen Verlaufs. Die Berichte sind zudem widersprüchlich und können nicht nachvollzogen werden. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den medizinischen Dienst der IVSTA waren nicht gegeben.

E. 5.6.1

Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass die Beschwerdeführerin Einschränkungen unterliegt, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne deren persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 30. November 2017 aufzuheben ist.

E. 5.6.2

Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

E. 5.6.3

Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den medizinischen Dienst der IVSTA zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte dieser jedoch nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist

zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und infolgedessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung wird mit der Weisung verbunden, eine interdisziplinäre, psychiatrische sowie internistische Begutachtung der Beschwerdeführerin in der Schweiz durchzuführen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Wird im Zusammenhang mit der Untersuchung eine psychosomatische / somatoforme Erkrankung festgestellt, so ist - wie grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen - ein strukturiertes Beweisverfahren nach den in BGE 141 V 281 definierten Indikatoren vorzunehmen, welches auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen basiert (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6 ff.). Im Rahmen der interdisziplinären 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. 5.7

Im Weiteren ist vorliegend auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn besteht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Demnach kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass sie von der (...) Versicherung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (vgl. act. 17, Beilage 2) zugesprochen erhalten hat, nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 6

Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 30. November 2017 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen (E. 5.6.3) an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 7

Zu befinden bleibt 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. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Der nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Dispositiv: nächste Seite)

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