



---

Abteilung III  
C-6006/2016

## Urteil vom 21. Februar 2019

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richterin Caroline Gehring, Richterin Viktoria Helfenstein,  
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

IV, berufliche Massnahmen / Invalidenrente;  
Verfügung IVSTA vom 25. August 2016.

**Sachverhalt:****A.**

A.\_\_\_\_\_, geboren am (...) 1969 (*nachfolgend*: Versicherte oder Beschwerdeführerin), ist deutsche Staatsangehörige mit rumänischen Wurzeln und wohnt in Deutschland. Sie ist verheiratet und hat zwei Söhne (geb. 2001 und 2006). Sie arbeitete von 1. Februar 2010 bis 31. Mai 2014 als Grenzgängerin bei der B.\_\_\_\_\_ GmbH in (...) als Haartransplantations-technikerin und leistete Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten der IV-Stelle [IV] 58.1-6, 61, 63-65).

**B.**

**B.a** Am 23. Mai 2014 stellte sie via die Krankentaggeldversicherung (*nachfolgend*: KTGv) bei der Sozialversicherungsanstalt C.\_\_\_\_\_, IV-Stelle (*nachfolgend*: IV-C.\_\_\_\_\_), wegen einer seit 16. Dezember 2013 bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit einen Leistungsantrag für Berufliche Integration/Rente. Sie machte als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Wesentlichen starke Schmerzen und Kraftlosigkeit in beiden Händen und Fingern geltend (IV 63-65).

**B.b** Die IV-C.\_\_\_\_\_ holte bei den behandelnden Ärzten und der früheren Arbeitgeberin Unterlagen ein (IV 46, 55, 58-60) und nahm mit der Versicherten telefonisch Kontakt auf (IV 57). Mit Vorbescheid vom 18. August 2015 teilte sie der Versicherten mit, gestützt auf die Abklärungen ihres regionalärztlichen Dienstes (*nachfolgend*: RAD) bestünden symptomatisch gut behandelbare Beschwerden ohne gravierende Arbeitsunfähigkeit. Eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit in der letzten Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar. Es liege somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, weshalb die Kriterien für einen Leistungsanspruch nicht erfüllt seien. Das Leistungsbegehren werde deshalb abgewiesen (IV 43).

**B.c** Am 15. September 2015 reichte die Versicherte bei der IV-Stelle ihren Einwand und eine weitere medizinische Dokumentation ein (IV 37, 39). Sie verwies darauf, dass sie in ihrer letzten Tätigkeit, in welcher sie intensiv mit ihren Händen habe arbeiten müssen, weiter zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie beantragte die Gewährung einer Umschulung, bei welcher die Hände nicht belastet würden.

**B.d** Die IV-C.\_\_\_\_\_ holte in der Folge bei der Versicherten einen Fragebogen „Ergänzende Fragen im Hinblick auf eine mögliche Eingliederung“

vom 22. Oktober 2015 (IV 34) und auf Veranlassung von Dr. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine innere Medizin, vom RAD (IV 4.6) ein bidisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie ein. Die Begutachtungen fanden am 22. März 2016 (Psychiatrie) und am 29. März 2016 (Rheumatologie) statt. Mit Vorbescheid vom 27. Juli 2016 stellte die IV-C. \_\_\_\_\_ der Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen. Sie begründete dies damit, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, bei verminderter Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule. Für die letzte Tätigkeit als Haartransplantations-technikerin und alle angepassten Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Belastungsprofil: Alle LWS-schonenden Tätigkeiten mit einer Gewichtslast von 12,5 kg für das Hantieren von Lasten). Es habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. In der Haushaltstätigkeit bestehe gemäss Gutachten keine Einschränkung (IV 19).

**B.e** Die Versicherte erhob gegen diesen Bescheid am 5. August 2016 einen Einwand und beantragte wiederum die Gewährung von Umschulungsmassnahmen. Sie verwies darauf, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung der Hände ihre letzte Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin und ihren Beruf als Kosmetikerin nicht mehr ausüben könne, ohne Ausbildung für eine andere Tätigkeit keine Stelle erhalte und auch im Haushalt erhebliche gesundheitliche Einschränkungen bestünden. Gleichzeitig beantragte sie Akteneinsicht bezüglich der eingeholten Gutachten (IV 12).

**B.f** Die IV-C. \_\_\_\_\_ übermittelte der Versicherten am 10. August 2016 aufforderungsgemäss die eingeholten Gutachten (IV 11). Am 17. August 2016 nahm Dr. D. \_\_\_\_\_ vom RAD nochmals Stellung (IV 4.8). Mit Verfügung vom 25. August 2016 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: Vorinstanz oder IVSTA) das Leistungsbegehren mit im Wesentlichen derselben Begründung wie im Vorbescheid ab und führte aus, im Einwand seien keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht worden, die eine Änderung der bisherigen Leistungsbeurteilung, welche sich auf die aktuellen eingeholten Gutachten stützten, erforderlich machen würden (IV 8).

### **C.**

**C.a** Mit Eingabe vom 28. September 2016 (Poststempel) erhob die Beschwerdeführerin beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde und beantragte sinngemäss die Prüfung ihres Leistungsanspruchs, insbesondere

die Durchführung von Umschulungsmassnahmen. Zur Begründung beschrieb sie ihre frühere Tätigkeit und die Erkrankung ihrer Hände, und führte aus, weshalb sie diese Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Sie gab weiter an, dass die bisherige Tätigkeit wegen des stundenlangen Sitzens auch wegen der Rückenbeschwerden nicht mehr möglich sei. Sie rügte zudem sinngemäss, eine angiologische Untersuchung habe bei der Begutachtung nicht stattgefunden und eine Auseinandersetzung mit den Beurteilungen des Gefässzentrums der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, wonach die behandelnden Ärzte die weitere Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin oder Kosmetikerin ausschliessen, fehle im rheumatologischen Gutachten. Es werde auch nicht klar, inwiefern die Schmerzsituation gemäss der Gutachterin behandelt werden sollte. Sie äusserte sich weiter zu den Ausführungen im Gutachten zur Haushaltstätigkeit und der Mithilfemöglichkeit ihrer Kinder. Ergänzend verwies sie darauf, dass sie vor der psychiatrischen Begutachtung ausnahmsweise ein vermeintlich pflanzliches Beruhigungsmittel (mit einem darin offenbar enthaltenen Barbiturat) eingenommen habe, was die Ergebnisse der Laboruntersuchungen erkläre (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

**C.b** Am 24. Oktober 2016 ging beim Bundesverwaltungsgericht der auferlegte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ein (B-act. 3).

**C.c** In ihrer Vernehmlassung vom 23. November 2016 verwies die Vorinstanz auf die eingeholte Stellungnahme der IV-C.\_\_\_\_\_ und beantragte, die Beschwerde sei abzuweisen. Die IV-C.\_\_\_\_\_ zitierte am 18. November 2016 die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_\_ des RAD vom 16. November 2016 (IV 0.4-6) und führte aus, die Beschwerde und die eingereichten medizinischen Unterlagen seien nicht geeignet, die bisherige versicherungsmedizinische Leistungsbeurteilung in Frage zu stellen (B-act. 5, 5.1).

**C.d** Da die Beschwerdeführerin sich zur am 1. Dezember 2016 übermittelten Vernehmlassung der Vorinstanz (B-act. 6) nicht vernehmen liess, schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 31. Januar 2017 ab (B-act. 8).

#### **D.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie auf die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

**1.2** Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

**1.3** Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die sie betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

**1.4** Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

### **2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

**2.2** Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton C.\_\_\_\_\_ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in (...), Deutschland, Wohnsitz hatte, war die IV-C.\_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 25. August 2016 zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **3.**

**3.1** Nachfolgend ist das anwendbare Recht zu prüfen:

**3.1.1** Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

**3.1.2** Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

**3.1.3** Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte demnach keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens – un-

ter 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, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

**3.2** In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 25. August 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden – falls nichts Gegenteiliges vermerkt – die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

**4.2** Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und

vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

**4.3** Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

**4.4** 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

## 4.5

**4.5.1** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und soweit die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem gemäss Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe).

**4.5.2** Nach Ziff. 9 Bst. o) Ziff. 1 Abschnitt A Anhang II FZA gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf *Eingliederungsmassnahmen* und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist der Bezug von Arbeitslosengeldern im Wohnland der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz gleichgestellt (BGE 132 V 53 E. 6.6). Die im Anhang II FZA hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen vorgesehene Verlängerung der Versicherung endet insbesondere spätestens in dem Zeitpunkt, in welchem der Fall durch Zusprechung einer Rente definitiv abgeschlossen wird, die Eingliederung erfolgreich durchgeführt wurde, eine Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufgenommen wird oder Arbeitslosengelder im Wohnland bezogen werden (BGE 132 V 244 E. 6.4.1; vgl. auch Urteile des BVGer C-2800/2011 vom 4. November 2014 E. 3.4.4 und C-196/2010 vom 19. Juli 2011 E. 4.3 f.).

## 4.6

**4.6.1** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und

auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Als weitere Anspruchsbedingung muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei (vollen) Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Ist in der Schweiz eine Beitragsdauer von mindestens einem Jahr erfüllt, jedoch nicht die dreijährige Beitragsdauer, so sind allfällige Versicherungszeiten in einem EU- oder EFTA-Staat anzurechnen (vgl. Rz. 2023.1 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung vom 1. Januar 2010 [KSVI, Fassung gültig ab 1. Januar 2014]). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

**4.6.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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 (Art. 4 und 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

**4.6.3** Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (vgl. Art. 28a IVG: siehe hiernach auch 4.7.4). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 97 V 241; 125 V 146 E. 2c). Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (BGE 141 V 15 E. 3.1; 137 V 334 E. 3.2 m.w.H.).

## **4.7**

**4.7.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

**4.7.2** 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, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

**4.7.3** 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung 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 EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den 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, m.w.H.). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheidungen, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

**4.7.4** Um feststellen zu können, in welchem Masse eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es in der Regel einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1, sowie Urteile des Bundesgerichts 9C\_121/2011 E. 3.1.1, 8C\_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Eine Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen im Haushalt ist von einer qualifizierten Person zu verfassen und hat in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erfolgen. Ebenso muss der Bericht plausibel und begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein (*statt vieler*: Urteil des EVG I 568/04 vom 16. Februar 2005 E. 4.2.1 mit Hinweisen, BGE 130 V 97; vgl. für im Ausland wohnende Versicherte: Urteil des BVGer C-4121/2017 E. 3.7.4).

## 5.

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher der Antrag der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere ihr Antrag auf Umschulung, abgewiesen wurde.

**5.1** Die Vorinstanz begründet die Abweisung des Leistungsanspruchs damit, dass "kein invalidisierender Gesundheitsschaden bei verminderter Belastbarkeit und Beschwerden der LWS" vorliege. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer letzten Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin und in „allen angepassten Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt“ zu 100 % arbeitsfähig (bei einem Belastungsprofil von allen LWS-schonenden Tätigkeiten mit einem Gewichtslimit von 12.5 kg für das Hantieren mit Lasten). Es habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. In der Haushaltstätigkeit bestehe keine Einschränkung (IV 8).

**5.2** Die Beschwerdeführerin rügt, die Vorinstanz habe den Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Insbesondere könne sie ihre bisherige Tätigkeit als Haartransplantationstechnikerin und auch ihren erlernten Beruf als Kosmetikerin wegen ihrer von den Händen ausgehenden Beschwerden, aber

auch der Rückenprobleme, die Zwangshaltungen (stundenlanges Sitzen) verunmöglichten, nicht mehr ausüben. Sie verwies dabei auf die Beurteilung der behandelnden Spezialisten der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, insbesondere des Gefässzentrums. Sie rügte, eine angiologische Untersuchung (mit den spezifischen Untersuchungen zum Raynaud-Syndrom) sei durch die Gutachterin nicht erfolgt und die beurteilenden Ärzte hätten sich nicht genügend mit den spezialärztlichen Bescheiden zur Situation ihrer Hände auseinandergesetzt. Auch was die Beurteilung zur Haushaltführung betreffe, sei diese nicht nachvollziehbar, sie habe allein ein Haus zu versorgen, ihr Ehemann sei ausgezogen und ihre Kinder seien 10 und 15 Jahre alt, weshalb weder ihr Ehemann noch ihre Kinder sie durch Heben schwerer Lasten entlasten könnten (B-act. 1).

**5.3** Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin mehr als 36 Monate in der Schweiz bei der B.\_\_\_\_\_  
GmbH (IV 58.1, 58.6) und zuvor in Rumänien und in Deutschland gearbeitet hat (vgl. IV 25.2-3), weshalb sie grundsätzlich die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung erfüllt (siehe zu einem allfälligen IV-Rentenanspruch hinten E. 7.2). Im Hinblick auf die Prüfung, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hat, geht aus den Akten nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitraum bis zum 25. August 2016 (Verfügungsdatum, oben E. 3.2) in Deutschland eine (Teilzeit-)Arbeitsstelle angetreten oder sich bei der deutschen Arbeitslosenversicherung angemeldet hätte; sie hat einzig gegenüber der IV-C.\_\_\_\_\_ angegeben, sie habe sich erfolglos beworben (vgl. IV 12). In einer Telefonnotiz vom 4. Juli 2014 hat die IV-C.\_\_\_\_\_ festhalten, eine Frühinterventions-Unterstützung sei nicht angezeigt, ohne dies jedoch weiter zu begründen (vgl. IV 4.2 und 57). Im Oktober 2014 teilte die Versicherte der IV-C.\_\_\_\_\_ mit, sie habe sich nicht beim Amt für Arbeit in Deutschland angemeldet (Eingang bei der IV-C.\_\_\_\_\_ am 28.10.2014; IV 49.2). Hinweise auf durchgeführte niederschwellige Massnahmen nach IVG – wie beispielsweise ein Erstgespräch bei der IV-Stelle oder der Beizug der Berufsberatung – finden sich in den Akten nicht, obwohl die Beschwerdeführerin mehrfach Umschulungsmassnahmen beantragte und auch die Gutachterin Dr. F.\_\_\_\_\_ zu Handen der IV-C.\_\_\_\_\_ ausführte, die Eingliederung könne ab sofort auf die übliche Art erfolgen (IV 23.58 Ziff. 12.2). Die Frage, ob die IV-C.\_\_\_\_\_ vorliegend für Eingliederungsmassnahmen, insbesondere Berufsberatung oder allfällige Umschulungsmassnahmen zuständig ist/war (oder die Zuständigkeit an Deutschland übergegangen ist; vgl. hierzu oben E. 4.5.2), kann

aber – im Hinblick auf den Ausgang des Verfahrens – vorliegend offen bleiben.

Zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitraum bis zum Entscheid der IVSTA vom 25. August 2016 in einem Mass in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, dass ein Leistungsanspruch der Invalidenversicherung resultierte.

**5.4** Es liegen für das vorliegende Verfahren im Wesentlichen folgende medizinischen Beurteilungen der behandelnden Ärzte vor.

**5.4.1** Der Hausarzt Dr. G. \_\_\_\_\_ berichtete der KTGv am 13. März 2014, die Patientin klagt über Schmerzen der Hände, der Finger und verschiedener Gelenke bei Bewegung und speziell in Kälte. Es bestehe der Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung, Kollagenose oder ein Morbus Raynaud. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei noch nicht absehbar, eine Arbeitsplatzberatung sei sicher nicht von Nachteil (IV 55.18).

Am 8. Juli 2014 führte Dr. G. \_\_\_\_\_ zu Handen der IV-C. \_\_\_\_\_ aus, er behandle die Patientin zusammen mit dem Internisten Dr. H. \_\_\_\_\_ (vgl. Sonographie des Abdomens vom 4.7.2014 [IV 55.19]) und hielt als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Raynaud-Syndrom unklarer Genese unter Ausschluss einer rheumatologischen Systemerkrankung, Schmerzen Hand/Oberarme/Schultern, ein degeneratives LWS-Syndrom, Erschöpfung, psychosoziale schmerzverstärkende Funktionen und Faktoren fest und verwies auf die fachärztlichen Berichte der Universitätsklinik E. \_\_\_\_\_ (Rheumatologie und interdisziplinäres Schmerzzentrum, unten E. 5.4.5 f.) und der Klinik I. \_\_\_\_\_ (E. 5.4.4). Es bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Haartransplantologin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Dezember 2012 (*recte wohl*: 2013, vgl. IV 58.11-7) wegen einer schmerzhaften Bewegungsstörung der Finger mit Einschränkung der Beweglichkeit. Diese Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Betreffend Wiederaufnahme einer behinderungsangepassten Tätigkeit verwies er auf noch offene Ergebnisse der Behandlung der Schmerzambulanz (IV 55.1-4).

In seinem Bericht vom 20. April 2015 führte Dr. G. \_\_\_\_\_ ausser den bekannten Diagnosen ergänzend Flankenschmerzen, ein abdominales Nervensyndrom, einen invasiven Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit (KHK), eine Hypothyreose, einen Zustand nach Cholezystektomie (Gallen-

blasenentfernung) und einen Verdacht auf beginnendes Karpaltunnelsyndrom auf. Gegenwärtig werde eine Substitutionsbehandlung der Hypothyreose und Morbus Raynaud sowie Vitamin D-Mangelzustand durchgeführt. Er verwies auf den Bericht zum stationären Aufenthalt für gastroenterologische Abklärungen vom Januar 2015 (E. 5.4.7). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Arbeit in der Kälte) könne die Patientin wegen des Raynaud-Syndroms nicht mehr ausüben (IV 46.1-4).

**5.4.2** Der Orthopäde Dr. J. \_\_\_\_\_ führte am 12. Juni 2014 zu Händen der IV-C. \_\_\_\_\_ aus, die Patientin habe seit Jahren Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) und den Fingergelenken bei deutlichen Funktionsstörungen in der LWS und einer Rekl-/Inklinationsstörung ohne neurologische Ausfälle (chronisches LWS-Syndrom, Bandscheibenprotrusion L5/S1), eher zunehmend. An beiden Händen bestehe eine endgradige Bewegungseinschränkung der Finger bei einer Heberdenarthrose in den Fingergelenken beidseits, alles seit 30. September 2013. Weiter stellte er die Nebendiagnose Morbus Raynaud mit Funktionsstörungen in der Fingerbeweglichkeit. Es bestehe eine reduzierte Arbeitsfähigkeit im Berufsfeld der Patientin wegen der Funktionsstörung der Finger und der Lendenwirbelsäule (IV 60.3).

**5.4.3** In seinem Bericht vom 14. März 2014 schloss der Neurologe Dr. K. \_\_\_\_\_ nach Durchführung einer Elektroneurographie ein Karpaltunnel- und ein Sulcus-ulnaris-Syndrom aus (IV 55.14).

**5.4.4** Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Hämatologie und internistische Onkologie, Chefarzt der Klinik I. \_\_\_\_\_, berichtete am 1. April 2014 über die Untersuchung vom 26. März 2014. Er diagnostizierte ein Raynaud-Syndrom unklarer Genese (ED 2013, progredient) bei Verdacht auf Rheumaerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis (bei aktuell negativen Kälteagglutininen). Die Patientin sei im Bereich der Haartransplantation in kalten Räumen arbeitstätig. Es bestehe eine ungünstige Position bei der Arbeit. Sie leide seit zwei Jahren unter Kribbeln in den Fingern und eingefrorenen Händen bei der Arbeit. Es sei eine neurologische Abklärung und im Februar 2014 eine angiologische Untersuchung in der Universitätsklinik E. \_\_\_\_\_ erfolgt. Der Allen-Test (Test zur Prüfung der Durchblutung der Handarterien) sei beidseits deutlich verzögert. Die Bestimmung der Kälteagglutinine bei der durchgeführten Laboruntersuchung habe einen unauffälligen Befund ergeben (IV 55.15-17).

**5.4.5** Am 2. Juni 2014 stellten Prof. Dr. M.\_\_\_\_\_, Dr. N.\_\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_\_, Rheumatologie und Klinische Immunologie der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, die Diagnosen Verdacht auf Raynaud-Syndrom (Erstdiagnose 02/2014), Hypovitaminose D, Hashimoto-Thyreoiditis, Zustand nach Cholezystektomie 2012, Zustand nach Hepatitis A in der Kindheit, Tuberkulosestatus: Pleurakuppenschwielen im Röntgenthorax und unauffälliger Immunoglobulinstatus. Aufgrund der aktuell erhobenen Befunde ergebe sich kein Hinweis auf eine rheumatologische Grunderkrankung. Gegebenenfalls könne noch eine Bestimmung der Kälteagglutinine erfolgen, allerdings habe sich aktuell keine Anämie beziehungsweise Hämolyse gezeigt. Die Ärzte empfahlen weitere Abklärungen in somatischer Hinsicht. Symptomatisch könne Nitrosalbe (Applikation auf die Fingerspitzen) versucht werden, zudem gegebenenfalls eine niedrigdosierte Therapie mit Amlodipin. Generell sollten Raynaud-Attacken mit Kleidung bis zum Handgelenk, Taschenwärmern und beheizbaren Handschuhen zu vermeiden versucht werden (IV 55.9-11).

Im Bericht der Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie vom 17. November 2015 finden sich weiterhin die aktuellen Hauptdiagnosen

- primäres Raynaud-Syndrom (Differenzialdiagnose: sekundär; Erstdiagnose 02/2014, Erstmanifestation ca. 2012 [als] ICD-10 I73.0 [Raynaud-Syndrom])
  - bei ANA neg, ENA neg, Kälteagglutinine neg, RF neg, antiCCP neg., ANCA neg;
  - bei Kapillarmikroskopie: rechte und linke Hand: Kapillardichte normal bis gering reduziert, keine Kaliberschwankungen, keine verzweigte Kapillaren, keine Megakapillaren, jedoch multiple Ektatische, keine Mikroblutungen;
  - bei Lichtreflexrheografie nach Kälte: 1,20 min 20 in Eiswasser beidseits, an allen Fingern reduzierte Amplituden, > bereits nach 10 sec starke Schmerzen; nach 1 min 20 Abbruch bei intolerablen Schmerzen in den Händen mit Ausdehnung über die ganzen Arme sowie abdominelle Schmerzen;
  - bei Arthralgien der kleinen Gelenke;
- Hypovitaminose D;
- Hashimoto-Thyreoiditis.

Der Konsultationstermin sei notfallmässig wegen Raynaud-Beschwerden an Händen und Füssen vorverschoben worden. Die Finger würden nicht weiss, aber livide (bläulich verfärbt, blass); bei Stress oder Aufregung schmerzten die Finger. Gelenkschwellungen träten nicht auf. Die livide Verfärbung trete auch beim Fassen in den Kühlschrank auf, die Patientin trage dann Handschuhe. In Ruhe und Wärme schmerzten die Finger nicht. Die Schmerzen in den Fingern träten auch bei Hausarbeiten auf, viele Dinge würden ihr aus den Händen fallen, sie spüre nicht genau, was sie in der Hand habe, die Kraft fehle. Die Schmerzen kämen periodisch, der letzte Schub sei am letzten Sonntag gekommen. An den Fingerkuppen gab es keine offenen Stellen, die Fingerkuppen seien "wie betäubt". Die Finger würden auch kribbeln wie tausend Ameisen. Im Bereich der Füsse habe die Patientin Beschwerden wie an den Händen. Sie bewege sich viel, beim Laufen träten auch Fusschmerzen auf, vor allem bei Kälte. Manchmal ertrage sie die Bettdecke kaum. Wärme und Entspannung linderten die Schmerzen. Nitro-Anwendung lindere nicht. Schmerztabletten (Ibuprofen) würden nicht helfen. Cortison habe sie nie genommen, möchte sie auch nicht. Weiter wurde auf den bekannten Bandscheibenvorfall sowie die bisherigen Behandlungen und Abklärungen verwiesen. In der Beurteilung wird ausgeführt, anamnestisch und klinisch sowie serologisch gebe es keine Hinweise auf eine Kollagenose oder Arthritis. Auch die fehlenden Megakapillaren sprächen gegen ein sekundäres Raynaud-Syndrom. Die Ärzte empfahlen konsequentes Warmhalten der Finger und Zehen und Kohlen-säurebäder sowie – bei persistierenden Arthralgien – ein Prednisolon-Versuch. Der Bericht enthält weiter eine ausführliche Labor- und Bilddiagnostik der Hände und Füsse. Dabei ergab sich kein signifikanter Befundwandel und kein Nachweis erosiver Läsionen (IV 23.109-113 inkl. Laboranalysen vom 7.9.2015 [23.97-99]).

Die Akten enthalten weiter die erste Seite des Berichts der Rheumaambulanz, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, zum Vorstellungstermin der Patientin vom 7. Juni 2016 mit einer ausführlichen Diagnostik zum primären Raynaud-Syndrom und zu humangenetischen Untersuchungen „IPG-Peine“ vom November 2015 (IV 13).

**5.4.6** Dr. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie/Spezielle Schmerztherapie vom interdisziplinären Schmerzzentrum der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, stellte am 24. Juni 2014 die Diagnosen Raynaud-Syndrom unklarer Genese (EM 2013), mit progredienter Symptomatik (I73.0) bei Ausschluss einer rheumatologischen Systemerkrankung, Schmerzen im Bereich der Handgelenke rechts mehr als links (M25.53), Schulterschmerzen

beidseits mit dermatom-unspezifischer Ausstrahlung in die lateralen Oberarme und nach interskapulär, degeneratives LWS-Syndrom mit Spondylarthrose und Osteochondrose sowie Bandscheibendegeneration lumbosakral, Erschöpfungssyndrom sowie psychosoziale und verhaltensbedingte schmerzverstärkende Faktoren hinsichtlich der familiären und beruflichen Situation und Überforderungstendenzen (F54). Im Gespräch werde die stark angespannte Situation deutlich, in der die Patientin stehe. Sie betone, sie könne sich gut entspannen, sie habe dies professionell erlernt. Dennoch bestünden die zahlreichen (im Bericht erwähnten) Belastungsfaktoren und ein stark leistungsorientiertes Denken mit Überforderungstendenzen sowie ganz offensichtlich ausgeprägten Erschöpfungszeichen. Aufgrund der lang andauernden Schmerzanamnese mit fehlender Verbesserung durch unimodale diagnostische und therapeutische Ansätze, gravierender somatischer Erkrankungen und Hinweisen auf psychische Komorbiditäten sowie einer manifesten Beeinträchtigung von Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit werde eine Durchführung einer interdisziplinären algesiologischen (schmerzmedizinischen) Diagnostik dringend erforderlich (IV 55.5-8 = 39.4-7).

Im Bericht vom 16. September 2014 führten Dr. med. P.\_\_\_\_\_, dipl. Q.\_\_\_\_\_, Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Dipl. psych. S.\_\_\_\_\_ und dipl. psych. T.\_\_\_\_\_ zur Notwendigkeit der durchgeführten tagesstationären algesiologischen Diagnostik (Assessment) vom 8. September 2014 aus, diese sei in der langjährigen Schmerzanamnese und der Schwere des Krankheitsbildes mit umfangreicher Aktenlage und fehlendem anhaltendem Erfolg der bisherigen unimodalen, schmerztherapeutischen Verfahren inklusive Rehabilitationsverfahren begründet. Daneben bestünden gravierende somatische und psychische Begleiterkrankungen sowie deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit. Die Patientin habe zuletzt eine anstrengende Tätigkeit als Transplantationstechnikerin ausgeübt, teils über viele Stunden im kühlen Raum und mit vielfach durchgeführten Überstunden. Gemäss den Angaben der Patientin sei es während eines Aufenthalts in Rumänien im Mai 2013 zum Auftreten schwerer Schmerzen beider Hände, zugleich zu einer Verschlechterung der Lumbalgien gekommen. Im Verlauf sei es zu einer Kraftlosigkeit beider Hände gekommen, und seit Dezember 2013 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Aktuell bestehe eine eingeschränkte Kraft bei Faustschluss beidseits, ein prominenter craniothorakaler Übergang sowie eine depressive Episode im Sinne eines Burn-outs, eine Schmerzbeeinflussung durch Stress und eine schmerzbedingte Veränderung der Lebensgestaltung (IV 39.8). Die interdisziplinär zusammengesetzten Experten empfahlen der Patientin die Durchführung

einer regelmässigen körperlichen Aktivität als Ausdauertraining, die Aufnahme einer psychosomatischen REHA, der Versuch einer medikamentösen Therapie sowie eine ambulante Biofeedback-Behandlung (IV 39.8-11).

**5.4.7** In seinem vorläufigen Entlassungsbrief zum stationären Aufenthalt vom 20.-22. Januar 2015 (zur Abklärung anhaltender täglicher Schmerzen in der Magengegend, aber auch besonders in beiden Flanken) diagnostizierte Dr. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für innere Medizin, Klinikum V.\_\_\_\_\_, Innere Medizin I, Gastroenterologie, aktuell 1. Flankenschmerzen mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, 2. Erschöpfungszustand und 3. Verdacht auf Abdominal nerve entrapment paraumbilikal. In ihrer Beurteilung führte sie zusammenfassend aus, klinisch und anamnestisch habe sich keine eindeutige Zuordnung der Beschwerden finden lassen. Laborchemisch und sonographisch (Abdomen, Unterbauch, Darm und sonstige Bauchsonographie) habe es keine Auffälligkeiten gegeben. Bei der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) sei der Verdacht auf eine leichte Gastritis geäussert worden, die Gastritis erkläre aber sicherlich nicht die Flankenschmerzen. Im Rahmen der Gespräche (Psychiatrisches Konsil) habe der starke Verdacht auf eine wesentliche psychosomatische Komponente bestanden. Empfohlen werde entweder ein stationärer Aufenthalt oder eine ambulante Psychotherapie (IV 46.7-10).

**5.4.8** Dr. W.\_\_\_\_\_, Arzt für Psychosomatische Medizin/Psychotherapie, und Psychiatrie/Psychotherapie, berichtete am 18. April 2015 über das Erstgespräch bei der Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Die Indikation für eine ambulante Verhaltenstherapie liege vor; die Therapiemotivation sei vorhanden. Aufgrund der Schwere bestehe eigentlich eine Indikation für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung, diese sei aber zur Zeit wegen der Kinder, die zuhause betreut werden müssten, nicht möglich (IV 39.12-13).

**5.4.9** Dr. X.\_\_\_\_\_, ärztlicher Leiter, und Dr. Y.\_\_\_\_\_, Internistin, vom Herzzentrum der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, Interdisziplinäres Gefässzentrum, diagnostizierten am 23. Juni 2015 aktuell ein Raynaud Syndrom unklarer Genese EM 2013, ED 02/2014 mit weiterhin ausgeprägter Symptomatik, Zustand nach Ulcera an Fingern bei mittelgradiger Minderperfusion der Finger bei Raumluft und hochgradiger Minderperfusion der Zehen bei Raumluft, je nitrosensibel, ohne Nachweis von Megakapillaren in der Kapillarmikroskopie sowie einen dringenden Verdacht auf rheumatische Erkrankung (IV 39.1-3). Die Patientin sei seit Dezember 2013 krankge-

schrieben, als Kosmetikerin könne sie nicht mehr arbeiten (Haartransplantation, bei vermehrter Kälteexposition). Das Raynaud Syndrom habe weiterhin eine ausgeprägte Symptomatik mit Minderperfusion, auch in der warmen Jahreszeit. Die Patientin habe bereits bei Temperaturwechseln Schmerzen in den Händen, bei Raumluft finde sich eine nitrosensible Minderperfusion. In der Kapillarmikroskopie seien weiterhin keine Megakapillaren und somit kein diagnoseweisender Befund nachzuweisen. Wegen der progredienten Klinik mit ausgeprägter Symptomatik und hohem Leidensdruck seien weitere Abklärungen in der rheumatologischen Ambulanz (Bestimmung der Kälteagglutinine; siehe oben E. 5.4.5: Konsultation vom 17.11.2015) und im Gefäßzentrum zur Kälteprovokation durchzuführen.

In ihrem Bericht vom 18. September 2015 führten Prof. Dr. Z.\_\_\_\_\_, und Dr. Y.\_\_\_\_\_, Klinik für Gefäß- und Herzchirurgie, aus, anhand der durchgeführten Untersuchungen (Dopplerdrucke in Ruhe [06/2015], Kapillarmikroskopie 06/2015], Lichtreflexrheographie Hände in Ruhe, Lichtreflexrheographie nach Kälte: 1,20 min. in Eiswasser, Lichtreflexrheographie 10 min später nach Nitrogabe) bestehe weiterhin ein Raynaud Syndrom mit ausgeprägter Symptomatik, vor allem eine Allgemeinreaktion auf Kälteprovokation. Die Untersuchung der Kälteagglutinine und Kryoglobuline sei nicht diagnoseweisend gewesen (IV 34.10-11).

**5.4.10** Im Spitalbericht vom 8. Februar 2016 (stationärer Aufenthalt vom 29.12.2015 – 25.1.2016) stellten Dr. Aa.\_\_\_\_\_, Fr. Bb.\_\_\_\_\_, Cc.\_\_\_\_\_, Psychologin, Dr. Dd.\_\_\_\_\_, Dr. Ee.\_\_\_\_\_, Facharzt Neurologie/Psychiatrie, Klinik Ff.\_\_\_\_\_, die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40), Verdacht auf beginnende Heberden- und Bouchard-Arthrose (M19.04), degeneratives LWS-Syndrom mit Spondylarthrose und Osteochondrose sowie Bandscheibendegeneration lumbosakral (M54.86), Hashimoto-Thyreoiditis (medikamentös eingestellt; E06.9) und Morbus Raynaud (I73.0). Sie stellten eine bei Entlassung relevante Besserung der Gelenksbeschwerden, der chronischen Bauchschmerzen, der ausgeprägten Kälteempfindlichkeit und der chronischen LWS-Schmerzen fest. Es bestehe ein leichter allgemeiner Energiezuwachs und eine deutliche Besserung bei Entlassung aus psychotherapeutischer Sicht (IV 23.76-89, vgl. hierzu auch Kurzarztbrief vom 25.1.2016 [IV 14]).

**5.4.11** In der Gemeinschaftspraxis für Radiologie der Dres. Gg.\_\_\_\_\_, Hh.\_\_\_\_\_ und Ii.\_\_\_\_\_ wurden Kernspintomographien der LWS und des Hirnschädels (nativ mit Kontrastmittel) durchgeführt (Datum der Be-

richte: je 29.3.2016). Im Segment L5/S1 ergab sich eine deutliche degenerative Signalmindering und Verschmälerung der Bandscheibe ohne Beeinträchtigung der benachbarten Nervenwurzel. Beim Gehirn ergab sich kein Anhalt für einen tumorösen Prozess, umschriebene Herdbefunde oder eine vasculäre Malformation, auch kein Anhalt für ein Prolaktinom (gutartiger Tumor; IV 23.114-115).

**5.4.12** In ihrem Verlaufsbericht hielt Dr. Y. \_\_\_\_\_, Innere Medizin/Kardiologie/Angiologie der Universitätsklinik E. \_\_\_\_\_ am 9. September 2016 im Wesentlichen an der Diagnose Raynaud-Syndrom mit weiterhin ausgeprägter Symptomatik fest. Wie bereits in den Vorbriefen erwähnt, bestehe eine Arbeitsunfähigkeit bezüglich der bisherigen und der angepassten beruflichen Tätigkeiten, da bei Kälte/Nässe-Exposition (Haartransplantation/Kosmetik) eine deutliche Verschlechterung der Perfusion (gemäss Vorbefunden Lichtrheographie) und somit der Raynaud-Symptomatik festzustellen sei (B-act. 1 Beil. 1).

**5.5** Die von der Vorinstanz eingeholten Gutachten ergeben folgende Beurteilungen.

**5.5.1** In seinem psychiatrischen Gutachten vom 26. März 2016 bezieht sich PD Dr. Jj. \_\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, auf seine Untersuchung der Explorandin vom 22. März 2016 sowie die von der IV-Stelle zugestellten Unterlagen und verweist bezüglich des bidisziplinären Gutachtensteils auf die von der Rheumatologin Dr. F. \_\_\_\_\_ zusammengefassten Vorberichte.

Das Gutachten enthält eine ausführliche Anamnese zu Ursprungsfamilie, Schul-, Berufsbildungs- und Berufsanamnese der Explorandin in Rumänien und ab 1999 in Deutschland und zur aktuellen sozialen und familiären Situation, sowie ihren subjektiven Angaben zu ihrem Gesundheitszustand und ihrer psychischen Verfassung (IV 25.2 ff.).

Der Gutachter stellt keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine Neurasthenie (F48.0). In seiner Beurteilung finden sich keine pathologischen Befunde im objektiven Psychostatus, mit Ausnahme einer diskreten Einengung auf körperliche Schmerzen. Eine Störung der innerpsychischen Vitalität lasse sich nicht objektivieren, was die fehlende Affektpathologie untermauere. In hoher

Kongruenz hierzu teile die Explorandin mit, dass sie sich weder niedergeschlagen noch depressiv fühle, dass sie sich in ihrem Alltag über zahlreiche Situationen und Menschen freuen könne. Sie habe eine Freud-, Interessen- und Lustlosigkeit verneint, während sie allerdings über eine Müdigkeit, Erschöpftheit und Antriebsminderung berichte, die nicht am Morgen nach dem Aufstehen vorliegen, sondern nach ein paar Stunden auftreten würden. Insgesamt seien die Kardinalkriterien gemäss ICD für eine depressive Episode oder Störung nicht erfüllt. Die Explorandin teile auch mit, dass sie keinen Bedarf für eine Psychotherapie habe, sie habe während fünf Sitzungen bei einem Psychiater schnell erkannt, dass sie einer solchen Behandlung nicht bedürfe, sie nehme ebenfalls keine Psychopharmaka. Auch ihre zahlreichen Tagesaktivitäten würden untermauern, dass eine Einbusse der innerpsychischen Vitalität, die aus einer Affektpathologie resultieren würde, nicht bestehe. Gemäss der Explorandin sei sie einzig zu Beginn des Winters 2014/2015 aufgrund einer deutlichen Schmerzzunahme in den Fingern und den Zehen in ihrer Grundstimmung etwas belastet gewesen. Eine relevante neurotische innerpsychische Struktur oder eine depressiv-neurotische Grundstruktur sei – im Zusammenhang mit der Entwicklung der Körperschmerzen – nicht erkennbar. Die Explorandin habe nie depressiv dekompenziert. Es könne auch keine eigentliche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Eine auffällige innerpsychische Struktur der Explorandin könne ausgeschlossen werden. Es liege jedoch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor: Einzelne organische Korrelate könnten zugeordnet werden, es habe sich eine Schmerzausweitung in den letzten Jahren auf verschiedene Körperpartien ergeben. Es bestünden zahlreiche emotionale und psychosoziale Konflikte und Belastungsfaktoren. Es seien eindeutig keine Verdeutlichungstendenzen oder gar bewusste Mechanismen wie Aggravation oder Begehrlichkeit ersichtlich. Sie scheine ganz in ihren Konflikten gefangen, verfüge aber über sehr gute kognitive Ressourcen und auch genügend innerpsychische Ressourcen, um diese Konflikte besser lösen zu können, sodass diese Konfliktsituationen für sie überwindbar seien. Krankheitsgewinne seien nicht erkennbar, weder bewusste noch unbewusste. Es sei der grösste Wunsch der Explorandin, wieder arbeiten zu können. Aufgrund dieser Gesamtschau seien die Eingangskriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gegeben. Der Gutachter diagnostizierte weiter eine Neurasthenie, da sich die Explorandin in den letzten Jahren zunehmend erschöpft fühle. Die Erschöpfung trete erst im Laufe des Tages auf. Es bestehe aber keine erhebliche Erschöpfungssymptomatik, wenn berücksichtigt werde, welchen Tagesaktivitäten sie nachgehen könne, und dass im objektiven Psychostatus keine Auffälligkeiten in denjenigen objektiven Parametern nachweisbar gewesen seien, die

sehr gut die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten. Aus psychiatrischer Sicht beständen keinerlei qualitativen Funktionseinbussen. Zusammenfassend gibt er aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit an. Die Arbeitsfähigkeit sei (aus psychiatrischer Sicht) nie eingeschränkt gewesen.

Zum Bericht des interdisziplinären Schmerzzentrums der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_ vom 16. September 2014 (oben E. 5.4.6) führt er aus, die dort diagnostizierte leichte depressiven Episode sei nicht genügend begründet. Die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestätigt er, es lasse sich jedoch keine „deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit“ nach der aktuellen Begutachtung nachvollziehen, auch wenn nachvollziehbar sei, dass die Explorandin unter ihren anhaltenden Schmerzen leide. Er bestätigt weiter die Diagnostik von Dr. W.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2015 (E. 5.4.8) und im Wesentlichen die Beurteilung im Austrittsbericht der Klinik Ff.\_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (oben E. 5.4.10).

**5.5.2** Das rheumatologische Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2016 (Begutachtung vom 29.3.2016; IV 23.2 ff.) äussert sich einleitend zur Sozial-, Familien- und Arbeitsanamnese der Explorandin und zu den von der Vorinstanz zur Verfügung gestellten und von der Beschwerdeführerin mitgebrachten (im Wesentlichen medizinischen) Vorakten. Gemäss der Explorandin gehe es ihr am Untersuchungstag schlechter als sonst, da sie am Nachmittag des Vortages mit dem jüngeren Sohn in einem kalten Kino gewesen sei. Sie habe Schmerzen in beiden Händen, die in die Arme bis zu den Schultern ausstrahlten, mehr rechts als links. Oft habe sie auch Schmerzen in beiden Füessen, die bis zu den Knien ausstrahlten, jedoch nicht am Untersuchungstag. Sie habe keine Kraft in den Händen. Sie mache die Hausarbeit, bei der sie keine Hilfe habe. Sie sei immer schon kälteempfindlich gewesen und friere immer. Ausserdem sei sie müde und erschöpft. Die Beschwerden hätten Mitte 2013 am Kleinfinger der rechten Hand begonnen und sich dann auf beide Hände und dann auf die beiden Füsse ausgeweitet. In Wärme, Ruhe und Entspannung habe sie keine Schmerzen. Sie habe auch lumbale Schmerzen. Alle zwei bis drei Stunden müsse sie sich eine halbe Stunde lang liegend ausruhen, es sei, wie wenn jemand den Stecker bei ihr herausziehen würde. Wenn das Wetter wechsele, sei es eine Katastrophe. Sogar die Bettdecke sei manchmal zu viel für ihre Füsse. Sie trage zu grosse Schuhe, um ihre Füsse zu schonen. Zum Einkaufen begleite sie ihr Ehemann oder eine Freundin. Die Gutachterin

führt weiter aus, die Explorandin mache täglich lange Spaziergänge, wegen den Rückenbeschwerden müsse sie sich bewegen. Im Januar 2015 sei sie mit den Kindern Ski gefahren. Leider habe sie dabei ihre Beine nicht mehr gespürt und sei umgefallen. Sie fahre deshalb seither nicht mehr Ski. Seit sie die Beschwerden habe, lenke sie auch ihr Auto nicht mehr selbst.

Als Diagnose mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. F.\_\_\_\_\_ eine verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule bei leichter rechtskonvexer Skoliose und degenerativen Veränderungen mit ausgeprägten Facettengelenksarthrosen L5/S1 beidseits und medialer Diskushernie L5/S1, ohne Kontakte zu neurogenen Strukturen bei normaler autochthoner Rückenmuskulatur (MRI 05/2013), ohne radikuläre Zeichen, fest. Als Diagnosen ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führte sie eine Hypothyreose mit adäquater Substitution, Kälte-, Stress- und belastungsabhängige Schmerzen seit zirka anfangs 2012 in den oberen Extremitäten rechts mehr als links (Hand-betont), und geringer auch der unteren Extremitäten beidseits (Fuss-betont) mit intermittierendem Raynaud-Syndrom mit geringer Minderperfusion der Finger bei Raumluft und hochgradiger Minderperfusion der Zehen bei Raumluft (je nitrosensibel) mit unauffälliger Kapillarmikroskopie der Finger (06/2015), mit unauffälligen neurologischen und elektro-neurographischen Befunden der oberen Extremitäten (03/2014) und unauffälligen Laborbefunden (normale Werte für Kälteagglutinine, Krypoglobuline, Rheumafaktor, Anti-Citrullin-Antikörper, ANCA, ANA und ENA-Screen) mit altersentsprechenden bildgebenden Befunden beider Hände und Füsse (Röntgen 11/2015), sowie einen Nachweis von Barbituraten (in der Blutanalyse und einer von zwei Urin-Analysen, nicht jedoch in der Haaranalyse) und Pleurakuppenschwielen im Röntgenthorax (ED 06/2014) auf.

In ihrer rheumatologischen Beurteilung beschrieb die Gutachterin einen unauffälligen Gang bei möglichem Zehen- und Fersengang. Es bestehe eine leichte S-förmige, lumbal rechtskonvexe Skoliose. Alle drei Wirbelsäulen-Abschnitte seien normal beweglich, radikuläre Zeichen nicht vorhanden, der Lasègue sei beidseits normal. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich, ohne Gelenksergüsse, Synovitiden, druckdolente oder überwärmte Gelenke. Die vier Gaenslen-Zeichen der Hände und Füsse seien unauffällig. Auch Temperatur und Farbe seien normal. Die Bioimpedanz-Analyse (Bestimmung der Körperzusammensetzung) zeige keine andauernde Muskelschonung. Dem entspreche, dass die Fingerkuppen des Daumens und Zeigefingers rechts Gebrauchsspuren aufweisen würden. Diese würden gemäss der Explorandin vom Arbeiten im Haushalt

stammen, was plausibel sei. Die Gebrauchsspuren zeigten einen andauernden kraftvollen Einsatz der rechten Hand. Diskrepanz sei die gezeigte maximale Handkraft von rechts 36 % der Norm und links 43 % (von 100 % der Norm). Diese variieren jedoch bei der direkten Prüfung und bei Ablenkung bei beiden Händen. Die Gutachterin vermutete diesbezüglich eine Selbstlimitierung bei der Messung der maximalen Handkraft. Sie äusserte sich weiter zu der MRI-Untersuchung des Schädels (07/2013, datiert am 29.3.2016 [=Tag der rheumatologischen Begutachtung]), den beiden Ultraschalluntersuchungen des Abdomens (03/2014 [nicht aktenkundig] und 07/2014 [IV 55.19]) sowie der Ganzkörper-Szintigraphie (09/2013 [nicht aktenkundig], vgl. IV 39.5), welche altersentsprechende Befunde ohne entzündliche Veränderungen ergeben hätten. Die Röntgenuntersuchungen beider Hände und Füsse (11/2015 [nicht aktenkundig, vgl. IV 23.112 f.]) hätten auch altersentsprechende Befunde ergeben, ohne Hinweise auf entzündliche Veränderungen. Auch die Röntgenuntersuchung der HWS (undatiert, vgl. IV 39.5) sei altersentsprechend. Die MRI-Untersuchung der LWS (05/2013, datiert am 29.3.2016, IV 23.114) zeige als wesentlichste Befunde eine leichte rechtskonvexe Skoliose sowie degenerative Veränderungen mit ausgeprägten Facettengelenksarthrosen beidseits sowie eine mediale Diskushernie L5/S1 ohne Kontakte zu neurogenen Strukturen mit normaler autochthoner Rückenmuskulatur. Die bildgebenden Befunde der LWS seien nicht gravierend, da keine Kompressionen der Nervenwurzeln sichtbar seien. Die ausgedehnte Blutuntersuchung habe – bis auf den Nachweis von Barbituraten – keine nennenswerten Befunde ergeben. Insbesondere seien die Entzündungszeichen normal gewesen. Der Vitamin-D-Mangel sei weitgehend behoben. Die Substitution mit dem Schilddrüsenhormon sei gut eingestellt. Die Haar-Analyse habe keinen Konsum von Alkohol oder Drogen ergeben. Zusammenfassend gebe es bei der Explorandin keinen klinischen, bildgebenden oder rheuma-immunologischen Hinweis für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung oder Kollagenose (Bindegewebserkrankung). Es bestünden nicht-gravierende, strukturelle erworbene Befunde im Bereich LWS. Im routinemässig durchgeführten Urintest seien Barbiturate (in der Schweiz und Deutschland nur noch als Kurz-narkotikum, selten noch als Reserve-Antiepileptikum eingesetzt) angezeigt worden. Die angegebene Müdigkeit und Erschöpfung sowie der übermässige Ruhebedarf könne durch Barbiturate hervorgerufen werden. Die Explorandin habe jedoch nichts von einer Einnahme eines solchen Medikaments gewusst. In der extern eingeholten Blutuntersuchung seien ebenfalls Barbiturate gefunden worden, in der zweiten Urin-Analyse aber keine mehr nachweisbar, auch nicht in der Haaranalyse. Es bleibe unklar, ob der Nachweis von Barbituraten einem Artefakt entspreche. Denkbar sei

eine Einnahme eines Barbiturats durch eine unbekannte Substanz, z. B. im Rahmen der chinesischen Arzneimittel-Therapie. Falls die Explorandin eine Barbiturat-haltige Substanz einnehme, sei sie zu sistieren.

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, die Explorandin sei durch die eingeschränkte Funktion der Lendenwirbelsäule limitiert. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteneinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Konkret könne die Explorandin mit Lasten bis 12.5 kg hantieren. Eine dergestalt angepasste Tätigkeit sei zu 100 % ausübbar, bezogen auf ein Pensum von 100 %. Die angestammte Tätigkeit bei B. \_\_\_\_\_ GmbH sei eine solche Tätigkeit; dasselbe gelte auch für ihre übrigen angestammten Tätigkeiten. Auch im Haushalt bestehe keine Einschränkung, bei besonders LWS-belastenden Tätigkeiten würden der Ehemann und die beiden Söhne helfen. In der bisherigen oder in anderen angepassten Tätigkeiten wie im Haushalt habe nie eine andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Explorandin habe bei der Untersuchung kein Schmerzmittel verwendet. Es bestehe ein grosses Optimierungspotenzial für eine medikamentöse Schmerztherapie. Die berufliche Eingliederung könne ab sofort auf die übliche Art erfolgen. Die Prognose sei gut. Im Rahmen der Beantwortung des Fragekatalogs der IV äusserte die Gutachterin sich – soweit sich somatische Fragen stellten – nur zur LWS-Problematik und führte weiter aus, sie habe kein Suchtleiden festgestellt. Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen würden keine bestehen. Im Rahmen der Frage zur Konsistenz verwies Dr. F. \_\_\_\_\_ auf ihre Ausführungen zu den Gebrauchsspuren der rechten Hand und der gemessenen Handkraft. Ausserdem erstaune, dass die Explorandin über Müdigkeit und Erschöpfung klage, aber im Universitäts-Masterstudium Bestnoten in den Zwischenprüfungen erreiche. Es überrasche auch, dass sie trotz ihrer Kälteempfindlichkeit im Januar 2015 noch mit den Kindern Ski gefahren sei.

**5.5.3** In der von beiden Gutachtern unterzeichneten bidisziplinären Zusammenfassung vom 8. Juni 2016 (IV 20, 23.67) findet sich als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei leichter, rechtskonvexer Skoliose und degenerativen Veränderungen mit ausgeprägten Facettengelenksarthrosen L5/S1 beidseits und medialer Diskushernie L5/S1, ohne Kontakte zu neurogenen Strukturen bei normaler autochthoner Rückenmuskulatur (MRI 03/2013),

ohne radikuläre Zeichen. Die zusammenfassenden Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit sind mit den Beurteilungen von Dr. F. \_\_\_\_\_ in deren Gutachten identisch (vgl. IV 23.57-58).

## 5.6

**5.6.1** Dr. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom RAD, führte am 13. August 2015 zu Handen der IV-C. \_\_\_\_\_ aus, wegen der erhöhten Kompetenz sei auf den Bericht der Inneren Abteilung und Rheumatologie der Universitätsklinik E. \_\_\_\_\_ abzustellen. Bei der letzten Tätigkeit handle es sich betriebs- und arbeitsmedizinisch nicht um einen Kältearbeitsplatz mit körperlicher Belastung. Es bestünden symptomatisch gut behandelbare Beschwerden ohne gravierende Schwere der Erkrankungen und der Funktionseinschränkungen. Die vom Hausarzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit als Haartransplantationstechnikerin sei deshalb nicht nachvollziehbar. Auch bestünden keine Hinweise für eine schwere psychiatrische Störung (IV 4.5). Auf Nachfrage ergänzte Dr. D. \_\_\_\_\_ am 12. Oktober 2015, gemäss dem Bericht der Universitätsklinik vom 23. Juni 2015 bestehe weiterhin ein unklares Raynaud-Syndrom. Ein diagnoseweisender Befund sei nicht gefunden worden. In seiner Stellungnahme vom 23. November 2015 blieb er bei seiner Beurteilung, ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei unwahrscheinlich, da laut den Beurteilungen der Rheumatologie und Innere Medizin der Uniklinik vom 2. Juni 2014 bei der Verdachtsdiagnose Raynaud-Syndrom eine rheumatologische Grunderkrankung mit Befall der Gelenke ausgeschlossen worden sei. Auch würden sich keine Hinweise für Gerinnungsstörungen zeigen. Neben Vermeidung von ausgeprägter Kälte werde nur eine symptomatische Therapie mit Salbe, Taschenwärmer und Handschuhen für den Winter empfohlen. Er empfahl jedoch, zur vertieften Abklärung ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen (IV 4.6).

**5.6.2** Am 7. Juli 2016 führte Dr. D. \_\_\_\_\_ aus, das eingeholte bidisziplinäre Gutachten sei umfassend, beruhe auf einer vollständigen Aktenlage und erfülle die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich, weshalb darauf abgestellt werden könne. Gleichzeitig verwies er auf die Schlussfolgerungen des Gutachtens (siehe oben E. 5.5.2 in fine und 5.5.3). Er führte weiter aus, als medizinische Massnahmen werde die Verordnung von medizinischen Schmerzmitteln vorgeschlagen. Weitere Massnahmen seien nicht erforderlich (IV 4.7). Daran hielt er im Rahmen des Vorbescheidverfahrens am 17. August 2016 fest (IV 4.8).

**5.6.3** Zu Händen der Vernehmlassung der IV-C.\_\_\_\_\_ ergänzte Dr. D.\_\_\_\_\_ am 16. November 2016, bei der als die Arbeitsfähigkeit einschränkend geltend gemachten Diagnose Raynaud-Syndrom handle es sich um eine internistische Diagnose. Die Gutachterin Dr. F.\_\_\_\_\_ sei (auch) Internistin und teile die Meinung der behandelnden Ärztin der Universitätsklinik nicht, dass die gelegentliche geringe Minderperfusion der Finger und Zehen zu einer Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten führe. Im Gegensatz zur Auffassung der Universitätsklinik sei ein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus zwei Gründen nicht nachvollziehbar. Auch die Universitätsklinik empfehle als Therapie nur die Vermeidung von ausgeprägter Kälte und nur symptomatische Therapie (Salbe, Taschenwärmer und Handschuhe im Winter). Zudem sei der Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin aus betriebsmedizinischer Sicht kein Kältearbeitsplatz. Zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin zur Einnahme eines Beruhigungsmittels vor der Begutachtung führte er aus, der Gutachter habe keine Erkrankungen mit langfristiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Diskrepanzen zu den Behandlern würden sich wohl durch den unzulässigen Einbezug psychosozialer Gründe ergeben. Insgesamt seien die eingeholten Gutachten plausibel und nachvollziehbar, weshalb sich aus der Beschwerde keine neuen Aspekte ergeben würden (IV 0.4-6).

## **6.**

**6.1** Streitig im vorliegenden Verfahren ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung, insbesondere Eingliederungsmassnahmen. Die Vorinstanz wies jeglichen Anspruch mit der Begründung ab, bei der Beschwerdeführerin liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor und ein solcher habe nie vorgelegen.

**6.2** Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin gemäss den Beurteilungen und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Hausarztpraxis bis zur Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses per 31. Mai 2014 in ihrer letzten Arbeitstätigkeit seit 16. Dezember 2013 (vgl. IV 58.1, 58.7 ff., 63.4) voll arbeitsunfähig war. Die Tätigkeiten als Haartransplantationstechnikerin und in ihrem Beruf als Kosmetikerin wurden ausser vom Hausarzt auch von den behandelnden Spezialisten der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, Herzzentrum/Interdisziplinäres Gefässzentrum, über den Beurteilungszeitpunkt vom 25. August 2016 hinaus noch am 9. September 2016 für nicht mehr zumutbar befunden (oben E. 5.4.9 und 5.4.12).

**6.3** Zu den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte ist einleitend festzuhalten, dass die Abklärungen und Beurteilungen der Fachärzte im Universitätsspital E. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen ausführlich und sorgfältig ausfallen und sich mit den Vorbringen der Patientin auseinandersetzen (oben E. 5.4.5, 5.4.6 und 5.4.9). Sie sind ohne Weiteres nachvollziehbar und von hoher Beweiskraft. Dies gilt auch für die verschiedenen anderen Spitalberichte (Hämatologie und internistische Onkologie [E. 5.4.4], Gastroenterologie [E. 5.4.7] und Klinik Ff. \_\_\_\_\_ [E. 5.4.10]). Geringe Beweiskraft besteht bei den hausärztlichen Beurteilungen (E. 5.4.1), zumal diese kaum begründet und in den zeitlichen Angaben und Diagnosen widersprüchlich sind (vgl. z.B. Beginn der Handprobleme 2012 u/o 2013, Diagnose V. a. Karpaltunnelsyndrom am 20.4.2015, nach Ausschluss dieser Diagnose durch den Neurologen am 14.3.2014 [vgl. IV 46.1 55.14]). Weiter zeitlich nicht einzuordnen und daher – jedenfalls im zeitlichen Verlauf – nicht verwertbar sind die im Anhang des rheumatologischen Gutachtens befindlichen Kernspintomographien der LWS und des Hirnschädels vom 29. März 2016, welche mit dem Datum der rheumatologischen Begutachtung zusammenfallen, die Aufträge dazu aber drei Jahre zuvor erteilt wurden (s. E. 5.4.11). Zudem finden sich die im rheumatologischen Gutachten zitierte Szintigraphie vom September 2013 und Kernspintomographie HWS vom März 2013 (s. IV 39.5) nicht in den Akten (oben E. 5.5.2), weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

**6.4** Was das eingeholte bidisziplinäre Gutachten betrifft, auf welches sich die Vorinstanz im Wesentlichen stützt, ist übereinstimmend mit der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass dieses, insbesondere dessen rheumatologischer Teil, die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht erfüllt.

**6.4.1** Beim *nota bene* 119-seitigen rheumatologischen Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ fällt primär auf, dass dieses hauptsächlich aus der wörtlichen Übernahme des bereits aktenkundigen Dossiers (aufgeführt in chronologischer Reihenfolge), den von der Beschwerdeführerin mitgebrachten Akten und eingeholten Laborberichten (S. 5-41, S. 50-52) sowie Beilagen (S. 67-119) besteht. Dazu kommen die eigenen Untersuchungen und Beurteilungen der Gutachterin in rheumatologischer Hinsicht (S. 42 ff., inkl. 5 Seiten Befunde in Tabellenform [S. 45-49] und die Beantwortung des Standard-Fragenkatalogs der IV-Stelle [S. 59-65]), ohne Ausführungen zu den allgemein-internistischen oder neurologisch festgestellten Befunden.

**6.4.2** Soweit die Gutachterin ausführt, es lägen keine Hinweise für entzündlich-rheumatologische Erkrankungen vor, erweisen sich diese Erkenntnisse insofern als nachvollziehbar, als auch die behandelnden Ärzte der rheumatologischen Abteilung der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_ eine rheumatologische Ursache für die – als massgebend beklagten – von den Händen und Füßen ausgehenden und aufsteigenden Beschwerden der Patientin ausgeschlossen haben. Auch die Rückenproblematik deckt sich im Wesentlichen mit den vorliegenden weiteren Akten. Soweit indessen die behandelnden Spezialisten dreier Abteilungen der Universitätsklinik die Beschwerden als massgeblich beurteilen, in Schmerz- und allenfalls gefässmedizinischer Hinsicht orten und eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausschliessen, findet sich im Gutachten weder eine Auseinandersetzung mit den Beurteilungen dieser Fachärzte, noch eine Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der früheren Tätigkeit der Beschwerdeführerin (langdauerndes Sitzen in Zwangsposition in einem kühlen Operationssaal, die Hände in kaltem Eiswasser, intensive feinmotorische Tätigkeit mit Mikroskopunterstützung [einzelne Haare von einem Haarstreifen mit der Pinzette zur Transplantation abteilen]; vgl. IV 23.4-5, 23.56, 39.9). Im Hinblick auf die übereinstimmenden und ohne weiteres nachvollziehbaren Beurteilungen der Fachärzte in der Universitätsklinik, beispielsweise der Erkenntnisse der Kälteexposition vom 18. September 2015 (IV 34.11) und den Ausführungen der Rheumatologen, die Fingerkuppen seien wie betäubt und die Patientin könne in den Anfalls- respektive Schubphasen keine Dinge greifen oder halten und müsse, zum Dinge aus dem Kühlschrank zu nehmen, Handschuhe tragen (IV 23.110), werden diese Beurteilungen von der Gutachterin nicht ansatzweise kommentiert oder mit ihren eigenen Untersuchungsergebnissen in einen Zusammenhang gestellt. Ihre Behauptung, die für sie nicht nachvollziehbare reduziert gemessene Handkraft beruhe auf einer Selbstlimitierung, erweist sich im Vergleich zu den Einschätzungen der behandelnden Fachärzte deshalb weder als begründet noch als nachvollziehbar. Die Gutachterin macht im Übrigen auch keine Aussagen zur 4-wöchigen Kur vom 29. Dezember 2015 bis 29. Januar 2016 in der Klinik Ff.\_\_\_\_\_, bei welcher die behandelnden Ärzte eine bei Entlassung deutliche Besserung feststellten (oben E. 5.4.10). Soweit die Gutachterin im Übrigen unbesehen auf nicht aktenkundige oder zeitlich nicht zuordnungsbar Untersuchungen anderer Ärzte abstellt (s. oben E. 5.5.2 S. 25), erweisen sich auch diese Erkenntnisse nicht als nachvollziehbar.

**6.4.3** Weiter begründet die Gutachterin nicht, auf welche Kriterien sie das im Hinblick auf die festgestellten Rückenbeschwerden angegebene leichte

bis knapp mittelschwere Belastungsniveau von 12.5 kg stützt. Zudem fehlt auch eine Auseinandersetzung der Gutachterin mit den gesundheitlichen Einschränkungen in der Haushaltstätigkeit, bei welcher die Beschwerdeführerin ein Haus in Ordnung zu halten und die Kinder zu betreuen hat. Soweit die Gutachterin – ohne weitere Begründung oder Angaben der Beschwerdeführerin hierzu – behauptet, der Ehemann und die Kinder würden der Explorandin bei schweren Haushaltsarbeiten helfen, bleibt festzuhalten, dass der seit 2011 von der Beschwerdeführerin getrennte Ehemann bereits im Gutachtenszeitpunkt nicht mehr mit der Familie (aber in einer eigenen Wohnung im selben Haus) wohnte und allenfalls noch beim Einkaufen half (IV 23.42, 23.57, 25.5). Zudem entspricht es nicht der üblichen Lebenserfahrung, dass die beiden zu diesem Zeitpunkt 10 und 15 Jahre alten Söhne anstelle der Mutter mit (gemäss der Gutachterin) über 12.5 kg schweren Lasten im Haushalt hantieren würden. Im Übrigen fehlen im Gutachten Angaben dazu, worin eine „optimierte medikamentöse Schmerztherapie“ (vgl. IV 23.58) – im Hinblick auf die in den Akten dargelegten bereits durchgeführten umfangreichen Behandlungsmethoden und -ansätze – gemäss der Gutachterin bestehen sollte, wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt.

**6.4.4** Ergänzend bleibt festzuhalten, dass nicht ersichtlich und auch nicht begründet wird, weshalb die Gutachterin hier – neben den rheumaspezifischen Laboruntersuchungen, aber ohne Hinweise in den Vorakten zu massgebendem Suchtmittelgebrauch – derart umfangreiche Laboruntersuchungen zu Alkohol- und Drogenabhängigkeit eingeholt hat. Bei der Beurteilung nimmt das im Labor gefundene Barbiturat eine (unnötig) hohe Gewichtung ein, zumal die Erklärung der Beschwerdeführerin sich als nachvollziehbar erweist, dass es sich um ein unbewusst einmalig eingenommenes Beruhigungsmittel handle (vgl. B-act. 1 Bst. I), da in der zweiten Untersuchung keine Barbiturate mehr gefunden wurden.

**6.4.5** Zusammenfassend erweist sich das rheumatologische Gutachten weder als vollständig noch als nachvollziehbar. Dasselbe gilt für die – soweit erkennbar ebenfalls durch Dr. F.\_\_\_\_\_ verfasste – bidisziplinäre Zusammenfassung des Gutachtens (IV 23.67 und IV 20).

**6.5** Das psychiatrische Gutachten PD Dr. Jj.\_\_\_\_\_ ist im Gegensatz zum Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_ begründet, setzt sich mit den Vorbringen der Explorandin und den Beurteilungen der behandelnden Ärzte in den Vorakten auseinander und enthält plausible und nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Die Indikatoren wurden ebenfalls nachvollziehbar geprüft, weshalb

dem psychiatrischen Teil des Gutachtens voller Beweiswert zukommt. Es ist deshalb darauf abzustellen. Demnach ist vorliegend festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin *in rein-psychischer Hinsicht* keine Einschränkung in ihrer Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde, bei gleichzeitiger Diagnostikstellung einer somatoformen Schmerzstörung (mit zumindest teilweise zuzuordnenden organischen Korrelaten) und einer Neurasthenie.

**6.6** Soweit der Internist Dr. D.\_\_\_\_\_ vom RAD seine Ausführungen vollumfänglich auf die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_\_ stützt, ist auf das zum rheumatologischen Gutachten Gesagte zu verweisen. Darüber hinaus bleibt zu ergänzen, dass im Allgemeinen eine nachvollziehbare Auseinandersetzung des Arztes mit den ihm zur Verfügung gestellten Akten und den Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht erkennbar scheint (siehe hierzu E. 6.7).

**6.7** Es ist ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilungen der behandelnden Fachärzte der Gefäßmedizin und der Rheumatologie des Universitätsspitals E.\_\_\_\_\_ nicht mehr in der Lage ist, eine feinmotorische Tätigkeit, bei der die Finger sich in kalt-nasser Umgebung befinden, auszuüben, zumal sich auch das stundenlange Verharren in derselben Sitzposition in einem kühlen Raum wegen der Wirbelsäulenbeschwerden nicht als günstig erweist, wie auch im rheumatologischen Gutachten ausgeführt wird (IV 23.57), und deshalb die Angaben der Gutachterin und des RAD, es handle sich um einen angepassten Arbeitsplatz, dem widersprechen. Daran ändert nichts, dass der letzte Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin nicht ein expliziter Kältearbeitsplatz (wie in einer Kühlkammer eines Engros-Händlers oder eines Metzgers) war. Diesbezüglich erweisen sich (beispielsweise) die Kälteprovokationen der Gefäßmediziner der Universitätsklinik (IV 34.11) als genügend aussagekräftig, zumal weder Dr. F.\_\_\_\_\_ noch der RAD sich mit diesen Tests auseinandersetzen. Die wiederholte Behauptung von Dr. D.\_\_\_\_\_, der Beschwerdeführerin seien lediglich niederschwellige Massnahmen empfohlen worden, wie im Winter Handschuhe zu tragen, erweist sich zudem als aktenwidrig, da explizit in den Berichten steht, dass die Patientin Handschuhe tragen müsse, um etwas aus dem Kühlschrank zu nehmen, da die Gegenstände ihr andernfalls aus der Hand fallen könnten, da mehrfach die Taubheit der Hände und Ameisenlaufen beschrieben werden und die Massnahmen zur Vermeidung von Raynaud-Attacken explizit im Sommer empfohlen wurden (Bericht vom 6.6.2014, IV 55.10, auch IV 39.3). Ausserdem wird das erste Auftreten starker Schmerzen in Rumänien im Mai 2013

(IV 39.9) beschrieben, in einer Jahreszeit, in welcher ebenfalls (üblicherweise) nicht Wintertemperaturen herrschen.

**6.8** Im Dossier fehlen – abgesehen von unkommentierten Befunden von Dr. F.\_\_\_\_\_ (IV 23.49) und einem Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms im März 2014 (IV 55.14) – fachmedizinische Beurteilungen in neurologischer Hinsicht, trotz der langjährigen Schmerzsituation, einerseits ausgehend von Händen und Füßen mit Ameisenlaufen, Sensibilitätsstörungen (periodisch, schubweise, unabhängig von der Jahreszeit) und eingeschränkter Kraft in den Händen (vgl. bspw. 39.8-11), andererseits ausgehend von der Lendenwirbelsäule bei einer gutachterlich diagnostizierten „medialen Diskushernie L5/S1, ohne Kontakte zu neurogenen Strukturen bei normaler autochthoner Rückenmuskulatur, ohne radikuläre Zeichen“ (IV 23.53). Das Fehlen einer neurologischen Abklärung oder Beurteilung erstaunt auch deshalb, weil der begutachtende Psychiater PD Dr. Jj.\_\_\_\_\_ unter anderem eine Neurasthenie aufgrund der zunehmenden Erschöpfung diagnostiziert hat. Die Diagnose einer Erschöpfung findet sich auch beim Schmerzzentrum in (...) (IV 55.5) sowie in den Berichten des Hausarztes und der stationären gastrointestinalen Abklärung (IV 46.7-10). Eine Abklärung, ob die festgestellte Erschöpfung somatisch begründet sein könnte, findet sich in den Akten indessen nicht. Es fehlt ausserdem – wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht – eine gutachterliche Beurteilung des Sachverhalts in angiologischer Hinsicht.

**6.9** Zusammenfassend erweist sich in medizinischer Hinsicht, dass das rheumatologische Gutachten (inkl. die „Bidisziplinäre Zusammenfassung“) nicht über eine rechtsgenügende Beweiskraft verfügt, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (oben E. 6.4.5). Es fehlen weiter eine gesamtmedizinische Beurteilung und Ausführungen in neurologischer und gefässmedizinischer Hinsicht. Was das psychiatrische Gutachten betrifft, ist dieses in *rein psychiatrischer* Hinsicht voll beweiskräftig (oben E. 6.5). Auf die Beurteilungen des RAD, welche im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten gestützt sind, kann nicht abgestellt werden (oben E. 6.6). Demnach wurde der medizinische Sachverhalt nicht im Sinne des Untersuchungsgrundsatzes genügend abgeklärt, weshalb die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

**6.10** Im Hinblick auf eine allfällige Berechnung des IV-Grades der Beschwerdeführerin ist Folgendes anzumerken. Gemäss den Akten arbeitete sie vor ihrer Arbeitsunfähigkeit zu 60 % als Haartransplantationstechnikerin und zu 40 % im Aufgabenbereich (IV 4/1). In medizinischer Hinsicht stützt

die IV-C.\_\_\_\_\_ unbesehen auf die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit im Gutachten ab, ohne sich mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin zum Aufgabenbereich (Grösse des Hauses, Einkaufen mit Hilfe, da sie nicht Auto fahren und keine schweren Lasten tragen kann) auseinanderzusetzen. Zudem wurde keine Abklärung in IV-rechtlicher Hinsicht durchgeführt (siehe dazu oben E. 4.6.3 und 4.7.4) wie beispielsweise ein „Fragebogen für Versicherte im Haushalt“ eingeholt oder eine – aufgrund der örtlichen Gegebenheiten ohne Weiteres mögliche – Haushaltabklärung durchgeführt. Auch in dieser Hinsicht erweist sich der Sachverhalt als unvollständig und ist von der Vorinstanz weiter zu abzuklären.

## 7.

**7.1** Zusammenfassend ergibt sich, dass der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt insbesondere in internistisch-neurologisch und allenfalls gefässmedizinischer Hinsicht ungenügend abgeklärt wurde (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) und ungeklärt bleibt, weshalb die begutachtende Rheumatologin und Dr. D.\_\_\_\_\_ vom RAD, welcher die Beschwerdeführerin nie persönlich untersucht hat, die verbleibende Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin derart abweichend zu den untersuchenden und behandelnden Fachärzten einschätzen. Es fehlt insbesondere in somatischer Hinsicht eine verwertbare Auseinandersetzung mit den bereits vor der Begutachtung aktenkundigen und von der Beschwerdeführerin vorgelegten medizinischen Akten. Aus diesem Grund ist auch die erneute Begutachtung in rheumatologischer Hinsicht angezeigt. Zudem fehlt eine nachvollziehbare Beurteilung, ob und wenn ja, inwiefern die physischen und psychischen Beeinträchtigungen, die bei der Beschwerdeführerin festgestellt wurden, zusammenwirken (vgl. Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Unter diesen Umständen steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1, E. 4.4.1.4).

Die Vorinstanz hat über die ungenügende Sachverhaltsabklärung in gesundheitlicher Hinsicht hinaus auch keine Abklärungen zur beruflichen Situation der Beschwerdeführerin getätigt, insbesondere trotz einer angegebenen Beschäftigung im Aufgabenbereich von 40 % keinerlei Abklärungen zur Situation im Haushalt und ihre Einschränkung hieraus (oben E. 6.10) und auch einen allfälligen Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen nicht ansatzweise geprüft, obwohl die Beschwerdeführerin mehrfach eine Umschulung beantragte (s. oben E. 5.3). Entsprechend erweist sich die Sache auch in erwerblicher Hinsicht als unklar, weshalb die Einholung eines Gerichtsgutachtens ausser Betracht fällt.

**7.2** Ergänzend bleibt festzuhalten, dass gemäss IK-Auszug vom 10. Juni 2014 die AHV-Beiträge der Beschwerdeführerin für den Zeitraum von Februar 2010 bis Dezember 2011 wieder vollständig ausgebucht wurden und gemäss ergänzendem IK-Auszug vom 31. Oktober 2018 nur Einträge für den Zeitraum von Januar 2012 bis Mai 2014 vermerkt sind (vgl. B-act. 9.1a-b). Die fehlenden Einträge für den Zeitraum von Februar 2010 – Dezember 2011 stehen im Widerspruch zu den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, wonach letztere von Februar 2010 – Mai 2014 für sie tätig gewesen sei (vgl. IV 58.1 und 51.6; oben E. 5.3). Im Hinblick auf die Prüfung eines Rentenanspruchs und der Voraussetzung von mindestens 36 geleisteten Monatsbeiträgen bleibt durch die Vorinstanz zu prüfen, ob der Beschwerdeführerin entweder in der Schweiz mehr als die eingetragenen 29 Beitragsmonate (01/2012 – 05/2014) angerechnet werden können, zumal sie unbestritten auch von Februar 2010 – Dezember 2011 in der Schweiz arbeitete und gemäss den Akten nach Mai 2014 noch Krankentaggelder bezog (vgl. IV 58.6 und 52, 33, 25.11), oder ob ihr gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Rz. 2023.1 KSVI (oben E. 4.6.1) weitere Beitragszeiten aus Deutschland und/oder Rumänien angerechnet werden können.

**7.3** Die Beschwerdeführerin dringt demnach mit ihrer Beschwerde, ihr IV-Leistungsanspruch sei nicht genügend abgeklärt worden, durch. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache zur Klärung des Sachverhalts an die Vorinstanz zur ergänzenden polydisziplinären Begutachtung (Allgemeine innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und ev. Angiologie), unter Beachtung der in BGE 137 V 210 festgehaltenen Parteirechte und der in BGE 141 V 281 für Schmerzstörungen festgehaltenen Vorgehensweise zurückzuweisen. Darin wird auch die Frage der Medikation/Schmerzlinderung zu erörtern sein, zumal – soweit ersichtlich – die Schmerzspezialisten in der Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_ zu keiner abschliessenden Beurteilung kamen. Weiter hat die Vorinstanz die berufliche Situation (inkl. Haushaltstätigkeit [s.o. E. 6.10]) der Beschwerdeführerin mit Statusfrage und Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8 IVG zu prüfen und die Akten im Hinblick auf die Beitragszeit zu vervollständigen. Anschliessend hat sie über den Leistungsanspruch neu zu verfügen.

## **8.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

**8.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dieser keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der am 24. Oktober 2016 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr anzugebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**8.2** Der nicht-anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs 1 VwVG entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

*(Dispositiv: siehe nächste Seite)*

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 25. August 2016 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägung 7 den Sachverhalt abkläre, den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin prüfe und anschliessend neu darüber verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Susanne Flückiger

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: