



Abteilung III
C-948/2017

Urteil vom 25. September 2018

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiberin Nadja Francke.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Detlev Ballas, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 12. Januar 2017).

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1962 geborene und in ihrer Heimat wohnhafte deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war laut Angaben der Schweizerischen Ausgleichskasse (nachfolgend: SAK) zuhanden der Deutschen Rentenversicherung Bund (nachfolgend: DRV) mit kurzen Unterbrüchen von Ende 1999 bis Ende 2009 (insgesamt während 108 Monaten) in der Schweiz erwerbstätig und leistete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, und Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [nachfolgend: act.] 18, S. 2).

B.

B.a Nachdem sich die Versicherte am 25. Juli 2013 bei der DRV zum Leistungsbezug angemeldet hatte (act. 2, S. 6), übermittelte diese der SAK am 13. April 2016 (Eingangsstempel SAK: 18. April 2016, act. 1) die Formulare E 204 DE und E 205 DE sowie diverse medizinische Unterlagen zur Prüfung eines Anspruchs auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (act. 1 bis 15).

B.b In den Unterlagen befand sich u. a. ein von der DRV veranlassetes polydisziplinäres Gutachten (Disziplinen: Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie) vom 3. Februar 2016 (Datum Gutachtensabschluss, act. 8 und 9, act. 9, S. 22). Der neurologisch-psychiatrische Gutachter Dr. med. B._____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie, stellte aufgrund der am 2. Februar 2016 durchgeführten Untersuchung folgende Diagnosen: Abhängigkeit vom Alkohol, zurzeit wahrscheinlich abstinent (ICD-10 F10.2G), Abhängigkeit von Nikotin/Tabak (ICD-10 F17.2G) und Zustand nach schwerer depressiver Episode, zurzeit leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0G), bei positiver Familienanamnese diesbezüglich (act. 9, S. 18 f.). Er führte aus, dass die berufliche Leistungsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit auf ein Mass von unterhalb von 3 Stunden pro Tag abgesunken sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei die berufliche Leistungsfähigkeit auf ein Mass von 3 bis unter 6 Stunden abgesunken. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe seit Februar 2016 bis voraussichtlich Februar 2018 (act. 9, S. 20, 22).

B.c Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, hatte in ihrem Bericht vom 25. Januar 2016

als Diagnosen eine Alkoholerkrankung sowie eine rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig, angegeben. Sie hatte festgehalten, dass sich die Versicherte seit 10. Mai 2011 bei ihr in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde. Im Zusammenhang mit den genannten Diagnosen seien mehrfache stationäre Behandlungen erforderlich geworden, teils wegen schwerer Depressionen, teils wegen der Alkoholerkrankung. Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit der Versicherten im Erwerbsleben als aufgehoben zu betrachten (act. 11).

B.d Mit Rentenbescheid vom 12. April 2016 sprach die DRV der Versicherten eine vom 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2017 befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zu (act. 5, 17).

C.

C.a Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) bestätigte der Versicherten am 18. April 2016 den Eingang der Anmeldung (act. 16) und forderte diese am 28. April 2016 auf, verschiedene Fragebogen auszufüllen und zu retournieren sowie alle vorhandenen ärztlichen Berichte – soweit diese nicht bereits bei den Akten der DRV seien – einzureichen (act. 19). Nach einer am 28. Juni 2016 erfolgten Mahnung seitens der IVSTA reichte die Versicherte die geforderten Unterlagen ein (act. 30 bis 37). Die IVSTA holte zudem Berichte der beiden letzten Arbeitgeber der Versicherten ein. Die D._____ AG (ehemals: E._____) in (...) teilte der IVSTA am 4. Mai 2016 mit, dass die Versicherte in ihrem Unternehmen vom 1. November 1999 bis 31. Oktober 2009 als Reiseleiterin tätig gewesen sei (act. 23). Auf telefonische Nachfrage der IVSTA am 10. Mai 2016 gab die Verantwortliche der D._____ AG an, dass die Versicherte 40 Stunden pro Woche gearbeitet habe (act. 25). Gemäss Arbeitgeberbericht der F._____ gGmbH (ehemals: G._____ gGmbH) vom 10. August 2016 war die Versicherte dort vom 1. August 2011 bis 30. April 2014 als Mitarbeiterin im Bereich Telefonzentrale/Anmeldung mit einem Pensum von 25 Stunden pro Woche beschäftigt. Der Austritt der Versicherten sei betriebsbedingt erfolgt (act. 31, S. 12 ff.).

C.b Aufgrund der Ergebnisse der erwerblichen Abklärungen kam die IVSTA zum Schluss, dass bei der Versicherten “die gemischte Methode“ anzuwenden sei (act. 39).

C.c In einer Stellungnahme vom 22. September 2009 hielt der zuständige Arzt des von der IVSTA konsultierten internen medizinischen Dienstes,

Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, dass die Versicherte einen chronischen Alkoholabusus betreibe und über die Zeit immer wieder stationär vom Alkohol entzogen worden sei. Irreversible alkoholbedingte Folgeschäden seien in den zahlreichen Arztberichten nicht beschrieben worden. In der psychiatrischen Expertise vom 2. Februar 2016 sei eine leichte depressive Episode festgestellt worden, welche nicht invalidisierend sei. Somit sei der Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie in anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zumutbar (act. 40).

C.d Mit Vorbescheid vom 3. Oktober 2016 stellte die IVSTA der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Zur Begründung wies sie darauf hin, dass die Versicherte gemäss den vorliegenden Angaben eine Erwerbstätigkeit im Pensum von 65 % ausgeübt und die restliche Zeit dafür verwendet habe, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Infolgedessen werde zur Bemessung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode angewendet. Aus den Akten gehe hervor, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung seien die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich sowie eine gewinnbringende Teilzeittätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar (act. 41).

C.e Gegen den Vorbescheid erhob die Versicherte am 13. Oktober 2016 Einwand und teilte mit, sie werde Stellungnahmen ihrer behandelnden Ärzte einreichen (act. 43). Innert der von der IVSTA gewährten Fristerstreckung (act. 44) reichte die Versicherte einen Bericht von Dr. C. _____ vom 19. Oktober 2016 ein, worin als Diagnose nebst der Alkoholkrankung eine rezidivierende depressive Störung, zurzeit schwere Episode, angegeben und eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsleben attestiert wurde (act. 46). Im Weiteren erstattete sie einen Bericht ihrer Hausärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, vom 26. Oktober 2016, worin ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsleben bescheinigt wurde (act. 47). Auf Aufforderung der IVSTA reichte die Versicherte zudem noch den von Dr. C. _____ erwähnten Bericht des Hospitals J. _____, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, vom 29. Juni 2016 betreffend eine im Mai/Juni 2016 erfolgte stationäre Behandlung ein (act. 48 bis 51).

C.f Die IVSTA unterbreitete die medizinischen Berichte Dr. H. _____ vom internen medizinischen Dienst zur Beurteilung (act. 52). Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2016 fest, dass es in den Berichten

der behandelnden Ärzte an einer Anamnese, an genauen Befunden sowie an Angaben zu Therapien und zum Verlauf der Gesundheitsprobleme hinsichtlich der Schwere der Symptome mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fehle. Es könne weiterhin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B. _____ vom 2. Februar 2016 bzw. auf die darin genannten Diagnosen abgestellt werden. Allein aufgrund des weiterhin betriebenen Alkoholabusus sei die Versicherte nicht arbeitsunfähig, zumal sich ihr Zustand durch eine erneute zumutbare Abstinenz verbessern lasse (act. 56).

C.g Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. H. _____ wies die IVSTA das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 12. Januar 2017 ab (act. 57).

D.

D.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 10. Februar 2017 (Datum Postaufgabe) Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung und die Ausrichtung einer IV-Rente. Sie teilte mit, sich im vorliegenden Verfahren durch Rechtsanwalt Dr. Ballas vertreten zu lassen. Ihrer Beschwerde legte sie bereits aktenkundige Berichte bei sowie ein Formular, gemäss welchem sie bei der DRV am 1. Februar 2017 die Weiterzahlung der Rente beantragt hatte (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1).

D.b Auf Aufforderung des Instruktionsrichters reichte Rechtsanwalt Dr. Ballas am 27. Februar 2017 (Datum Postaufgabe) eine Vertretungsvollmacht ein. Zudem teilte er mit, dass sich die Beschwerdeführerin zurzeit in stationärer Behandlung befinde (BVGer-act. 3).

D.c Unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. med. K. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des internen medizinischen Dienstes vom 1. Mai 2017 beantragte die Vorinstanz mit ihrer Vernehmlassung vom 3. Mai 2017 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. K. _____ aus, dass sich der Alkoholismus sowie die depressive Störung der Beschwerdeführerin im Sinne der schweizerischen Rechtsprechung nicht invalidisierend auswirkten. Beim Alkoholismus handle es sich um einen primären Alkoholismus, der weder eine Folge einer anderen gesundheitlichen Beeinträchtigung sei, noch bislang zu einer irreversiblen gesundheitlichen Schädigung geführt habe. Betreffend die depressive Störung sei diese noch im Januar 2016 von der behandelnden Psychiaterin als leicht- bis mittelgradig beurteilt, und

im Gutachten vom 3. Februar 2016 als leichte depressive Episode bezeichnet worden. Anlässlich der Hospitalisation im Juni 2016 sei keine Diagnose einer aktiven depressiven Störung gestellt worden. Erst am 19. Oktober 2016 habe die behandelnde Psychiaterin dann die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt, allerdings ohne die entsprechenden Befunde zu beschreiben. Bis zum Datum der angefochtenen Verfügung könne deshalb keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von invalidisierendem Ausmass im Sinn von Art. 28 Abs. 1 IVG (SR 831.20) bestanden haben. Allerdings habe es Dr. K. _____ aufgrund des Berichts der behandelnden Psychiaterin vom 19. Oktober 2016 als erforderlich erachtet, die Entwicklung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab Oktober 2016 zu prüfen. Die Frage des allfälligen Eintritts eines Versicherungsfalls nach dem Verfügungserlass am 12. Januar 2017 könne aber nicht im vorliegenden Verfahren beurteilt werden, sondern könne nur Gegenstand der Prüfung eines bei der Verwaltung einzureichenden neuen Leistungsgesuchs bilden. Vorliegend rechtfertige es sich, die Angelegenheit nach Abschluss des Beschwerdeverfahrens an die Vorinstanz zur Prüfung des Verlaufs ab Oktober 2016 im Sinne eines neuen Leistungsgesuchs zu überweisen (BVGer-act. 10).

D.d Unter Beilage bereits aktenkundiger medizinischer Berichte machte die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 9. Juni 2017 (Datum Postaufgabe) – sinngemäss unter Aufrechterhaltung ihrer Rechtsbegehren – im Wesentlichen geltend, dass bei ihr neben dem Alkoholismus eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Erkrankung vorliege, die – ob sie nun als Ursache oder Folge des Alkoholismus betrachtet werde – anspruchsbegründend sei. Alle Entgiftungsmassnahmen und Klinikaufenthalte seit dem Jahr 2009 hätten jeweils nur zu kurzfristigen und leichten Verbesserungen des Gesundheitszustands geführt. In den ärztlichen Berichten seien fortlaufend eine depressive Erkrankung sowie eine Alkoholkrankheit bescheinigt worden. Aus dem Gutachten von Dr. B. _____ vom 2. Februar 2016 gehe eindeutig hervor, dass eine deutliche Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgrund psychischer und internistischer Leiden vorliege. Es bestehe die hohe Wahrscheinlichkeit, dass es schon durch kleinste Belastungen im privaten oder beruflichen Bereich wieder zu Alkoholmissbrauch komme. Erforderlich sei die konsequente Weiterführung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapien, weshalb die Ausübung eines Berufs sowohl aus zeitlichen als auch gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich sei. Die behandelnde Psychiaterin habe

diese Einschätzung bestätigt. Beantragt werde die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens zum aktuellen gesundheitlichen Zustand (BVGer-act. 13).

D.e Mit ihrer Duplik vom 19. Juni 2017 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen fest und verwies zur Begründung auf die Vernehmlassung (BVGer-act. 15).

D.f Mit Verfügung vom 27. Juni 2017 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin die Duplik zur Kenntnisnahme zu und schloss den Schriftwechsel ab (BVGer-act. 16).

D.g Mit Eingabe vom 24. Oktober 2017 (Datum Postaufgabe) erkundigte sich die Beschwerdeführerin nach dem Stand des Verfahrens und reichte einen Bericht des Hospitals J. _____ vom 2. Juni 2017 betreffend ihre stationäre Behandlung vom 20. Mai bis 2. Juni 2017 ein. Zudem reichte sie einen Bescheid der DRV vom 23. August 2017 ein, wonach die Rente wegen voller Erwerbsunfähigkeit weiterhin gewährt werde. Die Rente falle mit Ablauf des Monats Oktober 2019 weg (BVGer-act. 17). Diese Eingabe samt Beilagen wurden der Vorinstanz mit Instruktionsverfügung vom 30. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht (BVGer-act. 19).

D.h Mit Eingabe vom 6. März 2017 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. C. _____ vom 31. Januar 2018 zu den Akten (BVGer-act. 20). Diese Eingabe samt Beilage stellte der Instruktionsrichter der Vorinstanz am 9. März 2018 zur Kenntnisnahme zu (BVGer-act. 21).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1), wenn und soweit diese gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 IVG anwendbar sind.

1.2 Als direkter Adressat ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung berührt und sie kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (vgl. Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist daher, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 6), einzutreten.

2.

2.1 Anfechtungsobjekt und Begrenzung des Streitgegenstands bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 12. Januar 2017, mit welcher das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische IV-Rente abgewiesen worden ist.

2.2 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: 12. Januar 2017) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den – bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden – gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; BGE 116 V 80 E. 6b).

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

3.

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie

Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), woran sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nichts geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-4409/2017 vom 6. März 2018 E. 3.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

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

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen

könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode; Art. 27^{bis} IVV [SR 831.201]; zum Anwendungsbereich vgl. BGE 143 I 60; 143 I 50; 143 V 77; SVR 7/2017 IV Nr. 52 [9C_525/2016] E. 4).

4.

Die Beschwerdeführerin übte gemäss den vorliegenden Akten von November 1999 bis Oktober 2009 eine Vollzeiterwerbstätigkeit als Reiseleiterin aus (40 Stunden pro Woche, act. 23, 25). Danach war sie vom 1. August 2011 bis 30. April 2014 (letzter effektiver Arbeitstag: 2. März 2014) als Verwaltungsangestellte teilzeiterwerbstätig im Umfang von 25 Stunden pro Woche (act. 31, S. 12 ff.). Ausgehend von dieser letzten Arbeitstätigkeit qualifizierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin als (hypothetisch) Teilzeiterwerbstätige und erklärte zur Bestimmung des Invaliditätsgrads die gemischte Methode für anwendbar (act. 39).

4.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. 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 erforderlich ist (BGE 141 V 15

E. 3.1 mit weiteren Hinweisen; Urteil BGer 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.3).

4.2 Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen, unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteile BGer 8C_157/2017 vom 6. November 2017 E. 1.3; Urteil BGer 9C_222/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2; Urteil BGer 9C_497/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 3.1). Insbesondere hat auch die vor Eintritt der Invalidität ausgeübte Tätigkeit nur Indiziencharakter und wirkt im Hinblick auf die Statusfrage nicht präjudizierend (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 5 Rz 9, 24). Bei der Beurteilung der Statusfrage hat immer eine einlässliche Würdigung der gesamten Verhältnisse des Einzelfalls zu erfolgen (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 5 Rz 25 mit Hinweis auf BGE 117 V 194).

4.3 Die Vorinstanz stellte der Beschwerdeführerin u.a. einen Fragebogen mit Fragen betreffend die vor dem Leistungsgesuch und allenfalls aktuell noch ausgeübte(n) Tätigkeit(en) zu. Die für die Festlegung des Status der Beschwerdeführerin vorliegend massgebliche Frage, aus welchen Gründen sie (nach rund 10-jähriger Vollzeitberufstätigkeit als Reiseleiterin) eine Teilzeittätigkeit gewählt habe, beantwortete die Beschwerdeführerin nicht (act. 31, S. 2, Frage 5). Die Frage lässt sich auch anhand der Akten nicht abschliessend beantworten. Es finden sich jedoch Hinweise darauf, dass die Wahl einer Teilzeittätigkeit bei der F._____gGmbH aus gesundheitlichen Gründen erfolgt sein könnte. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung durch Dr. B._____ an, dass das Arbeitsverhältnis mit der D._____ AG im Jahr 2009 aufgrund der Alkoholproblematik im gegenseitigen Einverständnis aufgehoben worden sei (act. 8, S. 2). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten der Klinik L._____ war sie im Sommer 2009 wegen Depressionen während 7 Wochen in stationärer Behandlung im Hospital J._____. Im Jahr 2010 folgte eine weitere 6-wöchige stationäre Behandlung im Hospital J._____ aufgrund einer schweren depressiven Episode und zur Entgiftung (act. 14, S. 5 f., keine entsprechenden Arztberichte in den Akten). Die Beschwerdeführerin gab weiter an, im Jahr 2011/2012 erneut eine depressive Episode erlitten zu haben, woraufhin eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Dr. med. M._____ (kein Arztbericht in den Akten) sowie Dr. C._____ erfolgt sei

(act. 6, S. 11; act. 11). Gemäss Entlassungsbericht der Klinik L._____ vom 11. Juli 2014 wurde die Erstdiagnose einer depressiven Episode im Jahr 2011 durch die Psychiaterin Dr. med. N._____ vom Hospital J._____ gestellt. Seitdem sei die Beschwerdeführerin mit antidepressiver Medikation behandelt worden (act. 6, S. 6, kein entsprechender Arztbericht in den Akten). Dr. C._____ hielt im Bericht vom 25. Januar 2016 fest, dass sich die Beschwerdeführerin seit 10. Mai 2011 bei ihr in psychiatrischer Behandlung befinde (act. 11).

Anhand der dargelegten Angaben und Berichte zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin bereits vor Antritt der Teilzeitstelle bei der F._____ gGmbH per 1. August 2011 unter arbeitsfähigkeitseinschränkenden psychischen Beschwerden gelitten haben könnte, die allenfalls der Grund dafür waren, weshalb sie eine Teilzeitstelle wählte. Dafür spricht weiter, dass die Beschwerdeführerin auch während ihrer Tätigkeit bei der F._____ gGmbH immer wieder gesundheitliche Probleme hatte. So absolvierte sie während ihrer Anstellung eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vom 16. April bis 19. Juli 2013 (act. 14), sowie teilstationäre Behandlungen vom 11. bis 23. Dezember 2013 und vom 2. bis 10. Januar 2014 (act. 13). Weiter wurde im Entlassungsbericht der Klinik L._____ vom 11. Juli 2014 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz durch Beeinträchtigung der Arbeitsleistung, der Ansammlung von Fehlzeiten sowie durch Alkoholfaktor aufgefallen sei. Nach einem Hilfsangebot im Jahr 2012 sei es im Jahr 2014 zu zwei Abmahnungen gekommen und der Arbeitgeber habe eine Therapieempfehlung ausgesprochen (act. 6, S. 7). Gegenüber Dr. B._____ gab die Beschwerdeführerin an, das Arbeitsverhältnis sei seitens des Arbeitgebers per Oktober 2015 (richtig wohl: 30. April 2014; act. 31, S. 12 ff.) gekündigt worden, nachdem es ihr nicht gelungen sei, dauerhaft alkoholabstinent zu bleiben (act. 9, S. 10). Seitens der F._____ gGmbH wurde im Arbeitgeberbericht die Frage, ob die Beschwerdeführerin die Arbeit längere Zeit oder wiederholt habe unterbrechen müssen, bejaht; nähere Angaben wurden aber mit Verweis auf den Datenschutz nicht gemacht (act. 31, S. 13). Zum Grund des Austritts der Beschwerdeführerin wurde festgehalten, dass dieser betriebsdingt erfolgt sei (act. 13, S. 12). Überwiegend wahrscheinlich erscheint jedoch eine Kündigung aufgrund der gesundheitlichen Probleme, zumal die Beschwerdeführerin gleich nach dem letzten effektiven Arbeitstag am 2. März 2014 von ihrem Hausarzt in das Hospital J._____ zur stationären Behandlung eingewiesen wurde (act. 12).

4.4 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Vorinstanz den Sachverhalt, welcher der Beurteilung des Status der Beschwerdeführerin zugrunde liegt, entgegen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht (Art. 43 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1) nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Die Vorinstanz hat es unterlassen, mittels gezielter Fragen bei den ehemaligen Arbeitgebern sowie den (ehemals) behandelnden Ärzten den offenen Sachverhalt zu klären. Zu klären ist insbesondere die Frage, weshalb die Beschwerdeführerin, nachdem sie während rund 10 Jahren vollzeiterwerbstätig gewesen war, eine Teilzeittätigkeit wählte. Sollte diese Wahl aus rein gesundheitlichen Gründen erfolgt sein, so wäre die Beschwerdeführerin als im hypothetischen Gesundheitsfall Vollzeiterwerbstätige zu qualifizieren und der Invaliditätsgrads mittels eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des EGv I 253/05 vom 9. Dezember 2005, E. 4). Die Vorinstanz wird hierzu weitere Abklärungen zu treffen und die Statusfrage unter einlässlicher Würdigung der gesamten Verhältnisse zu entscheiden haben. Wie sich nachfolgend zeigt, ist der Entscheid über die Statusfrage auch für die Bestimmung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des sog. Wartejahres im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG relevant (vgl. E. 5 nachfolgend).

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Versicherte, die (nebst den Anforderungen nach Bst. a) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vervollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist eine materielle Anspruchsvoraussetzung für die Rentenberechtigung, diejenige nach Art. 29 Abs. 1 IVG (zum Normzweck BGE 140 V 2 E. 5.3) ist eine solche verfahrensmässiger Natur (formelle Karenzfrist; BGE 142 V 547 E. 3.2).

5.2 Die Wartezeit bezieht sich auf die Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG und nicht auf die davon abzugrenzenden Konstrukte der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 ATSG; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 Rz 24). Unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im

bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 130 V 97 E. 3.2 S. 99; SVR 2007 IV Nr. 38 S. 130; BGE 105 V 156 E. 2). Dabei ist unerheblich, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Stand 1. Januar 2017, Rz 2009). Für die Eröffnung der einjährigen Wartezeit genügt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (SVR 2008 BVG Nr. 31 S. 126, AHI 1998 S. 124 E. 3c). Wie die Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres verläuft, spielt grundsätzlich keine Rolle. Entscheidend ist allein, dass während eines Jahres durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestand (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28 Rz 26). Ein wesentlicher Unterbruch der Wartezeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens dreissig aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVV). Tritt nach einem wesentlichen Unterbruch wieder eine Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 20 %) ein, so beginnt die Wartezeit – unter Vorbehalt des (hier nicht anwendbaren) Art. 29^{bis} IVV – neu zu laufen, ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit. Die Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit ist nach Tagen vorzunehmen (Grundlage 365 Tage, vgl. KSIH Rz 2017 f.).

5.3 Bei erwerbstätigen Versicherten muss die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen arbeitsrechtlich etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle in Erscheinung treten. Mit anderen Worten muss die Leistungseinbusse in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des BGer 8C_652/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 2 mit Hinweisen).

5.4 Auch bei im Haushalt tätigen versicherten Personen ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen – analog zur Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen – auf Basis medizinischer Stellungnahmen und deren Verifizierung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst bzw. internen medizinischen Dienst zu beurteilen und nicht etwa anhand von Ergebnissen einer Haushaltsabklärung. Aus der Stellungnahme sollte hervorgehen, ab wann und inwieweit die versicherte Person in ihrer Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich eingeschränkt war (BGE 130 V 97 E. 3.3.3; KSHI Rz 2019).

5.5 Bei Teilerwerbstätigen ist zur Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit – analog zur Ermittlung des Invaliditätsgrads – auf den gewichteten Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeit in beiden Teilbereichen (Erwerbstätigkeit und Aufgabenbereich) abzustellen (BGE 130 V 97, KSIH Rz 2019.1).

5.6 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung werden die in den ärztlichen Berichten und Expertisen enthaltenen Prozentangaben zur Arbeitsfähigkeit grundsätzlich und unabhängig von der anzuwendenden Bemessungsmethode auf ein Vollzeitpensum bezogen (Urteile des BGer 9C_648/2010 vom 10. August 2011 E. 3.6.3; 9C_742/2009 vom 25. Februar 2010 E. 3.1; 9C_89/2010 vom 30. März 2010 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen), soweit die Ärztin oder der Arzt nicht explizit festhält, dass sich die Angaben an einem Teilzeitpensum messen oder sich dies zweifelsfrei aus dem Kontext ergibt (vgl. Urteil I 194/95 vom 15. November 1996 E. 3b).

6.

Bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit sind folgende von der Rechtsprechung entwickelte Grundsätze zu beachten (siehe Urteil BGer 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2 mit Hinweisen):

6.1 Nach der Rechtsprechung führt eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Alkohol, Medikamente, Drogen) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle

Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Suchtproblematik ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile des BGer 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1; 8C_582/2015 E. 2.2.1).

6.2 Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c) ist nicht entscheidend, ob die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Suchtproblematik – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet; dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Substanzabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (8C_582/2015 E. 2.2.2 mit Hinweis auf Urteile des BGer 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

7.

In Bezug auf Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis ist die folgende neuste Rechtsprechung des Bundesgerichts zu beachten:

7.1 Das Bundesgericht hat im Grundsatzurteil BGE 143 V 409 vom 30. November 2017 festgehalten, dass die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen, allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden könne. Ob eine Therapie durchgeführt werde, gelte zwar auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus (E. 4.4). Gestützt auf eine erneute vertiefte Prüfung der Sach- und Rechtslage kam das Bundesgericht zum Schluss, dass an der bisherigen Rechtsprechung zu den leichten und mittelschweren Depressionen nicht mehr festgehalten werden könne. Denn die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen könnten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, erweise sich in dieser absoluten Form als unzutreffend und stehe einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Krankheit im Einzelfall entgegen (E. 4.5.1).

In der Folge hielt das Bundesgericht mit Verweis auf das gleichentags gefällte Urteil BGE 143 V 418 fest, dass Depressionen neu anhand des Indikatorenkatalogs gemäss BGE 141 V 281 abzuklären sind (E. 4.5.2). Ferner führte das Bundesgericht aus, dass psychische Leiden – wie die somatoformen/funktionellen Störungen – wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich seien. Deshalb sei auch bei diesen Leiden der Beweis indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren, zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme beständen, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Demnach sind nach dieser neuesten bundesgerichtlichen Recht-

sprechung grundsätzlich sämtliche psychischen Krankheiten einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. dazu auch THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018).

8.

8.1 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

8.1 Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2).

Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

9.

9.1 Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor (chronologische Aufzählung):

- Ärztlicher Entlassungsbericht der Klinik L. _____ an die DRV vom 19. Juli 2013 betreffend stationäre Behandlung vom 16. April bis 19. Juli 2013. Diagnosen u.a.: Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Für die bisherige Tätigkeit als Verwaltungsangestellte wurde der Beschwerdeführerin eine volle Leistungsfähigkeit attestiert (act. 14).
- Bericht der Klinik O. _____, Abteilung für Suchterkrankungen, vom 7. Februar 2014 betreffend teilstationäre Behandlungen vom 11. bis 23. Dezember 2013 und vom 2. bis 10. Januar 2014. Diagnosen: Länger dauernde depressive Reaktion (ICD-10 F43.2) und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2, act. 13).
- Bericht des Hospitals J. _____ vom 24. März 2014 betreffend stationäre Behandlung vom 6. bis 15. März 2014. Diagnosen u.a.: Exazerbierte Alkoholkrankheit mit Entzugssyndrom (ICD-10 F10.2, F10.3) und depressive Erkrankung (ICD-10, F 33.2, act. 12).
- Ärztlicher Entlassungsbericht der Klinik L. _____ an die DRV vom 11. Juli 2014 betreffend stationäre Behandlung vom 20. Mai bis 11. Juli 2014. Diagnosen u.a.: Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Für die bisherige Tätigkeit als Verwaltungsangestellte wurde der Beschwerdeführerin eine volle Leistungsfähigkeit attestiert (act. 6).
- Bericht Centrum P. _____, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin vom 4. November 2015 betreffend stationäre Behandlung vom 5. September bis 17. Oktober 2015. Diagnosen u.a.: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom (ICD-10 F10.2 und F10.3) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4, act. 7, S. 3 ff.).

- Bericht von Dr. C. _____ vom 25. Januar 2016. Diagnosen: Alkoholkrankung und rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig. Die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sei als aufgehoben anzusehen (act. 11).

- Im polydisziplinären Gutachten vom 3. Februar 2016 nannte der Gutachter für Innere Medizin, Dr. med. Q. _____, als Diagnosen Asthma bronchiale, Neurodermitis (ICD-10 J-469), chronischer Alkoholmissbrauch sowie länger anhaltende depressive Reaktion (act. 8, S. 18). Er hielt fest, dass aus rein internistischer Sicht bei der Beschwerdeführerin ein vollschichtiges Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit weiterhin gegeben sei (act. 8, S. 21). Im neurologisch-psychiatrischen Fachgutachten nannte Dr. B. _____ folgende Diagnosen: Abhängigkeit vom Alkohol, aktuell wahrscheinlich alkoholabstinent (ICD-10 F10.2G), Abhängigkeit von Nikotin/Tabak (ICD-10 F17.2G) und Zustand nach schwerer depressiver Episode, zurzeit leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0G), bei positiver Familienanamnese. Dr. B. _____ führte aus, dass sich die genannten Diagnosen auf das psychiatrische Teilgebiet bezögen. Aus neurologischer Sicht habe sich keine eigenständige Erkrankung objektivieren lassen. In Bezug auf die Alkoholabhängigkeit sei es der Beschwerdeführerin nicht gelungen, mittelfristig abstinent zu leben. Die von der Beschwerdeführerin berichtete kurzfristige 3-wöchige Alkoholabstinenz gebe diesbezüglich keinen Anlass für eine günstige Prognose. Das seelische Gesamtfinden der Beschwerdeführerin sei ausgesprochen labil; mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit befände sich die Beschwerdeführerin ohne die intensive psychiatrische-psychotherapeutisch-psychopharmakologische Behandlung, ergänzt durch eine intensive suchtmmedizinische Behandlung, ergänzt durch eine intensive sozialbetreuerische Behandlung, in einem desaströsen Gesamtzustand. Die Diagnosen der Alkoholabhängigkeit und depressiven Störung führten in ihrem Zusammenwirken und in ihrer gegenseitigen Verstärkung zu einer deutlich reduzierten beruflichen Leistungsfähigkeit in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin im Zentrum R. _____ (heute: F. _____ gGmbH, vgl. act. 31), wo sie sowohl in der Verwaltung als auch als Türkisch-Dolmetscherin in der sozialen Betreuung gearbeitet habe. Die Alkoholabhängigkeit führe dazu, dass die Beschwerdeführerin zurzeit für einen beruflichen Umgang mit Menschen nicht geeignet sei. Zusammengefasst liege die berufliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin betreffend die zuletzt ausge-

übte Tätigkeit unterhalb von 3 Stunden pro Tag. Die berufliche Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine leidensadaptierte Tätigkeit sei ebenfalls durch die erwähnten "Leidensbezeichnungen" (gemeint: Diagnosen) beeinträchtigt und sei auf ein Mass von 3 bis unter 6 Stunden abgesunken. Insgesamt sei von einer noch günstigen Prognose der Erkrankung auszugehen. Es könne in absehbarer Zeit mit einer seelischen Stabilisierung und damit einhergehend einer Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit gerechnet werden. Nach psychischer Stabilisierung wäre es durchaus denkbar, dass die Beschwerdeführerin erneut in einer ähnlichen beruflichen Tätigkeit wieder aktiv werden könnte, wie sie sie zuletzt ausgeübt habe. Die Leistungseinschränkung bestehe seit Februar 2016 bis voraussichtlich Februar 2018 (act. 9, S. 18 ff., S. 22).

- Bericht des Hospitals J._____ vom 29. Juni 2016 betreffend stationäre Behandlung vom 29. Mai bis 16. Juni 2016. Diagnosen u.a.: Exazerbierte Alkoholkrankheit mit Entzugssyndrom (ICD-10 F.10.2, F10.3) sowie diverse somatische Diagnosen. Eine depressive Störung wurde nicht erwähnt und der psychische Befund als unauffällig erachtet (act. 51).
- Bericht von Dr. C._____ vom 19. Oktober 2016. Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, zurzeit schwere Episode und Alkoholkrankung. Sie hielt fest, dass aufgrund der genannten Erkrankungen vielfältige stationäre Behandlungen erforderlich geworden seien, zuletzt im Mai/Juni 2016. Aktuell zeige sich die Versicherte schwer depressiv, hochangespannt, innerlich unruhig, emotional labil, zeitweise bestünden Suizidgedanken. Die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sei dauerhaft aufgehoben (act. 46).
- Bericht der Hausärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom 26. Oktober 2016. Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, psychovegetative Erschöpfung, Alkoholabusus, Schlaflosigkeit. Dr. I._____ hielt fest, dass die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Erwerbsleben auf unbestimmte Zeit nicht gegeben sei (act. 47).

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin bis zum Abschluss des Schriftenwechsels lediglich bereits aktenkundige ärztliche Berichte ein. Der mit der Eingabe vom 24. Oktober 2017 eingereichte Bericht des Hospitals J._____ vom 2. Juni 2017 (BVGer-act. 17) bezieht sich

nicht auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses und ist daher im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. Der mit Eingabe vom 6. März 2017 eingereichte Bericht von Dr. C. _____ vom 31. Januar 2018 (BVGer-act. 20) enthält demgegenüber eine bis vor Verfügungserlass zurückreichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und kann daher in die Beweiswürdigung miteinbezogen werden (vgl. E. 2.2 hiervor).

9.2 Gestützt auf die Stellungnahmen des internen medizinische Dienstes, welcher in diagnostischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. B. _____ vom 3. Februar 2016 abstellte (act. 40, 56, BVGer-act. 10), qualifizierte die Vorinstanz jeweils mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung weder die diagnostizierte Alkoholabhängigkeit noch die leichte depressive Störung als invalidenversicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Beeinträchtigung und ging in Abweichung zur Einschätzung von Dr. B. _____ von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in sämtlichen Tätigkeiten aus (BVGer-act. 10).

9.2.1 Betreffend die leichte depressive Störung stützte sich die Vorinstanz auf die mittlerweile überholte Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach leichte und mittelschwere Depressionen nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen könnten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 7 hiervor) kann diese Ansicht nicht aufrechterhalten werden. Auch leicht- bis mittelgradige depressive Störungen bzw. deren funktionellen Einschränkungen sind demnach grundsätzlich mittels des Indikatorenkatalogs gemäss BGE 141 V 281 objektiv und allseitig abzuklären, eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kann mithin nicht mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" von vornherein verneint werden.

9.2.2 In Bezug auf die Alkoholabhängigkeit wurde die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz mit der Begründung verneint, dass diese weder eine krankheitswertige gesundheitliche Beeinträchtigung bewirkt habe noch selber Folge eines krankheitswertigen Gesundheitsschadens sei (BVGer-act. 10, S. 2). Hierzu ist festzuhalten, dass – wie soeben erwähnt – mit der neben der Alkoholabhängigkeit diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode ein potentiell invalidisierender bzw. krankheitswertiger Gesundheitsschaden vorliegt, ein solcher mithin nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann. Betreffend die Frage, ob die Alkoholabhängigkeit Folge oder Ursache der depressiven Störung ist, lässt sich aus

den Akten nichts Eindeutiges entnehmen: Dr. K. _____ vom internen medizinischen Dienst ging gestützt auf den Entlassungsbericht der Klinik L. _____ vom 11. Juli 2014 (act. 6, S. 6, "Suchtanamnese") von einem "primären Alkoholismus" aus (BVGer-act. 10). Demgegenüber finden sich auch Hinweise darauf, dass primär die depressive Störung in Erscheinung trat. So wurde im Gutachten vom 3. Februar 2016 gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, dass diese 1980/81 erstmals wegen einer "psychischen Problematik" in hausärztlicher Behandlung gewesen sei. Ungefähr im Jahr 2003 sei dann erstmals eine Alkoholproblematik aufgetreten (act. 8, S. 5, 18 f.; act. 9, S. 5). Gegenüber den Ärzten der Klinik L. _____ gab die Beschwerdeführerin an, ebenfalls im Jahr 2003 erstmalig eine depressive Episode erlitten zu haben. Diese habe mit dem Zeitpunkt der Erkrankung ihres langjährigen Partners in Zusammenhang gestanden (act. 6, S. 11). Unabhängig von der Frage nach Ursache und Folge geht aus den Akten jedenfalls hervor, dass zwischen der Alkoholabhängigkeit und der depressiven Störung der von der Rechtsprechung geforderte enge Zusammenhang in Form von Wechselwirkungen gegeben ist. So hielt Dr. B. _____ in seinem Gutachten fest, dass die beiden Diagnosen zusammenwirkten und sich gegenseitig verstärkten, was zu einer deutlich reduzierten Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit führe (act. 9, S. 19). Auch im Entlassungsbericht der Klinik L. _____ war bereits von einer Wechselwirkung berichtet worden. Die Ärzte hatten ausgeführt, dass von einer Wechselwirkung zwischen der depressiven Verarbeitung der Suchtentwicklung und dem funktionalen Einsatz des Suchtmittels zur Unterdrückung von Trauererfahrungen, Grübelgedanken sowie Schuld- und Schamgefühlen auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin setze Alkohol zur Bewältigung der depressiven Symptomatik ein (act. 6, S. 11, 14). Entsprechend erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Bei den von der Vorinstanz noch durchzuführenden weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. E. 9.3 ff. nachfolgend) hat daher die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Gesamtwürdigung unter Einbezug der Diagnosen depressive Störung und Alkoholabhängigkeit sowie deren Wechselwirkungen zu erfolgen.

9.3 Die Vorinstanz hielt in der Verfügung vom 12. Januar 2017 ohne konkrete Begründung fest, es habe bei der Beschwerdeführerin keine ausreichende Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG vorgelegen (act. 57, S. 2).

9.3.1 Zunächst stellt sich die Frage, ob und wann das Wartejahr eröffnet wurde, wofür das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % in der bisherigen Tätigkeit genügt (vgl. E. 5.2 hiervor). Dr. B. _____ attestierte der Beschwerdeführerin mit nachvollziehbarer Begründung eine "deutlich reduzierte berufliche Leistungsfähigkeit" in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Arbeitstätigkeit. Die berufliche Leistungsfähigkeit sei auf ein Mass unterhalb von 3 Stunden pro Tag abgesunken (act. 9, S. 19 f.). Die Leistungsminderung bestehe seit Februar 2016 (act. 9, S. 22). Mangels anderer Angaben im Gutachten ist davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. B. _____ auf ein Vollzeitpensum bezieht (vgl. E. 5.6 hiervor). Ausgehend von einer Regelarbeitszeit von 8 Stunden pro Tag beträgt die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit somit über 60 %. Das Wartejahr wäre folglich spätestens im Februar 2016 eröffnet worden, wobei es bei diesem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit keine Rolle spielt, ob die Beschwerdeführerin als Vollzeit- oder Teilzeiterwerbstätige zu qualifizieren ist; eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ist gestützt auf das Gutachten von Dr. B. _____ so oder so gegeben. Nicht nachvollziehbar erscheint jedoch die unbegründete Angabe von Dr. B. _____, wonach die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit erst ab Februar 2016 gelte. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit vor der Begutachtung am 2. Februar 2016 hat er sich nicht geäußert, sondern nur zur Arbeitsfähigkeit im Begutachtungszeitpunkt (vgl. act. 9, S. 19: "zum augenblicklichen Zeitpunkt") und für die folgenden zwei Jahre bis Februar 2018 (act. 19, S. 22). In den Akten befinden sich medizinische Berichte bis zurück ins Jahr 2013 (vgl. E. 9.1 hiervor), worin überwiegend die gleichen Diagnosen wie im Gutachten gestellt wurden, was für einen früheren Beginn der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von über 60 % spricht. Da Dr. B. _____ sich nicht mit diesen Berichten auseinandersetzte und auch keine rückwirkende (Verlaufs-)Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornahm, kann nicht auf den Zeitpunkt Februar 2016 als Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. als Eröffnungszeitpunkt des Wartejahres abgestellt werden. Unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. C. _____ vom 25. Januar 2016, worin sie der Beschwerdeführerin gestützt auf die Diagnosen Alkoholkrankheit und rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradig, eine vollständig aufgehobene Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben attestiert hatte (act. 11), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Wartejahr bereits spätestens im Januar 2016 eröffnet wurde. Demzufolge wäre das Wartejahr – unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin während dieses Jahres zu durchschnittlich 40 % arbeitsunfähig war (vgl. E. 9.3.2 nachfolgend) – im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung erfüllt gewesen. Vor diesem Hintergrund wäre vor

Verfügungserlass durch die Vorinstanz auch abzuklären gewesen, ob das Wartejahr allenfalls noch früher als im Januar 2016 eröffnet wurde. Dabei ist der Zeitraum rückwirkend bis Januar 2013 zu berücksichtigen, da der Anmeldezeitpunkt der Beschwerdeführerin bei der DRV am 25. Juli 2013 (act. 2, S. 6) auch für das Gesuch um Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung massgebend ist (vgl. Art. 81 VO Nr. 883/2004; vgl. auch Art. 29 ATSG; Urteil des BVGer C-1039/2012 vom 7. März 2014 E. 6.2). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen kann (vgl. E. 5.1 hier vor), wäre der frühestmögliche Rentenbeginn somit der 1. Januar 2014, wobei als Anspruchsvoraussetzung das Wartejahr in diesem Zeitpunkt erfüllt sein müsste. Folglich hat die Vorinstanz unter Berücksichtigung des Zeitraums bis rückwirkend Januar 2013 unter Einbezug sämtlicher medizinischer Berichte und allenfalls noch einzuholender Angaben des letzten Arbeitgebers abzuklären, ab wann eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % in der bisherigen Tätigkeit vorlag bzw. wann das Wartejahr eröffnet wurde.

9.3.2 Weiter stellt sich die Frage, ab wann vorliegend (ab Eröffnung des Wartejahres) während eines Jahres eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch vorgelegen hat (vgl. E. 5.1 hier vor). Im Zeitraum von Januar 2013 bis Dezember 2015 liegen keine medizinischen Berichte vor, aufgrund derer sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführer mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit rückwirkend beurteilen liesse. Darüber, ob ab Januar 2016 (vgl. Bericht von Dr. C. _____ vom 25. Januar 2016) oder ab dem Begutachtungszeitpunkt im Februar 2016 eine durchschnittliche 40 %ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit während eines Jahres bestand, geben die vorliegenden Akten ebenfalls keine Auskunft. Jedenfalls kann diesbezüglich nicht auf die Stellungnahme von Dr. K. _____ vom internen medizinischen Dienst abgestellt werden. Dieser schloss aus der Angabe von Dr. B. _____, wonach es bei der Beschwerdeführerin durchaus denkbar sei, dass sie nach psychischer Stabilisierung erneut in einer ähnlichen wie der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit wieder aktiv werden könnte, dass bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2017 keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (BVGer-act. 10, Stellungnahme S. 3). Diese Schlussfolgerung erscheint nicht nachvollziehbar, denn die Wiedererlangung der Arbeitsunfähigkeit hätte gemäss Dr. B. _____ eine psychische Stabilisie-

rung der Beschwerdeführerin vorausgesetzt (act. 9, S. 20 f.), welche ausgehend von den vorliegenden Berichten wohl nicht eingetreten ist. So wurde nur wenige Monate nach der Begutachtung wieder eine stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin erforderlich (vgl. Bericht des Hospitals J. _____ betreffend stationäre Behandlung vom 29. Mai bis 16. Juni 2016, act. 51). Weiter gab Dr. C. _____ im Bericht vom 19. Oktober 2016 an, dass bei der Beschwerdeführerin neben der Alkoholerkrankung eine rezidivierende depressive Störung, zurzeit schwere Episode, vorliege (act. 46). Überdies stellte die Hausärztin Dr. I. _____ im Bericht vom 26. Oktober 2016 die Diagnosen psychovegetative Erschöpfung und Schlaflosigkeit (act. 47). Aus diesen Berichten ist abzuleiten, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin entgegen der Prognose von Dr. B. _____ nicht stabilisierte. Im Gegenteil dürfte aufgrund der wiederholt eingetretenen Verschlechterungen die im Begutachtungszeitpunkt gemachte Einschätzung von Dr. B. _____, wonach bei der Beschwerdeführerin von einer erhöhten Vulnerabilität und einem "ausgesprochen labilen seelischen Gesamtbefinden" auszugehen sei (act. 9, S. 16, 19), auch für den Zeitraum nach der Begutachtung und bis zum Verfügungserlass noch zugetroffen haben. Insbesondere sprechen die medizinischen Akten (act. 46, 47) für eine Akzentuierung der gesundheitlichen Situation im Laufe der zweiten Jahreshälfte 2016, was auch der Vorinstanz auffiel. Wie von Dr. K. _____ in seiner Stellungnahme vom 1. Mai 2017 festgehalten (BVGeract. 10, Stellungnahme S. 3) – ist im Rahmen der weiteren Abklärungen insbesondere zu ermitteln, ob sich die von Dr. C. _____ geltend gemachte Verschlechterung ab Oktober 2016 in Form einer schweren depressiven Episode mittels Befunden klar belegen lässt; der entsprechende im Vorbescheidverfahren (und nicht wie von Dr. K. _____ festgehalten nach Verfügungserlass) eingereichte Bericht vom 19. Oktober 2016 erweist sich diesbezüglich als zu wenig ausführlich und unvollständig.

9.3.3 Hinsichtlich des für die Erfüllung des Wartejahrs erforderlichen Arbeitsunfähigkeitsgrads von durchschnittlich 40 % ist Folgendes zu beachten: Sollte im Rahmen des Wartejahres der Arbeitsunfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin nicht durchgehend ein Ausmass erreichen, bei dem unabhängig von ihrem Status als Vollzeit- oder Teilzeiterwerbstätige eine durchschnittliche 40 %ige Arbeitsunfähigkeit vorläge, so müsste im Falle, dass die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige qualifiziert würde, auch die Leistungseinschränkung im Haushalt für den gesamten relevanten Zeitraum ab dem (noch abzuklärenden) Beginn des Wartejahres auf Basis einer noch vorzunehmenden medizinischen Stellungnahme festge-

stellt werden (vgl. E. 5.4 hiavor) und es wäre zur Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit auf den gewichteten Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeit in beiden Teilbereichen abzustellen (vgl. E. 5.5 hiavor).

9.4 Zusammengefasst lassen die vorliegenden Akten keine verlässlichen Schlüsse in Bezug auf den Beginn, die Dauer und die Höhe der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der massgeblichen Zeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu; mithin lässt sich auch die Frage nach Beginn und Erfüllung des Wartjahres als Voraussetzung für einen Rentenanspruch ohne weitere Abklärungen nicht beantworten. Nach dem Gesagten greift der Antrag der Vorinstanz, die Angelegenheit sei ihr zur Prüfung einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab Oktober 2016 im Sinne einer Neuanschuldung zu überweisen, viel zu kurz. Erforderlich ist vielmehr eine umfassende Abklärung des Gesundheitszustands und der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab Januar 2013, da – wie erwähnt – bereits ab Januar 2014 ein Rentenanspruch bestehen könnte.

10.

10.1 Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Verfügungserlass weder in beruflich-erwerblicher (vgl. E. 4.4 hiavor) noch in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt.

10.2 Der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit lassen sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage und mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann. Um eine vollständige und umfassende (auch rückwirkende) Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit zu ermöglichen, erscheint die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie unumgänglich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des

BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der polydisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVerfG C2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1).

10.3 Die Gutachter haben sich unter Berücksichtigung von sämtlichen vorliegenden und allenfalls nachträglich noch beizuziehenden ärztlichen Berichten und Gutachten zur Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit bzw. zu den vorhandenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin – rückwirkend ab dem Zeitpunkt deren Eintritts bzw. frühestens ab Januar 2013 – zu äussern. Sie haben sich insbesondere auch dazu zu äussern, ob neben der Suchtkrankheit ein eigenständiges somatisches und/oder psychisches Leiden vorliegt, das durch diese hervorgerufen oder verstärkt wird. Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin hat in Anwendung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 141 V 281) zu erfolgen. Sollte die Beschwerdeführerin im Rahmen der Statusabklärung als Teilzeiterwerbstätige qualifiziert werden, haben die Gutachter neben der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsleben (bisherige und leidensadaptierte Tätigkeit) zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt über den gesamten relevanten Zeitraum Stellung zu nehmen.

10.4 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BVerfG 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVerfG C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

10.5

10.5.1 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen

möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsrespektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte der medizinische Dienst der Vorinstanz nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Die Vorinstanz hat mithin keine umfassende medizinische Beurteilung eingeholt, obwohl eine solche geboten gewesen wäre.

10.5.2 Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Eine Rückweisung ist vorliegend umso mehr gerechtfertigt, da die Vorinstanz auch zusätzlich beruflich-erwerbliche Abklärungen für die Beurteilung der Statusfrage zu treffen hat (vgl. E. 4.4 hiavor). Wie bereits erwähnt hat die Statusfrage nicht nur Einfluss auf die Art der Invaliditätsbemessung, sondern auch auf die Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit während des Wartjahres (vgl. E. 5.3 ff. hiavor). Überdies beeinflusst sie die Art der Abklärungen betreffend die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Leistungsfähigkeit. Eine Aufteilung des Abklärungsverfahrens – indem die Abklärungen im Zusammenhang mit der Statusfrage durch die Vorinstanz vorgenommen würden, währenddem in medizinischer Hinsicht ein Gerichtsgutachtens veranlasst würde – wäre vorliegend nicht sinnvoll, zumal dadurch mit einer Verlängerung der Verfahrensdauer zu rechnen wäre. Ein Endentscheid könnte allein mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens ohne die Ergebnisse der weiteren Abklärungen jedenfalls nicht herbeigeführt werden (vgl. Urteil des BVGer C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 6).

11.

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2017 aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

12.

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

12.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– (BVGeract. 6) wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

12.2 Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der sich im Wesentlichen auf die Einarbeitung in das Dossier und die Erstellung der Replik beschränkte, wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt; vgl. zum Ausschluss der MWSt betreffend Dienstleistungen für die Beschwerdeführerin mit Wohnsitz im Ausland Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2) auf Fr. 1'500.– festgelegt (Art. 10 VGKE).

(Dispositiv nächste Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 12. Januar 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

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

3.

Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Nadja Francke

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 erfüllt sind. Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: