



Abteilung III
C-1380/2012

Urteil vom 10. Dezember 2013

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Elena Avenati-Carpani,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Karin Wagner.

Parteien

X._____,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA, Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2, Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente, Verfügung IVSTA vom 20. Februar 2012.

Sachverhalt:**A.**

Die am () 1950 geborene, verheiratete, deutsche Staatsangehörige X._____ war in den Jahren 1997 bis 2004 in der Schweiz als Informatikerin erwerbstätig und entrichtete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten 6). Am 24. Oktober 2006 meldete sie sich bei der Deutschen Rentenversicherung zum Bezug einer Invalidenrente an (Vorakten 1). Die Deutsche Rentenversicherung leitete diesen Antrag am 3. Februar 2007 (Vorakten 4) der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) weiter.

B.

Mit Vorbescheid vom 11. April 2008 (Vorakten 24) teilte die IVSTA X._____ mit, es liege keine anspruchsbegründende Invalidität vor, weshalb beabsichtigt werde, das Leistungsbegehren abzuweisen. Mit Schreiben vom 28. April 2008 (Vorakten 26) erhob X._____ gegen den Vorbescheid Einwand, welchen sie damit begründete, dass sie am 27. Februar 2008 (Vorakten 25) von der Deutschen Rentenversicherung rückwirkend per 1. Dezember 2006 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhalten habe.

C.

Mit Verfügung vom 19. Juni 2008 (Vorakten 28) wies die IVSTA das Leistungsbegehren von X._____ mangels anspruchsbegründender Invalidität ab.

Die IVSTA zog namentlich folgende Unterlagen medizinischen und wirtschaftlichen Inhalts bei: (1) die Fragebogen für Arbeitgebende vom 30. November 2007 (Vorakten 14) und vom 10. Dezember 2007 (Vorakten 16), (2) den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 8. Dezember 2007 (Vorakten 17), (3) den Fragebogen für den Versicherten vom 8. Dezember 2007 (Vorakten 18), (4) die ärztlichen Bescheinigungen von Dr. med. A._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 16. Oktober 2006, 27. Mai 2008 und 20. Juni 2007 (Vorakten 19, 29 und 31), (5) die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr. med. B._____, Internist und Allgemeinarzt, vom 7. Dezember 2007 (Vorakten 20) sowie seinen Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung vom 20. August 2007 (Vorakten 32), (6) das ärztliche Gutachten von Dr. C._____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, für die Deutsche Rentenversicherung vom 20. März 2007 (Vorakten 21), (7) die medizinische Stellungnahme

von Dr. med. D._____ vom medizinischen Dienst der IVSTA vom 6. März 2008 (Vorakten 23) und (8) das Gutachten von Dr. E._____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, für die Deutsche Rentenversicherung vom 8. November 2007 (Vorakten 35).

Die Ärzte diagnostizierten in den obgenannten Gutachten im Wesentlichen: eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) mit Übergang in Dysthymie (ICD-10 F34.1), eine reaktive depressive Entwicklung von leichtem Ausmass (ICD-10 F32.0), eine anankastische Persönlichkeit (ICD-10 F60.5), Angst gemischt mit Depression (ICD-10 F41.2), somatoforme Bauchschmerzen, Adipositas, Schlafstörungen und Schwindelattacken.

D.

Gegen die Verfügung vom 19. Juni 2008 (Vorakten 28) erhob X._____ im Verfahren C-4864/2009 (*im Folgenden: Beschwerdeführerin*) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Anlässlich der Vernehmlassung im Verfahren C-4864/2009 beantragte die IVSTA unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. med. F._____ des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 22. März 2009 (Vorakten 38) die Abweisung der Beschwerde, da bei der Beschwerdeführerin kein Leiden bestehe, welches eine relevante Arbeitsunfähigkeit oder eine Einschränkung im Haushalt verursache; einen Anspruch nach schweizerischem Recht aus der Zuspprechung einer Rente wegen Erwerbsminderung in Deutschland könne die Beschwerdeführerin nicht ableiten. Die Beschwerde wurde mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4864/2009 vom 8. März 2010 dahingehend gutgeheissen, als die Verfügung vom 19. Juni 2008 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, zwecks Vorname psychiatrischer Abklärungen und neuem Entscheid.

E.

Mit Schreiben vom 22. Juli 2010 (Vorakten 43) beauftragte die Vorinstanz Dr. med. G._____ die Beschwerdeführerin psychiatrisch zu untersuchen. Dr. med. G._____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 30. Januar 2011 (Vorakten 52) gestützt auf die ärztlichen Vorakten und seinen eigenen Untersuchungen einen Status nach mittelschwerer bis schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sowie eine leichte Schwerhörigkeit beidseits und attestierte im Gutachtenszeitpunkt eine 100% Arbeitsfähigkeit für nicht akustisch anspruchsvolle Tätigkeiten. Die Versicherte sei jedoch in der Zeit von März 2007 bis Sommer 2009 nicht arbeitsfähig gewesen. Aufgrund des fortge-

schrrittenen Alters von bald 61 Jahren sei sie heute kaum mehr in den Arbeitsprozess integrierbar.

F.

Mit Vorbescheid vom 20. Juli 2011 (Vorakten 74) teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit, gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 30. Januar 2011 (Vorakten 52), die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. H. _____ vom 7. März 2011, 1. April 2011 und 16. Juni 2011 (Vorakten 55 und 57 und 65), sowie den von der Beschwerdeführerin eingereichten Fragebogen zur Bestimmung des Status der Versicherten vom 11. Juli 2010 (Vorakten 71), bestünde ab 1. März 2008 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. Oktober 2009 kein Anspruch mehr auf eine Rente.

Gegen diesen Vorbescheid wendete die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 25. August 2011 (Vorakten 75) ein, sie verstehe nicht, warum entgegen der Meinung ihrer Ärzte nicht von einer Erwerbsunfähigkeit seit 1. Dezember 2006 ausgegangen werde. Die Vorinstanz erläuterte der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 5. September 2011 (Vorakten 76) die Ausführungen im Vorbescheid eingehend und gab ihr Gelegenheit, weitere Beweismittel einzubringen.

Am 5. Oktober 2011 übermittelte die Beschwerdeführerin (Vorakten 78) der Vorinstanz eine Stellungnahme ihrer Hausärztin Dr. med. B. _____ vom 5. Oktober 2011, welcher festhielt, seine Patientin sei infolge einer schon länger bestehenden, anhaltenden psychiatrischen Erkrankung auf Dauer nicht arbeitsfähig (Vorakten 77).

G.

Gestützt auf die Stellungnahme des ärztlichen Dienstes, Dr. H. _____, vom 14. November 2011 (Vorakten 80), verfügte die Vorinstanz am 20. Februar 2012 (Vorakten 82) die Ausrichtung einer Rente in Höhe von Fr. 402.- für die Zeit von 1. März 2008 bis 30. September 2009.

H.

Gegen die Verfügung vom 20. Februar 2012 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 9. März 2012 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (act. 1) und beantragte sinngemäss, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung, eine unbefristete Ausrichtung einer Invalidenrente ab dem Jahr 2007. Zur Begründung machte sie geltend, sie sei seit Ende

2006 in Deutschland berentet. Ein Arbeitsversuch im 2007 sei gescheitert. Sie sei weiterhin in Behandlung und sei nicht in der Lage zu arbeiten.

I.

Mit Vernehmlassung vom 5. April 2012 (act. 3) beantragte die Vorinstanz unter Verweis auf das Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 30. Januar 2011 (Vorakten 52) die Abweisung der Beschwerde.

J.

Mit Replik vom 16. Mai 2012 (act. 6) bestätigte die Beschwerdeführerin ihre Anträge und deren Begründung und brachte ergänzend vor, aufgrund andauernder Schmerzen und wiederkehrenden Darmentzündungen würde ihre Depression verstärkt. Wie sie als Informatikerin in einem extrem anspruchsvollen und hektischen Umfeld arbeiten solle, sei für sie nicht ersichtlich.

K.

Der mit Zwischenverfügung vom 23. Mai 2012 (act. 7) einverlangte Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.- ging am 11. Juni 2012 bei der Gerichtskasse ein (act. 10).

L.

Mit Duplik vom 29. Mai 2012 (act. 8) hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen und deren Begründung fest.

M.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Nach Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.3 Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Nachdem auch der Verfahrenskostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

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

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, so dass vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

Noch nicht zu beachten sind vorliegend die am 1. April 2012 für die Schweiz anwendbar gewordenen neuen EU-Verordnungen (insbesondere Verordnung [EG] Nr. 883/2004 und Verordnung [EG] Nr. 987/2009.

2.2 Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbare gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens – unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität – sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201).

Gemäss Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall ist.

Gemäss Art. 40 der Verordnung Nr. 574/72 hat der Träger eines Mitgliedstaates aber – wie dies die IVSTA getan hat – bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie Auskünfte der Verwaltung zu berücksichtigen, soweit sie rechtsgenüglich ins Verfahren eingebracht werden (vgl. Art. 32 VwVG).

2.3 Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht.

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen

und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 20. Februar 2012) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

Vorliegend ist auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung vom 21. März 2003 und den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, ausser diese hätten durch die mit dem auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) eine Änderung erfahren (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

3.

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentliche Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

3.1 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 (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen und der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

Den Akten kann entnommen werden, dass bei frühestmöglichem Anspruchsbeginn die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt war (act. IVSTA 6).

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die

Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (vgl. Art. 6 ATSG). 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 (vgl. Art. 7 ATSG).

Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern – wenn erforderlich – auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

3.4 Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2^{bis} Satz 1 IVG). Die

RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} Satz 2 und 3 IVG).

3.5 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

3.5.1 Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

3.5.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

3.5.3 Bezüglich 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Be-

richt oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E.3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

3.5.4 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 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

3.5.5 Auf Stellungnahmen eines RAD oder der ärztlichen Dienste kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person un-

tersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der Regionalärztliche Dienst (RAD) - respektive analog der Medizinische Dienst - 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. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines fest-stehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie von vornherein als unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008 [9C_24/2008] E. 2.3.2).

3.6 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht

invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4).

3.7 Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen, was für Staaten der EU der Fall ist.

3.8 Der Rentenanspruch nach Artikel 28 entsteht nach den Vorschriften der 4. IV-Revision frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Art. 29 Abs. 1 Bst. a IVG [4. IV-Revision, AS 2003 3837]) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG [4. IV-Revision]). Nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision haben Anspruch auf eine Rente Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG [5. IV-Revision]).

4.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA sich zurecht auf das neu einge-

holte Gutachten von Dr. med. G. _____ sowie die Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes, Dr. H. _____, abgestützt und der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente für die Zeit von März 2008 bis September 2009 zugesprochen hat.

4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend (act 1 und 6), dass sie regelmässig in ärztlicher Behandlung sei und ihr langjähriger behandelnder Arzt ausgesagt hätte, sie sei nicht arbeitsfähig sowie, die Tatsache, dass sowohl die deutsche Rentenversicherung als auch ihr ehemaliger Arbeitgeber ihr eine Rente ausrichten würden, würde zeigen, dass sie nicht arbeitsfähig sei.

4.2 Die IVSTA führt demgegenüber aus, der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. _____ (Vorakten 52) und der ärztliche Dienst, Dr. H. _____, (Vorakten 55 und 57) seien aufgrund der medizinischen Unterlagen zur übereinstimmenden Feststellung gelangt, dass bei der Beschwerdeführerin ab der Krankschreibung am 8. März 2007 aufgrund einer länger anhaltenden depressiven Episode schweren Grades eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand und somit nach Ablauf der einjährigen Wartezeit ab 8. März 2008 Anspruch auf eine ganze Rente bestanden habe. Jedoch habe Dr. med. G. _____ anlässlich seiner Begutachtung keine relevanten psychopathologischen Phänomene mehr feststellen können, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich bringen würden. Dr. med. G. _____ habe den Zeitpunkt des Eintritts der Besserung auf Sommer 2009 festgelegt und der beurteilende psychiatrische Dienst habe sich dieser Einschätzung angeschlossen. Der behandelnde Hausarzt habe in seinem Kurzattest nicht begründet, warum die Beschwerdeführerin nach Sommer 2009 noch immer arbeitsunfähig sein solle.

4.3 Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil C-4864/2008 vom 8. März 2010 festgestellt, dass aus den im Verfahren C-4864 ins Recht gelegten Gutachten, entnommen werden könne, dass die Beschwerdeführerin an Adipositas, Schwindelattacken und Schlafstörungen leiden würde, was jedoch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Betreffend der psychischen Beurteilung seien sich die Gutachter nicht einig, reiche die Diagnose doch von reaktiver depressiver Entwicklung von leichtem Ausmass bis zu einer schweren depressiven Episode mit Übergang in Dysthymie. Im Weiteren würde die Arbeitsunfähigkeit unterschiedlich eingeschätzt und deren Beurteilung sei auf die Rechtsgrundlage in Deutschland ausgerichtet, was für das Schweizerische Recht jedoch nicht genüge. Das Bundesverwaltungsgericht hielt fest, dass keines der bis

zum Urteilszeitpunkt vom 8. März 2010 vorhandenen Gutachten als Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin dienen könne.

4.4 Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob das zwischenzeitlich eingeholten Gutachten von Dr. med. G. _____ als Beurteilungsgrundlage herangezogen werden kann und ob die Schlussfolgerungen des RAD-Arztes schlüssig sind, sodass die Vorinstanz darauf abstellen konnte.

4.4.1 Dr. med. G. _____ lagen bei seiner Begutachtung vom 30. Januar 2011 (Vorakten 52) die folgenden ärztlichen Vorakten vor:

- Dr. C. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, hielt in seinem Gutachten vom 20. März 2007 fest, die Versicherte habe vom 1. Februar 2007 bis 8. März 2007 bei ihrem Schwager gearbeitet. Dr. C. _____ diagnostizierte eine depressive Reaktion auf chronische Belastungssituationen. Es habe sich aber keine eigenständige Krankheit entwickelt.
- Dr. med. B. _____, Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, diagnostizierte am 20. August 2007 Depression, Gastritis, HWS-Syndrom und Diverticulitis. Die Versicherte sei seit 8. März 2007 arbeitsunfähig.
- Verschiedene Kurzatteste von Dr. med. A. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und seit 15. Mai 2006 behandelnder Arzt der Beschwerdeführerin. Er diagnostizierte im Juni 2006 eine reaktive depressive Entwicklung und anankastische Persönlichkeitszüge. Im September 2007 spricht Dr. med. A. _____ von Dysthymie, Angst, gemischt mit Depression, Persönlichkeitsstörung, anankastische Primärpersönlichkeit und schildert eine geringe Belastbarkeit, Schlafstörung, depressive Grundstimmung, geringe Modulationsfähigkeit und zunehmende soziale Isolierung. Die Versicherte sei deswegen unfähig im Beruf tätig zu sein, die Symptomatik verstärke sich infolge Arbeitslosigkeit. Im Mai 2008 berichtet Dr. med. A. _____, die Versicherte leide an lang dauernder mittelschwerer bis schwerer Episode, welche es der Versicherten unmöglich mache, einer Arbeit nachzugehen. Am 14. April 2009 berichtet Dr. med. A. _____, die Versicherte leide an Dysthymie und einer depressiven, lang andauernden Episode, diese Double-Depression gehe mit einer Arbeitsunfähigkeit auf Dauer einher.

- Dr. med. E. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte am 31. Oktober 2007 schwere depressive Episode mit Übergang in Dysthymie und anankastische Persönlichkeitsstörung. Die Versicherte sei seit 8. März 2007 wegen Depression arbeitsunfähig und der Zustand verschlechtere sich.

Dr. med. G. _____ stützte sich weiter auf die Aussagen der Beschwerdeführerin sowie eigene Untersuchungen und Wahrnehmungen. In seinem mehrere Seiten umfassenden, ausführlichen psychiatrischen Gutachten setzte er sich eingehend mit den beklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin auseinander und diagnostizierte einen Status nach mittelschwerer bis schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sowie eine leichte Schwerhörigkeit beidseits. Er hielt fest, betrachte man die vorliegenden Akten und die anamnestische Schilderungen der Versicherten, so habe diese zwischen den Jahren 2007 und 2009 eine depressive Episode mit bis zu schwerem Ausmass durchgemacht mit deutlichem sozialem Rückzug, mit erheblicher Gewichtszunahme von 17kg, apathisch-gehemmter Depressivität, latenter Suizidalität, depressivem Gedankenkreisen- und Einengung und charakteristisch depressiven Befürchtungen bezüglich finanzieller Zukunft. Im Gutachtenszeitpunkt habe sich die Versicherte gut erholt. Die Versicherte habe erzählt, sie habe einen jungen Hund, mit welchem sie viel in die Natur gehe; es gehe ihr heute besser, sie sei ausgeglichener und leide nicht mehr unter jenen Selbstzweifeln und quälenden Gedanken wie sie ihren Alltag bewältigen könne, welche sie in ihrer depressiven Zeit gehabt hätte. Dr. med. G. _____ gibt an, es fänden sich keine relevanten psychopathologischen Phänomene mehr, die eine medizinisch-theoretische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich bringen würden. Rein psychiatrisch würde wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen, ausgeschlossen seien einzig akustisch anspruchsvolle Tätigkeiten.

Zusammenfassend kam der Gutachter zum Schluss, die Versicherte sei im Gutachtenszeitpunkt wieder medizinisch-theoretisch als Informatik- und Computeringenieur voll arbeitsfähig. Es müsse aber davon ausgegangen werden, dass die Versicherte ca. zwischen März 2007 und Sommer 2009 in erheblichem und in diesem Sinne krankheitswertigem Ausmass depressiv und nicht arbeitsfähig gewesen sei.

4.4.2 Der RAD-Arzt Dr. H. _____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm zum Gutachten wie folgt Stellung:

In seiner Stellungnahme vom 7. März 2011 (Vorakten 55) hielt er fest, die Beschwerdeführerin leide an schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2). Sie sei vom 8. März 2007 bis Sommer 2009 100% arbeitsunfähig gewesen. Ab Sommer 2009 habe in der ursprünglichen Tätigkeit als Informatik- und Computeringenieurin volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Hiervon ausgenommen seien wegen Hypakusis beidseits akustisch anspruchsvolle Tätigkeiten. Dr. H._____ weist darauf hin, ihm sei nicht ganz klar, warum Dr. med. G._____ in seiner Beurteilung vom 30. Januar 2011 diagnostisch nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung (F 33) ausgehe, denn auf Seite 6 des genannten Gutachtens stelle er fest, dass die Versicherte zu Beginn des Jahres 2004 zum ersten Mal in erheblichem Ausmass depressiv geworden sei und einen Psychiater aufgesucht habe.

Dr. H._____ hielt am 1. April 2011 auf entsprechende Anfrage der Vorinstanz fest, aufgrund fehlender Information lasse sich nicht feststellen, wann genau erstmals eine depressive Episode bei der Versicherten aufgetreten, wann Remission eingetreten, wann die volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt worden sei und ob weitere Krankheitsepisoden aufgetreten seien. Dr. med. G._____ spreche in seinem Gutachten vom 30. Januar 2011 lediglich davon, dass die Versicherte erstmals 2004 in erheblichem Ausmass depressiv gewesen sei. Daraus ergäbe sich in Abweichung vom Gutachten von Dr. med. G._____ unter Berücksichtigung der depressiven Episode von März 2007 bis Sommer 2009 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung.

Auf Anfrage der Vorinstanz erklärte Dr. H._____ am 16. Juni 2011, die Versicherte sei ab Juni 2009, mit Ausschluss akustisch anspruchsvollen Tätigkeiten, uneingeschränkt arbeitsfähig. Für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei nicht so entscheidend, ob bereits früher eine depressive Episode bestanden habe oder nicht. Nach anamnestischen Angaben habe sich die Versicherte aber 2004 wegen eines Nervenzusammenbruchs in nervenärztliche Behandlung begeben, sodass man dieses wohl vermuten müsse. Nähere Angaben hierzu würden nicht vorliegen. Nach Begutachtung von Dr. med. G._____ müsse die Diagnose lauten: rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert (F 33.4). Bei der Tätigkeit vom 1. Februar 2007 bis 7. März 2007 handle es sich nicht um einen Arbeitsversuch, sondern um eine reguläre Arbeitsstelle.

4.4.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B._____, Internist und Allgemeinarzt erklärte in seinem Kurzattest vom 5. Oktober 2011,

infolge einer schon länger bestehenden anhaltenden psychiatrischen Erkrankung sei seine Patientin auf Dauer arbeitsunfähig.

4.4.4 Dr. med. G. _____ und Dr. H. _____ sind sich hinsichtlich der Diagnose nicht ganz einig. Dr. med. G. _____ diagnostizierte einen Status nach mittelschwerer bis schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), wohingegen Dr. H. _____ von einer rezidivierenden depressiven Störung zuletzt schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 33.2) ausgeht (vgl. Stellungnahme vom 7. März 2011, Vorakten 55). Dr. H. _____ erklärte diese Abweichung in der Diagnostik in seiner Stellungnahme vom 1. April 2011 damit, dass aufgrund fehlender Informationen sich nicht feststellen lasse, wann genau erstmals eine depressive Episode bei der Beschwerdeführerin aufgetreten, wann Remission eingetreten und Arbeitsfähigkeit wiedererlangt worden sei und ob weitere Krankheitsepisoden aufgetreten seien.

Somit muss davon ausgegangen werden, dass nicht genügend Informationen zur Krankengeschichte der Beschwerdeführerin vorliegen und diese im Nachhinein auch nicht mehr vollständig rekonstruiert werden kann. Wie zu zeigen sein wird, hängt es im vorliegenden Fall nicht davon ab, ob die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung oder an einem Status nach mittelschwerer bis schwerer depressiven Episode ohne psychotische Symptome litt.

4.4.5 Die Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin ab 8. März 2007 nicht mehr arbeitsfähig war, ist nachvollziehbar, zumal zu diesem Zeitpunkt die Beschwerdeführerin ihre Arbeit niederlegen musste und krankgeschrieben wurde (vgl. Vorakten 20), da sie depressiv war (vgl. Arztbericht von Dr. C. _____ vom 16. März 2007, Vorakten 21) und sich daraus eine schwere depressive Episode mit Übergang in Dysthymie entwickelte (vgl. Arztbericht von Dr. med. E. _____ vom 31. Oktober 2007).

4.4.6 Zu untersuchen ist im Folgenden, ob diese Beschwerden der Beschwerdeführerin invalidisierend waren.

Das Bundesgericht hat verschiedentlich festgehalten, dass eine Dysthymie nach der im gebräuchlichen ICD-Klassifikationssystem enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung ist, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen und daher in der Regel nicht invalidisierend

ist. Ausnahmen können vorliegen, wenn eine Dysthymie zusammen mit anderen Befunden z.B. einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftreten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2011 vom 16. Oktober 2012, mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts 9C_605/2012 vom 23. Januar 2013, mit Hinweisen).

Dr. med. A. _____ diagnostiziert in seinem Bericht vom 10. September 2007 neben Dysthymie eine Depression (F 41.2), Persönlichkeitsstörung und anankastische Primärpersönlichkeit (F60.5). Die psychiatrische Erkrankung der Beschwerdeführerin verschlechterte sich, gemäss medizinischen Gutachten von Dr. med. G. _____ (Vorakten 52) zu einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2). Dr. H. _____, RAD-Arzt, geht gar von einer rezidivierenden depressiven Störung mit zuletzt schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (F 33) aus. Somit ist davon auszugehen, dass die psychiatrischen Beschwerden der Beschwerdeführerin vom Ausmass und, wie zu zeigen sein wird, auch von der Dauer her invalidisierend waren.

4.4.7 Im Folgenden ist zu untersuchen, wie lange die invalidisierenden Beschwerden anhielten und ab wann die Beschwerdeführerin wieder arbeitsfähig war.

Dr. med. G. _____ stellte anlässlich seiner Begutachtung vom 30. Januar 2011 (Vorakten 52) fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin keine relevanten psychopathologischen Phänomene mehr finden lassen würden und die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig sei. Diese Beurteilung ist nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin selber angab (Gutachten S. 7), sie habe ihren sozialen Rückzug beendet und gedenke wieder als Fastnächterin aktiv zu sein. Es gehe ihr besser, sie sei ausgeglichener und leide nicht mehr unter jenen Selbstzweifeln und quälenden Gedanken, welche sie in ihrer depressiven Zeit gehabt habe. Die Beschwerdeführerin geht somit selber davon aus, dass sie die depressive Zeit überwunden hat.

Hingegen ist nicht ersichtlich, worauf sich Dr. med. G. _____ bei seiner Annahme stützte, die Beschwerdeführerin sei ab Sommer 2009 wieder arbeitsfähig gewesen, da dies weder aus seinem Gutachten noch aus den Vorakten ersichtlich ist. Aus den Akten ist einzig ersichtlich, dass Dr. med. A. _____ der Beschwerdeführerin in seinem Kurzattest vom 16. April 2009 eine 100% Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Somit steht nicht eindeutig fest, ab welchem genauen Zeitpunkt die Beschwerdeführerin

wieder arbeitsfähig war. Aus diesem Grund müsste die Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen werden. Da jedoch wie Dr. H._____ festhielt, keine hinreichenden Informationen bestehen, um den Endzeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit genau festlegen zu können und davon auszugehen ist, dass auch bei erneuter Abklärung keine weiteren Informationen ausfindig gemacht werden können, ist eine Rückweisung an die Vorinstanz nicht sinnvoll. Vielmehr kann diese Frage, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, offen gelassen werden, weil sie nicht mehr invaliditätsrelevant ist.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin war bei Aufgabe der letzten Arbeit (8. März 2007) 56½ Jahre alt und Ende 2009 59 Jahre alt. Selbst wenn ihr mit der Vorinstanz nach dem 30. September 2009 eine zumindest theoretische invaliditätsausschliessende Arbeitsfähigkeit attestiert würde, hätte die Vorinstanz prüfen müssen, ob die Beschwerdeführerin angesichts ihres fortgeschrittenen Alters und der vorliegenden Umstände nach der allgemeinen Lebenserfahrung noch in einem als ausgeglichen verstandenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG) als vermittelbar gelten kann (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4.). Diese Prüfung unterliess die Vorinstanz und wird nachfolgend nachgeholt.

5.2 Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276 und seitherige Entscheide). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203 E. 5.1 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007). Von einer Arbeitsgelegenheit kann dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vorneherein als ausgeschlossen erscheint (ZAK 1991 S. 318 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 9C_854/2008 vom 17. Dezember 2008 E. 2.1).

5.3 Das fortgeschrittene Alter wird in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt würde. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, die Ausbildung, den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4.1, 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2, I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 und I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.1).

Die Beschwerdeführerin war mehrere Jahre in ihrem angestammten Beruf als Informatikerin tätig, bis ihr im Jahre 2004 gekündigt wurde. Sie bemühte sich danach vergeblich um eine andere Arbeitsstelle, bis sie von 1. Februar 2007 bis 8. März 2007 als Sachbearbeiterin Innendienst tätig war. Diese Stelle musste sie jedoch krankheitsbedingt verlassen. Die Beschwerdeführerin war somit bis Sommer 2009 während ca. fünf Jahren nicht auf dem Gebiet der Informatik tätig, was bei diesem Fachgebiet, mit seinen immer wieder wechselnden und sich rasant entwickelnden technologischen Veränderungen eine lange Dauer ist, womit davon ausgegangen werden muss, dass sich die Beschwerdeführerin zuerst wieder auf den neusten Wissensstand bringen müsste, was mit einer längeren Einarbeitungszeit verbunden wäre. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, welche Tätigkeit die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2007 bis 8. März 2007 ausübte, aber selbst wenn sie für ca. einen Monat in der Informatik tätig gewesen wäre, hätte diese Zeit nicht gereicht, um sich wieder auf den neusten Wissensstand zu bringen. Hinzukommt, dass die Beschwerdeführerin mehrere Jahre krankheitsbedingt arbeitsunfähig war.

5.4 Es ist daher davon auszugehen, dass ein potentieller Arbeitgeber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wegen der beschränkten Aktivitätsdauer von ca. 5 Jahren bis zur ordentlichen Pensionierung, der langen Abwesenheit im angestammten Beruf, der möglicherweise notwendigen Weiterbildung und der langen Einarbeitungszeit eine Einstellung als nicht

wirtschaftlich eingeschätzt hätte (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_979/2009 E. 4 und I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.3. m.H.).

5.5 Die Beschwerdeführerin ist aus diesen Gründen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung als in einem ausgeglichenen theoretischen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar und somit auch nach Sommer 2009 als vollständig erwerbsunfähig einzustufen, da ihre medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar ist.

6.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin entgegen der Vorinstanz auch nach dem 30. September 2009 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Die Beschwerde vom 9. März 2012 ist gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2012 ist in dem Sinne abzuändern, als dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2008 und ohne zeitliche Begrenzung Anspruch auf eine ordentliche ganze Invalidenrente hat.

7.

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

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Weil die Beschwerdeführerin obsiegt, ist ihr im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.- ist ihr nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Weder die Vorinstanz als Bundesbehörde (vgl. BGE 127 V 205), noch die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin – da aus den Akten nicht ersichtlich ist, dass dieser unverhältnismässig hohe Kosten entstanden wären – haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**1.**

Die Beschwerde vom 9. März 2012 wird gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2012 wird dahingehend geändert, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2008 Anspruch auf eine ordentliche ganze Invalidenrente hat.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der bereits geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 400.- nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Karin Wagner

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: