



Urteil vom 11. März 2019

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richter Beat Weber, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Nadja Francke.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Elisabeth Tribaldos, Rechtsanwältin,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Leistungsanspruch
(Verfügung vom 9. Juni 2017).

Sachverhalt:

A.

A.a Die am (...) 1958 geborene und in ihrem Heimatland wohnhafte deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war als Grenzgängerin in der Schweiz erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV, Akten der Vorinstanz [nachfolgend: act.] 11, S. 2). Namentlich arbeitete sie vom 24. November 2008 bis zum Eintritt der vollständigen Arbeitsunfähigkeit am 7. Dezember 2012 (Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 31. Juli 2013, vgl. act. 46, S. 5) mit einem Pensum von zuletzt 80 % (vgl. act. 121) als Pflegehelferin in der B._____ AG in (...) (act. 4, S. 4; act. 15.1).

A.b Am 27. Februar 2013 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle C._____ zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an, wobei sie betreffend ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einen Entlassungsbericht der Klinik D._____ in (...)/DE vom 28. Januar 2013 verwies (act. 4, S. 5). In diesem Bericht zuhanden der Deutschen Rentenversicherung (nachfolgend: DRV) waren folgende Diagnosen genannt worden: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), idiopathische thrombozytopenische Purpura (ICD-10 D69.3), Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10 E06.3), Mikrohämaturie (ICD-10 R31) und Innenohrschwerhörigkeit (ICD-10 H90.3). Für die letzte berufliche Tätigkeit als Pflegehelferin wurde der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Umfang von weniger als 3 Stunden und für eine leidensadaptierten Tätigkeit eine solche von 6 Stunden und mehr attestiert (act. 9).

A.c Die IV-Stelle C._____ holte Berichte bei den behandelnden Ärzten der Versicherten ein. Der Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, nannte in seinem Bericht vom 10. Februar 2014 als arbeitsfähigkeitseinschränkende Diagnosen eine seit März 2011 bestehende reaktive Depression (ICD-10 F32.9) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1, act. 26). Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. F._____, Fachärztin für psychosomatische Medizin/Psychotherapie und Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie/Sozialmedizin, gab in ihrem Bericht vom 19. Februar 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Erkrankung, rezidivierend, derzeit mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.1) sowie eine idiopathische thrombozytopenische

Purpura (ICD-10 D69.3) an und attestierte eine seit November 2012 bestehende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin (act. 27). In Würdigung der Berichte kam der zuständige Arzt des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gemäss seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2014 zum Schluss, dass bei der Versicherten der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit verbesserungsfähig sei, weshalb berufliche Integrationsmassnahmen sinnvoll seien (act. 29).

A.d Gemäss einem zuhanden der zuständigen Krankentaggeldversicherung erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. März 2014 wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode, teilremittiert bei bekannter rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1), eine asthenische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) und eine idiopathische Thrombozytopenie M. Werlhof (ICD-10 D69.3) genannt. Dr. H._____ hielt fest, dass aufgrund des Gesundheitszustands der Versicherten davon auszugehen sei, dass diese wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreiche, wobei eine Unterstützung mittels beruflicher Integrationsmassnahmen günstig erscheine (act. 37, S. 2-20).

A.e In der Folge wurden Integrationsmassnahmen durchgeführt in Form eines Jobcoachings vom 31. Juli bis 30. November 2014, einem Belastbarkeits- und Aufbautraining in der Stiftung I._____ (im Betrieb "kaufmännische Dienstleistungen") vom 6. Juli 2014 bis 31. März 2015 sowie einem Aufbautraining im 1. Arbeitsmarkt in der J._____ AG in (...) vom 1. April bis 31. Juli 2015 (act. 42 - 104). Im Schlussbericht zu den Integrationsmassnahmen vom 17. September 2015 hielt der Eingliederungsverantwortliche fest, dass die Versicherte im J._____ die beste Leistung und konstanteste Präsenz habe erbringen können. Sie habe dort im Bereich der Fussbäder mit einem täglichen Pensum von 5 Stunden gearbeitet und alle anfallenden Tätigkeiten ausgeführt. Während der Massnahme sei es zu zwei kurzen Krankheitsabsenzen gekommen. Die beabsichtigte Steigerung des Pensums auf 5.5 Stunden sei in diesem Arbeitsbereich mit den hohen Anforderungen eines Badebetriebs (Aufsicht, Dienstleistung, Information, Reinigung, hohe Luftfeuchtigkeit und -temperatur, Kundenkontakt, keine Pausen, immer in Bewegung) nicht möglich gewesen. Bei einer leichteren Tätigkeit könne von einem möglichen Pensum von bis ca. 6 Stunden ausgegangen werden. Da eine Verlängerung der Integrationsmassnahmen nicht mehr möglich bzw. zielführend sei, würden diese abgeschlossen. Die

Versicherte habe mitgeteilt, dass sie sich wie vereinbart bei der Arbeitsagentur in Deutschland angemeldet habe und dort Leistungen beziehe (act. 112). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verfügte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) auf Veranlassung der IV-Stelle C._____ am 10. November 2015, dass die Teilnahme an der Integrationsmassnahme "Aufbautraining" abgeschlossen werde, und dass betreffend eine allfällige befristete Rente zu gegebener Zeit eine separate Verfügung ergehen werde (act. 127).

A.f Die behandelnden Ärzte Dr. F._____ und Dr. E._____ gaben in ihren Verlaufsberichten vom 15. Juli 2015 bzw. 5. August 2015 (Eingangsdatum) beide an, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten infolge der Integrationsmassnahmen verschlechtert habe (act. 109, 111). In seinem Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2015 gab Dr. E._____ einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand an und hielt fest, dass der Versicherten andere (leidensangepasste) Tätigkeiten (z. B. Bürotätigkeiten) im Umfang von anfangs 3 bis 6 Stunden zumutbar seien (act. 128). Dr. F._____ hielt in ihrem Verlaufsbericht vom 21. März 2016 fest, dass es während der Integrationsmassnahmen, insb. während der Tätigkeit im J._____, zu einer fortschreitenden Verschlechterung in Form von vermehrter Depressivität, vorzeitiger Erschöpfbarkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsstörungen sowie einer erneuten Verschlechterung der Thrombozytenwerte gekommen sei. Seither habe es gewisse Befindenschwankungen gegeben, auf durchgehend niedrigem Leistungsniveau. Insbesondere seit Anfang 2016 bestehe erneut eine depressive Exazerbation. Als arbeitsfähigkeitseinschränkende Diagnosen nannte Dr. F._____ "F33.1, zeitweise auch F33.2" sowie idiopathisches Purpura und hielt fest, dass der Versicherten weder die bisherige noch andere Tätigkeiten zumutbar seien (act. 132). Gemäss seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2016 erachtete RAD-Arzt Dr. G._____ die ihm vorgelegten Berichte als nicht ausreichend zur Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit der Versicherten und hielt daher eine Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie und Allgemeine Innere Medizin für angezeigt (act. 133).

A.g Im Hinblick auf die bevorstehende Begutachtung der Versicherten stellte die IVSTA der IV-Stelle C._____ zur Vervollständigung deren Dossiers die neu hinzugekommenen Akten zu (act. 142, 145), darunter ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. K._____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juli 2016 zuhanden der DRV. Gemäss diesem hatte Dr. K._____ bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1)

und eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) diagnostiziert und festgehalten, dass die Versicherte wegen der Kombination der psychischen und somatischen Beschwerden als erwerbsunfähig einzustufen sei (act. 142, S. 51-61). Gemäss Rentenbescheid der DRV vom 8. September 2016 wurde der Versicherten ab 1. Mai 2016 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen (act. 145, S. 2).

A.h Am 25. Oktober 2016 wurde die Versicherte durch die L. _____ AG bidisziplinär (Psychiatrie und Innere Medizin) untersucht und begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 14. November 2016 (act. 146.1) wurde als einzige Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) genannt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen angegeben: idiopathische thrombozytopenische Purpura (Morbus Werlhof, ED 2/2011), Verdacht auf Hashimoto-Thyreoiditis, geringe Rezidivvarikosis beider Unterschenkel bei Zustand nach Varizen-Operation beidseits 1995, initiale Gonarthrose beidseits sowie Zustand nach Tonsillektomie 1975. Die Gutachter kamen konsensual zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen sowie in leidensadaptierten Tätigkeiten aufgrund der psychiatrischen Symptomatik um 40 % eingeschränkt sei (act. 146.1, S. 18 f.). RAD-Arzt Dr. G. _____ erachtete das Gutachten gemäss seiner Stellungnahme vom 23. November 2016 als grundsätzlich beweiskräftig, hielt jedoch fest, dass die gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion aus rein versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante Arbeitsfähigkeitseinschränkung zu begründen vermöge. Insofern müsse man zum Schluss kommen, dass die Versicherte keine wesentlich beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit aufweise (act. 149).

A.i Mit Vorbescheid vom 1. Februar 2017 stellte die IV-Stelle C. _____ der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (act. 150). Dagegen erhob die Versicherte am 17. Februar 2017 Einwand (act. 153). Innert der zweifach erstreckten Frist zur Einreichung einer detaillierten Begründung beantragte die zwischenzeitlich durch Rechtsanwältin Elisabeth Tribaldos vertretene Versicherte die Ausrichtung einer Rente und/oder Durchführung einer beruflichen Massnahme; eventualiter die Durchführung einer erneuten medizinischen Begutachtung oder einer BE-FAS-Abklärung; subeventualiter die Prüfung und Durchführung beruflicher Massnahmen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass das L. _____-Gutachten nachvollziehbar und begründet dargelegt habe,

dass eine verselbständigte, dauerhafte und arbeitsfähigkeitseinschränkende gesundheitliche Störung gegeben sei. Demgegenüber könne auf die vom Gutachten abweichende RAD-Beurteilung aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden (reines Aktenkonsil, keine schlüssige Begründung für die Abweichung von der gutachterlichen Beurteilung, Unvereinbarkeit mit den Resultaten des Belastbarkeitstrainings, Unvereinbarkeit mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte, fehlende Fachkompetenz für die abschliessende Beurteilung der orthopädischen Einschränkungen im Bereich der Knie, Unvereinbarkeit mit der Zusprache einer vollen Invalidenpension durch die DRV). Betreffend den Einkommensvergleich sei keine Beurteilung vorgenommen worden, ob die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 60 % auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überhaupt noch – insbesondere unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters – verwertbar sei. Hierfür sei eine BEFAS-Abklärung durchzuführen. Weiter seien geeignete berufliche Integrationsmassnahmen durchzuführen, denn bei der Massnahme in einer Badeanstalt habe es sich aufgrund der hohen Verletzungsgefahr um eine nicht dem Leiden angepasste Tätigkeit gehandelt (act. 162). Zu dem Einwandschreiben hielt RAD-Arzt Dr. G._____ am 23. Mai 2017 fest, dass die Vorbringen der Versicherten nichts an der bisherigen versicherungsmedizinischen Einschätzung änderten. Betreffend die geltend gemachten orthopädischen/rheumatologischen Einschränkungen verweise er auf die RAD-interne Stellungnahme von Dr. med. M._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 23. Mai 2017 (vgl. act. 165), welcher zum Schluss gekommen sei, dass die Knieproblematik die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer entsprechend angepassten Tätigkeit nicht vermindere (act. 164).

A.j Mit Verfügung vom 9. Juni 2017 wies die IVSTA gestützt auf die Feststellungen der IV-Stelle C._____ das Leistungsbegehren der Versicherten ab. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen und unter Verweis auf die (psychiatrische und rheumatologische) Stellungnahmen des RAD vom 23. Mai 2017 fest, dass die psychiatrische Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion einerseits impliziere, dass die depressiven Beschwerden reaktiver Natur seien auf dem Boden psychosozial belastender Ereignisse und Erlebnisse, und andererseits, dass sie von ihrer Schwere her nicht das Ausmass einer typisch depressiven Episode ausmachten. Dabei sei zu erwähnen, dass insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungszusprache grundsätzlich ausgeklammert würden. Im Weiteren werde auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts verwiesen, welches im Urteil 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 festgehalten habe, dass u.a. die Diagnose

“Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22)” nicht als invalidisierendes Leiden gelte. Bei einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion handle es sich rechtsprechungsgemäss auch nicht um eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (Urteil 9C_153/2012 vom 15. Oktober 2012). Die übrigen nach der Rechtsprechung massgeblichen Kriterien (sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen, Einschränkungen im Funktionsniveau, Therapieresistenz) seien bei der Versicherten weder gehäuft noch ausgeprägt erfüllt, so dass nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden geschlossen werden könne. Zusammengefasst begründe die psychosomatische Symptomatik aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der versicherungsmedizinischen Beurteilung (der Arbeitsfähigkeit) sei gegenüber dem subjektivem Erleben der Versicherten (während den Eingliederungsmassnahmen) der Vorrang zu geben, da nur erstere auf objektiven und nachvollziehbaren Befunden basiere. In Bezug auf die Berichte von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten sei rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Der Umstand, dass die DRV der Versicherten eine 100 %ige Invalidität zugestanden habe, begründe keine Bindungswirkung seitens der schweizerischen Invalidenversicherung. Bezüglich der Knieproblematik seien die Akten aufgrund des Einwands der Versicherten vom RAD-Facharzt für Rheumatologie beurteilt worden, welcher festgehalten habe, dass die diagnostizierte Gonarthrose beidseits mit rechts nachgewiesenen geringen degenerativen Veränderungen und klinisch dokumentierter normaler Funktion beider Kniegelenke keine Einschränkung in einer angepasster Tätigkeit begründe. Somit sei von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung auszugehen. Da weder durch weitere medizinische Abklärungen noch durch eine BEFAS-Abklärung anderslautende rechtserhebliche Erkenntnisse zu erwarten seien, könne auf diese verzichtet werden. Bezüglich der Aufnahme einer angepassten Tätigkeit werde auf die der Versicherten obliegende Schadenminderungspflicht verwiesen. Betreffend den Einkommensvergleich begründe vorliegend keines der rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigen Merkmale (insb. Alter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) einen Abzug vom anrechenbaren Tabellenlohn. Der Versicherten stünden auf dem gesetzlich vorgesehenen hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend leichte Hilfs-, Kontroll- und Überwachungsarbeiten offen. Die Zumutbarkeit der Verwertung der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit sei bei der Versicherten weder aufgrund ihres Alters noch aus anderen Gründen ausgeschlossen. In Bezug auf den

von der Versicherten subeventualiter gestellten Antrag auf Prüfung und Durchführung beruflicher Massnahmen werde auf die Verfügung vom 10. November 2015 verwiesen, mit welcher bereits rechtskräftig die Beendigung der Integrationsmassnahmen abgehandelt sowie auch ein Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen ausgeschlossen worden seien (act. 169).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob die nach wie vor durch Rechtsanwältin Elisabeth Tribaldos vertretene Versicherte am 10. Juli 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragte, die Verfügung vom 9. Juni 2017 sei aufzuheben und die Vorinstanz sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen nach IVG, namentlich eine Invalidenrente von mindestens 40 %, zu erbringen (Ziff. 1), die Vorinstanz sei zu verpflichten, ihr geeignete berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen (Ziff. 2), eventualiter sei ein medizinisches Obergutachten durch das Gericht in Auftrag zu geben (Ziff. 3), subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine verwaltungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen (Ziff. 4), unter Kosten und Entschädigungsfolge zzgl. MWST zulasten der Vorinstanz. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie um die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels (vgl. S. 9, Rz. 22 f.). Zur Begründung der Beschwerde führte sie im Wesentlichen aus, dass die Vorinstanz zu Unrecht nicht von einem IV-relevanten Gesundheitsschaden ausgegangen sei. Gemäss dem L. _____-Gutachten liege nachvollziehbar und begründet eine dauerhafte, die Arbeitsfähigkeit einschränkende gesundheitliche Störung vor. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei gutachterlich schlüssig und nachvollziehbar verneint worden. Zudem sprächen auch das Scheitern der beruflichen Integrationsmassnahmen, welches gemäss psychiatrischem Gutachter krankheitsbedingt gewesen sei, und die Beurteilungen der behandelnden Fachärzte für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die Vorinstanz und der RAD-Arzt verkannten, dass im psychiatrischen Kontext nicht die Diagnose allein relevant sei, sondern die Auswirkungen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit. Das verwaltungsexterne L. _____-Gutachten habe im Vergleich zur Aktenbeurteilung des psychiatrischen RAD-Arztes vom 23. November 2016 einen höheren Beweiswert. Zudem bestünden an der versicherungsinternen Beurteilung des psychiatrischen RAD-Arztes Zweifel, begründet durch die Resultate des Belastbarkeitstrainings, der fachlich fehlenden Kompetenz zur Beurteilung

der orthopädischen Einschränkungen im Bereich der Knie, woran auch die von der Vorinstanz eingeholte kurze Beurteilung des rheumatologischen RAD-Arztes vom 23. Mai 2017 nichts ändere, sowie dem Umstand, dass seitens der DRV eine volle Invalidenpension ausgerichtet werde. Somit habe das L. _____-Gutachten Vorrang und es sei auf die attestierte 40 %ige Arbeitsunfähigkeit abzustellen. Hinsichtlich der Zumutbarkeit der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass diese im konkreten Einzelfall zu beurteilen sei und eine solche Beurteilung bisher nicht stattgefunden habe. Aufgrund des fortgeschrittenen Alters stelle sich die Frage, ob eine theoretisch verbleibende Arbeitsfähigkeit überhaupt noch verwertbar sei. Eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zur Ermittlung der konkreten Leistungsfähigkeit anhand einer BEFAS-Abklärung zurückzuweisen. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz sei ihr eine Selbsteingliederung in den ausgeglichenen Arbeitsmarkt aufgrund dessen strukturelle Veränderung nicht (mehr) möglich, weshalb das Invalideneinkommen auf "Null" zu setzen sei. In Bezug auf berufliche Massnahmen habe sie – auch bei Gewährung einer Teilrente – Anspruch auf die Durchführung von geeigneten beruflichen Integrationsmassnahmen, denn bisher seien lediglich untaugliche Versuche unternommen worden, insbesondere sei die Tätigkeit im Rahmen des Belastbarkeitstrainings in einer Badeanstalt aufgrund der grossen Verletzungsgefahr nicht leidensadaptiert gewesen (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1).

B.b Mit Instruktionsverfügung vom 12. Juli 2017 wurde die Beschwerdeführerin aufgefordert, bis zum 14. August 2017 das der Verfügung beigelegte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen beim Bundesverwaltungsgericht einzureichen (BVGer-act. 2). Innert erstreckter Frist teilte die Beschwerdeführerin am 28. August 2017 mit, dass sie ihr Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurückziehe (BVGer-act. 5).

B.c Mit Vernehmlassung vom 27. Oktober 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde bzw. die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. In der beigelegten Stellungnahme der IV-Stelle C. _____ vom 24. Oktober 2017 war festgehalten worden, dass auf weitere Ausführungen verzichtet und auf die Erwägungen in der angefochtenen Verfügung verwiesen werde (BVGer-act. 6). Die Vernehmlassung wurde der Beschwerdeführerin mit Instruktionsverfügung vom 3. November 2017 zur Kenntnis gebracht (BVGer-act. 11).

C.

Auf die weiteren Vorbringen und Beweismittel wird – soweit entscheidungswesentlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 40 Abs. 2 IVV [SR 831.201], Art. 31, Art. 32 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die Beschwerdeführerin den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat (BVGer-act. 8), ist auf die unbestrittenenmassen innert Frist und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 10. Juli 2017 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

2.1 Gemäss Beschwerde beantragte die Beschwerdeführerin nebst der Ausrichtung einer Invalidenrente “von mindestens 40 %” auch die Durchführung geeigneter beruflicher Eingliederungsmassnahmen (BVGer-act. 1, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 1 und 2).

2.2 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Juni 2017, mit welcher die Vorinstanz einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgewiesen hat. Der durch diese Verfügung definierte Streitgegenstand beschränkt sich folglich auf den Rentenanspruch und kann sich grundsätzlich nicht auch auf weitere Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung, namentlich auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, erstrecken. Nun gilt im Sozialversicherungsrecht aber der allgemeine Grundsatz “Eingliederung vor Rente” (vgl. etwa UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Vorbemerkungen N 81 ff., mit Hinweisen), laut dem die Zusprache einer Rente die Unmöglichkeit voraussetzt, die rentenspezifische Invalidität mit einer (medizinischen oder beruflichen) Eingliederung zu minimieren (vgl. auch Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG). Ergäbe sich also, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Ren-

tenanspruch im Raum stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe (vgl. auch Urteil des BGer 8C_163/2018 vom 28. Januar 2019 E. 4.3.3.3, zur Publikation vorgesehen). Wenn allerdings eine IV-Stelle bereits zu einem früheren Zeitpunkt formell rechtskräftig über die berufliche Eingliederung verfügt hat, dann kann bei der Beurteilung des Rentenanspruchs keine vorgängige Prüfung des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" mehr erfolgen, da ansonsten die formell rechtskräftige Verfügung betreffend berufliche Massnahmen gerichtlich beurteilt würde, obwohl der Beschwerdeweg gegen diese Verfügung nicht mehr offen steht.

2.3 Die Vorinstanz verwies in der angefochtenen rentenabweisenden Verfügung auf ihre frühere Verfügung vom 10. November 2015, mit welcher rechtskräftig die Beendigung der Integrationsmassnahmen abgehandelt sowie ein Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen ausgeschlossen worden sei (act. 169, S. 7). Da sich das Dispositiv der Verfügung vom 10. November 2015 vom Wortlaut her nur auf die Beendigung der Teilnahme an der Integrationsmassnahme "Aufbautraining in der J. _____ AG" bezieht, stellt sich die Frage, ob die Vorinstanz einen allfälligen Anspruch der Beschwerdeführerin auf (weitere) berufliche Massnahmen tatsächlich als Ganzes verneint hat. Als Begründung der Verfügung vom 10. November 2015 wurde einerseits die Aussichtslosigkeit auf eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin angegeben und andererseits der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin beim deutschen Arbeitsamt für Leistungen angemeldet habe, wobei der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen beim Bezug von Leistungen der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes erlösche.

2.4 Da die Beschwerdeführerin deutsche Staatsangehörige ist und in Deutschland wohnt, sind vorliegend 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 anwendbare Verordnung (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004, die am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 abgelöst hat, anwendbar. Gemäss Anhang XI, Schweiz, Ziffer 8 der VO Nr. 883/2004 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 bis zur Zahlung einer Invalidenrente und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt. Diese (Nachversicherungs-)Norm wurde in Ziffer 1011 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV (KSBL; gültig ab 1. Juni 2002, Stand 4. April 2016) konkretisiert (vgl. BVGE 2017/ V7 E. 6.7). Gemäss dieser Bestimmung gelten schweizerische Staatsangehörige oder Personen mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Landes, die in der Schweiz ohne Wohnsitz zu haben eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmende oder Selbständigerwerbende ausgeübt haben und den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegen, weil sie ihre existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz in Folge Unfalls oder Krankheit aufgeben mussten, in Bezug auf den Anspruch von Eingliederungsmassnahmen als versichert. Dies gilt auch während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern sie keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnehmen. Der Nachversicherungsschutz endet hingegen beim Bezug einer (ganzen oder teilweisen) Invalidenrente, bei abgeschlossener erstmaliger Eingliederung oder beim Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes.

2.5 Angesichts der dargelegten Rechtslage und dem Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin bei der Arbeitslosenversicherung in Deutschland angemeldet hatte und – entsprechend ihren Angaben gegenüber dem Eingliederungsverantwortlichen – von dieser Leistungen bezog sowie an einer Massnahme teilnahm (vgl. act. 112, S. 3), ergibt sich, dass die Verfügung der Vorinstanz vom 10. November 2015 dahingehend zu verstehen ist, dass ein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen als Ganzes verneint wurde. Da die Verfügung unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist, kann der Anspruch auf berufliche Massnahmen nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden, weshalb auf den entsprechenden Antrag auf Zusprache von geeigneten beruflichen Eingliederungsmassnahmen nicht einzutreten ist. Der Streitgegenstand beschränkt sich folglich auf den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

3.

3.1 Im Hinblick auf das anwendbare Recht kommen wie erwähnt das FZA sowie die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme

der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin beurteilt sich jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA allein nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

3.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Juni 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 9. Juni 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

4.

4.1 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).

4.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG).

4.3 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Invalidität beurteilen bzw. bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

4.4 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, jedoch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b).

4.4.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten

und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; Urteil BGer 9C_278/2016 vom 22. Juli 2016 E. 3.2.2).

4.4.2 In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EGV I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

4.4.3 Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EGV I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteile des BGer 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371).

4.5 Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel

der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

4.6 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

5.

5.1 Umstritten ist zunächst, ob bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigende Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

5.2

5.2.1 Betreffend psychiatrische Erkrankungen ist zu beachten, dass gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung fortan nicht mehr nur psychosomatische Schmerzstörungen, sondern sämtliche psychische Leiden, insbesondere auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (BGE 143 V 418 E. 7.1 m.H. auf BGE 143 V 409 [beide vom 30. November 2017]). Dabei erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

(E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend (vgl. Urteil des BGer 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

5.2.2 Hinsichtlich der Beweismwürdigung eines den Indikatoren von BGE 141 V 281 folgenden Gutachtens – wie vorliegend an sich das L. _____ - Gutachten vom 14. November 2016 – sind zunächst die allgemeinen beweismrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten zu beachten (vgl. E. 4.3 und 4.4 hiuvor). Zudem ergibt sich aus BGE 141 V 281 Folgendes: Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweismwürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteile des BGer 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 5; 8C_746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.2 und 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1 mit Hinweisen). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des So-

zialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 144 V 50 E. 4.3; BGE 141 V 281 E. 6, Urteil des BGer 8C_635/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 6.1). Gelangt jedoch der Rechtsanwender zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil des BGer 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.5 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. G. _____ vom 23. November 2016 hielt die Vorinstanz das L. _____-Gutachten vom 14. November 2016 in tatsächlicher medizinischer Hinsicht zwar für beweiskräftig, gelangte jedoch in Abweichung zur gutachterlichen Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 40 % zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Sie begründete dies damit, dass die aus psychiatrischer Sicht gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion aus rein versicherungsmedizinischer Sicht keine IV-rechtlich relevante Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge, da die Diagnose einerseits impliziere, dass die depressiven Beschwerden reaktiver Natur und durch IV-rechtlich auszuklammernde psychosoziale Belastungsfaktoren begründet seien, und andererseits, dass die Beschwerden vom Schweregrad her nicht die einer typischen depressiven Episode erreichten. Zudem verwies die Vorinstanz auf bundesgerichtliche Entscheide aus den Jahren 2008 und 2015, wonach eine Anpassungsstörung bzw. eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nicht als invalidisierendes Leiden gelte (act. 169, S. 4, 6).

5.4 Die Ansicht der Vorinstanz, dass ausgehend von der Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion eine IV-rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von vornherein auszuschliessen sei, ist angesichts der oben dargelegten neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach sämtliche psychische Störungen einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind (E. 5.2.1 hiervor), nicht haltbar. Insofern sind auch die Verweise der Vorinstanz auf die nach alter Rechtsprechung (sog. Überwindbarkeitspraxis, vgl. BGE 130 V 352) ergangenen Bundesgerichtsentscheide unbeachtlich. Im Rahmen des nach

neuer Rechtsprechung seit Ende 2017 bei allen psychischen Erkrankungen grundsätzlich anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren ist anhand der massgeblichen Indikatoren das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht, ressourcenorientiert und ergebnisoffen zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.1.1. f.). Vor diesem Hintergrund verbietet es sich, aus einer bestimmten Diagnose per se direkt das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit abzuleiten. Dass insbesondere auch bei der Diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) nicht von vornherein eine arbeitsfähigkeitseinschränkende Wirkung ausgeschlossen werden kann, ergibt sich auch aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C_551/2015 vom 17. März 2016 (E. 5). Darin hat das Bundesgericht erwogen, dass unter F43.2 Störungen erfasst werden, deren Symptome meist nicht länger als sechs Monate anhalten, es sich bei den längeren depressiven Reaktionen (F43.21) jedoch anders verhält.

5.5 Soweit die Vorinstanz einen IV-rechtlich relevanten Gesundheitsschaden damit verneinen will, dass die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin bzw. die sich daraus ergebenden Beschwerden allein durch psychosoziale Belastungsfaktoren begründet seien, ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss zwar ein invalidisierender Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des BGer 9C_648/2017 vom 20. November 2017 E. 2.3.1 m.H. auf BGE 127 V 294 E. 5a). Jedoch verliert eine psychische Erkrankung nicht jegliche Relevanz im Sinne eines rein invaliditätsfremden Geschehens, nur weil sie *auch* auf psychosoziale Faktoren zurückgeführt werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_116/2018 vom 17. April 2018 E. 3.2.2). Gemäss den Diagnosekriterien der WHO handelt es sich bei Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder bei Vorhandensein oder der drohenden Möglichkeit von schwerer körperlicher Krankheit auftreten. Die individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine grosse Rolle, es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 209 f.). Demnach sind psychosoziale

Belastungen zwar mögliche "Auslösefaktoren" für eine Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2, jedoch wird das Beschwerdebild nicht allein durch diese, sondern durch das Hinzutreten der individuellen Disposition oder Vulnerabilität aufrechterhalten. Der psychiatrische L. _____-Gutachter gab in seinem Teilgutachten entsprechend an, dass es bei der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung, vor dem Hintergrund einer internistischen Erkrankung, zu einer depressiven Dekompensation im Sinne einer Anpassungsstörung gekommen sei, welche diese aufgrund von mangelnden Kompensationsmechanismen auch mit therapeutischer Hilfe nicht habe auflösen können (act. 146.2, S. 11). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass bei der Beschwerdeführerin keine Funktionseinschränkungen, welche sich aus den direkten Folgen nicht versicherter Faktoren (invaliditätsfremde Faktoren wie z. B. Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage etc.) ergäben, erkennbar seien (act. 146.1, S. 20). Entgegen der Ansicht der Vorinstanz kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin einzig durch psychosoziale Belastungsfaktoren begründet und eine IV-rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit damit a priori zu verneinen sei.

5.6 Nachdem nun festgestellt wurde, dass eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin entgegen der Ansicht der Vorinstanz nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann, ist im Folgenden zu prüfen, ob das L. _____-Gutachten vom 14. November 2016, welches die Vorinstanz zumindest in tatsächlicher medizinischer Hinsicht als beweiskräftig erachtete und insoweit ihrer Verfügung vom 9. Juni 2017 zugrunde legte, die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe sowie die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen erfüllt, so dass auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % abgestellt werden kann.

5.6.1 In BGE 141 V 281 wurde an verschiedenen Stellen auf die Wichtigkeit einer genauen Diagnosestellung nach einem international anerkannten Klassifikationssystem hingewiesen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 f.). Auch wenn das Bundesgericht in Folgeentscheiden den bis dahin auf der Diagnose liegenden Schwerpunkt auf die funktionalen Auswirkungen einer gesundheitlichen Störung verlegt hat (BGE 143 V 418 E. 6; Urteil des BGer 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4), stellt eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose nach wie vor den Ausgangspunkt dar für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, dar (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141

V 281 E. 2.1; 142 V 106 E. 3.3). So ist die gestellte Diagnose Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen. In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2 mit weiteren Hinweisen). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3). Dafür ist erforderlich, dass der medizinische Gutachter wenigstens kurz darlegt, welcher der charakteristischen Kriterien einer Diagnose inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind (Urteil des BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1). Die Bedeutung der genauen Diagnosestellung und -begründung wird entsprechend auch in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom 16. Juni 2016 (nachfolgend: Qualitätsleitlinien) betont. Demnach soll auf Grundlage sämtlicher erhobener und ausgewerteter Daten – d. h. der *medizinischen Befundlage* (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1) – eine Diagnose hergeleitet und begründet werden, indem sie den Kriterien der aktuellen ICD oder des aktuellen DSM gegenübergestellt und geprüft wird, welche der Kriterien aufgrund der Befunde erfüllt sind. Neben der Diagnosebegründung sind auch Differenzialdiagnosen zu diskutieren. Widersprüche (z. B. zwischen Aktenlage und klinischem Querschnittsbefund, zwischen Beschwerden und klinischem Befund, zwischen Befund und Ergebnissen von Zusatzuntersuchungen) müssen offengelegt und so weit wie möglich geklärt werden (S. 21, Rz. 6.3 der Qualitätsleitlinien). Die Qualitätsleitlinien legen die methodischen, formalen und inhaltlichen Grundanforderungen fest (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1.2) und die Rechtsprechung hat sie als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-)psychiatrische Begutachtung bezeichnet. Ein sich formal und inhaltlich nach den Leitlinien richtendes Gutachten soll somit den Regelfall bilden (BGE 140 V 260 E. 3.2.2; Urteil des BGer 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 3.3).

5.6.2 Der psychiatrische L._____-Gutachter, Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte bei der Beschwerdeführerin – ganz im Gegensatz zu sämtlichen psychiatrischerseits bisher gestellten Diagnosen – die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Diese Diagnosestellung ist aus verschiedenen Gründen nicht nachvollziehbar:

5.6.2.1 Gemäss der ICD-10-Klassifikation der WHO beinhalten die Diagnosekriterien einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) eine zeitliche Komponente. Demnach wird diese Form der Anpassungsstörung definiert als leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als 2 Jahre dauert (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 210). Gemäss Dr. N._____ soll die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion aufgrund der lebensgeschichtlichen Entwicklung (Summe der früheren negativen Erfahrungen, act. 146.2, S. 9) der Beschwerdeführerin, vor dem Hintergrund einer internistischen Erkrankung (gemeint: idiopathische thrombozytopenische Purpura), ausgelöst worden sein (act. 146.2, S. 11). Diese Aussage überzeugt nicht, denn wie aus dem internistischen Gutachten hervorgeht, erfolgte die Erstdiagnose der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (Morbus Werlhof) bereits im Februar 2011 (vgl. act. 146.3, S. 5), womit das Zeitkriterium von maximal 2 Jahren im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung vom 25. Oktober 2016 ganz klar überschritten war. Die Diagnose der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion konnte somit definitionsgemäss weder in diesem Zeitpunkt noch im für die vorliegende Beurteilung massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2017 vorgelegen haben (vgl. auch Urteil BGer 8C_551/2015 vom 17. März 2016 E. 5.1). Zudem erweisen sich die gutachterlichen Ausführungen zu den Auslösefaktoren als zu vage, denn die ICD-10-Klassifikation verlangt den eindeutigen Nachweis des belastenden Ereignisses bzw. der belastenden Situation bzw. der Lebenskrise, das bzw. die zur Störung geführt hat. Zudem müssen überzeugende, wenn auch vielleicht nur vermutete Gründe dafür, sprechen, dass die Störung ohne Belastung nicht aufgetreten wäre (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 209). Dies ist nicht vereinbar mit den Ausführungen von Dr. N._____, wonach die persistierende depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin bereits vor der Diagnose des Morbus Werlhof, die er als auslösenden Faktor nannte, aufgetreten sei (vgl. act. 146, S. 8 f.). Schliesslich bleibt unklar, weshalb die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin erst im Dezember 2012 eintrat, nachdem die Blu-

terkrankung bereits im Februar 2011 diagnostiziert worden war und die Anpassungsstörung gemäss Diagnosekriterien im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung eintritt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 209).

5.6.2.2 Weiter findet sich in der Beurteilung von Dr. N._____ keine ausreichende und nachvollziehbare Begründung, weshalb er von der in den medizinischen Vorakten fachpsychiatrisch wiederholt gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1; vgl. insb. act. 9; act. 26; 37; 142, S. 21; act. 132; act. 142, S. 51 ff.) abgewichen ist. Dr. N._____ nahm einzig Bezug auf das Gutachten von Dr. K._____ vom 8. August 2016 und kritisierte die gleichzeitige Vergabe der Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer Dysthymie, was in dieser Form dem ICD-10 nicht entspreche. Die von ihm diagnostizierte Anpassungsstörung würde das Beschwerdebild besser beschreiben, wobei dies letztlich von akademischem Interesse sei (act. 146.2, S. 12). Diese Ausführungen sind nicht überzeugend, denn die Diagnosekriterien der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und der rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige depressive Episode, überlappen sich zwar teilweise, sind aber nicht deckungsgleich (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 209 f. und 169 ff.). Ein wesentlicher Unterschied liegt darin, dass eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion definitionsgemäss nur bei einem *leichten* depressiven Zustand diagnostiziert werden kann (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 209). Demgegenüber hatte Dr. K._____ – wie auch die behandelnde Psychiaterin und weitere psychiatrische Fachärzte – eine *mittelgradig* ausgeprägte depressive Störung festgestellt (act. 142, S. 59). Eine Klärung dieses Widerspruchs findet sich im Gutachten von Dr. N._____ nicht. Zudem bleibt in diesem Zusammenhang auch die Aussage von Dr. N._____, es sei aus psychiatrischer Sicht von “mittelgradigen Befunden” auszugehen (act. 146.2, S. 9), unklar resp. widersprüchlich. Falls sich dies auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik beziehen sollte, hätte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion definitionsgemäss nicht gestellt werden dürfen.

5.6.2.3 Nebst der fehlenden Auseinandersetzung mit von anderen Ärzten der Psychiatrie gestellten abweichenden Diagnosen äusserte sich Dr. N._____ auch nicht zu dem Widerspruch zwischen dem von ihm erhobenen klinischen Befund und dem Ergebnis der testpsychologischen Untersuchung (Beck-Depressions-Inventar), bei welcher die Beschwerdefüh-

rerin laut Gutachten einen Wert erzielt hatte, der für eine schwere depressive Symptomatik spricht (vgl. act. 164.2, S. 7). Diesbezüglich besteht Klärungsbedarf, umso mehr, als sich gemäss einer anderen Testung (Test of Memory Malingering [TOMM-Test]) keine Hinweise auf das Vorliegen einer Aggravation oder gar Simulation seitens der Beschwerdeführerin finden liessen (act. 164.2, S. 8).

5.6.2.4 Zusammengefasst und im Sinne eines Zwischenfazit ist festzuhalten, dass die Diagnosestellung und -begründung durch Dr. N. _____ nicht nachvollziehbar ist, weshalb diesbezüglich nicht auf das psychiatrische (Teil-)Gutachten abgestellt werden kann.

5.6.3 Abgesehen von der mangelhaften Diagnosestellung vermag das Teilgutachten von Dr. N. _____ auch mit Blick auf die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe nicht zu überzeugen:

5.6.3.1 Die Kategorie “funktioneller Schweregrad” beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidsbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). Beim zum ersten Komplex der “Gesundheitsschädigung” gehörenden Indikator “Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde” (vgl. E. 5.2.1 hiervor) geht es darum, die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung festzustellen, d. h. die Schwere und das Ausmass des Krankheitsgeschehens. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist vom Gutachter anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Die vorliegend festgestellten diagnostischen Mängel und Unklarheiten im psychiatrischen Gutachten von Dr. N. _____ beschlagen unvermeidlich auch den Indikator “Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde”. Es ist wie erwähnt nicht klar, weshalb Dr. N. _____ zum Schluss kam, es lägen aus psychiatrischer Sicht “mittelgradige Befunde” vor bzw. worin diese mittelgradigen Befunde konkret bestehen. Bei der Definition des Belastungsprofils hielt er in Anlehnung an das Mini-ICF-APP fest, dass mittelgradige Beeinträchtigungen verschiedener Fähigkeiten gegeben seien, ohne jedoch dabei auf die psychopathologischen Befunde Bezug zu nehmen (act. 146.2, S. 11). Eine Plausibilisierung der angegeben mittelgradigen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist vor diesem Hintergrund nicht möglich.

5.6.3.2 Weiter hat unter dem Indikator “Komorbidität” eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der diagnostizierten psychischen Erkrankung(en) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen zu erfolgen (vgl. Urteil des BGer 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens auf sämtliche psychischen Erkrankungen vgl. BGE 143 V 418 E. 6 und 7). Wie das Bundesgericht in Präzisierung von BGE 141 V 281 in BGE 143 V 418 erkannt hat, fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert (Urteil 9C_21/2017 E. 5.2.1; BGE 143 V 418 E. 8.1). Im Sinne dieser geforderten beschwerdeübergreifenden Gesamtbetrachtung hätten sämtliche körperlichen Leiden der Beschwerdeführerin in die Ressourcenbeurteilung miteinbezogen werden müssen. Zwar erwähnte Dr. N._____ in seinem Teilgutachten unter “Komorbiditäten” die “Bluterkrankung” und beurteilte deren Auswirkungen auf die psychische Erkrankung, jedoch liess er die übrigen im internistischen Gutachten aufgeführten somatischen Diagnosen (act. 146.3, S. 5) unbeachtet. Insbesondere hinsichtlich der diagnostizierten beginnenden Gonarthrose beidseits hatte die Beschwerdeführerin gegenüber dem internistischen Gutachter über Schmerzen in beiden Kniegelenken geklagt (act. 146.3, S. 2), womit eine ressourcenmindernde Auswirkung dieser Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann. Aus der Stellungnahme des rheumatologischen RAD-Arztes vom 23. Mai 2017, wonach die Kniebeschwerden in einer leidensadaptierten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zur Folge hätten, folgt nicht, dass diese im Rahmen der Ressourcenbeurteilung unbeachtlich sind (vgl. Urteil BGer 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.3). Nach dem Gesagten erweist sich die psychiatrische Abklärung betreffend den Indikator “Komorbidität” als unvollständig.

5.6.3.3 Betreffend den ebenfalls der Kategorie des funktionellen Schweregrades angehörenden Komplex “Persönlichkeit” (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) finden sich keine Ausführungen zu den persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin, welche die psychiatrische Beeinträchtigung kompensieren und damit die Leistungsfähigkeit begünstigen könnten (vgl. Urteil des BGer 9C_658/2018 E. 5 m. H. auf BGE 141 V 281 E. 4.1.1). Da die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach

neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits zu bestimmen ist (BGE 141 V 281 E. 3.6), stellen die fehlenden gutachterlichen Angaben zu den persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin einen Mangel dar. Infolge dessen, lässt sich auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. N. _____ nicht plausibilisieren.

5.6.4 Schliesslich erweisen sich die Angaben von Dr. N. _____ zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als zu vage. So hielt er fest, dass die beschriebenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin seit dem 7. Dezember 2012 bestünden, und dass der damals dokumentierten Arbeitsunfähigkeit von 100 %, insbesondere aufgrund der erfolgten Krankenhausaufenthalte, durchwegs gefolgt werden könne. Im Verlauf hätte dann jedenfalls in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % erreicht werden können (act. 146.2, S. 12). Mangels konkreter zeitlicher Angaben unter Bezugnahme auf die in den Akten vorhandenen echtzeitlichen fachpsychiatrischen Berichte, reichen die Aussagen von Dr. N. _____ nicht, um die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in retrospektiver Hinsicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen zu können.

5.6.5 Zusammengefasst genügt das psychiatrische (Teil-)Gutachten von Dr. N. _____ weder den allgemeinen Beweisanforderungen noch den mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäben. Auf das (Teil-)Gutachten sowie die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % kann folglich nicht abgestellt werden.

5.7 Die übrigen in den Akten liegenden psychiatrischen Berichte und Gutachten stellen ebenfalls keine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dar. Die behandelnde Psychiaterin Dr. F. _____ attestierte der Beschwerdeführerin im jüngsten Verlaufsbericht vom 21. März 2016 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit, was angesichts der angegebenen wenigen Befunde (angespannt und erschöpft wirkend, Grundstimmung bedrückt, ängstlich besorgt, zielgerichteter Antrieb vermindert, vorzeitige Erschöpfung, Konzentrationsminderung) und der niedrigfrequenten psychotherapeutischen Behandlungstermine nicht nachvollziehbar erscheint (vgl. act. 132, S. 2). Aus ihren Berichten ist zudem zu entnehmen, dass sie auch somatische Beschwerden und psychosoziale Faktoren in ihre Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen miteinbezogen hatte (vgl.

act. 132, S. 2; act. 60). Gleiches gilt für Dr. K._____, welcher in seinem Gutachten vom 8. August 2016 zuhanden der DRV explizit festhielt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen und somatischen Beschwerden in Kombination als erwerbsunfähig einzustufen sei (act. 142, S. 60).

6.

6.1 In somatischer Hinsicht stützte sich die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle C._____ bei der Annahme, die Beschwerdeführerin sei in leidensadaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig, auf das L._____-Gutachten vom 14. November 2016 und die Stellungnahme des rheumatologischen RAD-Arztes Dr. M._____ vom 23. Mai 2017 (act. 165).

6.2 Der internistische Gutachter der L._____, Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, kam in seinem Teilgutachten zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin keine internistischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Zur Diagnose idiopathische thrombozytopenische Purpura (nachfolgend: ITP) hielt er fest, dass der insgesamt fünfjährige Verlauf als stabil bezeichnet werden könne, da grössere Blutungen bisher nicht aufgetreten seien. Andere internistische Erkrankungen lägen nicht vor. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Veweistätigkeit lägen aus internistischer Sicht bei 100 % (act. 146.3, S. 5). Die Beurteilung von Dr. O._____ erscheint eher oberflächlich und lückenhaft. So fehlt es an Ausführungen zum Krankheitsbild der ITP und deren möglichen gesundheitlichen Auswirkungen. Zudem steht seine Einschätzung im ungeklärten Widerspruch zu anderen Arztberichten, in welchen die ITP als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose aufgeführt wurde. Im Entlassungsbericht der Klinik D._____ vom 28. Januar 2013 wurde beispielsweise festgehalten, dass aufgrund der "Immunerkrankung" (gemeint: ITP) Einschränkungen bestünden, da diese zu einer sehr schnellen Erschöpfbarkeit und einer geringen Belastbarkeit führe (act. 9, S. 14). Demgegenüber ging Dr. O._____ ohne jegliche Begründung davon aus, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Symptome der schnellen Erschöpfbarkeit und Müdigkeit dem psychischen Bereich zuzuordnen seien (vgl. act. 146.3, S. 1 f.). Diese Ansicht erweckt in dieser Absolutheit doch erhebliche Zweifel, zumal in der medizinischen Literatur diverse mit der ITP verbundene Einschränkungen beschrieben werden; darunter kognitive Einschränkungen, Fatigue, Schwäche, Depression, erhöhtes Infektionsrisiko, Nebenwirkungen der ITP-Therapie (vgl. z. B. Matzdorff et al., Immunthrombozytopenie – aktuelle Diagnostik und Therapie, *Oncology Research and*

Treatment, 2018; 41, S. 29 f., abrufbar unter: <https://www.karger.com/Article/FullText/486384>, zuletzt besucht am 25. Februar 2019). Vor diesem Hintergrund greift die Begründung von Dr. O._____, die ITP habe deswegen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, weil bisher keine grösseren Blutungen aufgetreten seien, zu kurz. Es erscheint ohnehin fraglich, ob der Gutachter als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ohne (ersichtliche) weitere Spezialisierung die notwendigen fachlichen Kompetenzen hat, um diese selten vorkommende Erkrankung (vgl. Matzdorff et al., a.a.O., S. 5) aus dem Spezialbereich Hämatologie unter Einbezug aller relevanten Kriterien zu beurteilen. Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild ist dem Gutachten jedenfalls nicht zu entnehmen.

6.3 Nachdem die Beschwerdeführerin im Einwandschreiben auf ihre Kniebeschwerden hingewiesen hatte, legte die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle C._____ die Angelegenheit dem rheumatologischen RAD-Arzt Dr. M._____ zur Beurteilung aufgrund der Akten vor. Dieser kam gemäss seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2017 zum Schluss, dass die symptomatische Gonarthrose beidseits mit rechts nachgewiesenen geringen degenerativen Veränderungen (MRI des rechten Kniegelenks vom 29. September 2015, vgl. act. 146.4, S. 12) und klinisch dokumentierter normaler Funktion beider Kniegelenke keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründe (act. 165, S. 2). An dieser Schlussfolgerung bestehen insofern Zweifel, als dass Dr. M._____ sich in klinischer Hinsicht mangels anderer Berichte ausschliesslich auf das internistische (Teil-)Gutachten von Dr. O._____ stützen konnte. Die Ausführungen von Dr. O._____ zu den Kniebeschwerden sind jedoch sehr spärlich. Er hielt fest, dass die Beschwerdeführerin Schmerzen in beiden Kniegelenken angegeben habe (act. 164.2, S. 2). Anamnestisch sei im Februar 2016 der Nachweis eines Gelenkergusses im rechten Knie bei beginnender Gonarthrose rechts erfolgt, wobei ein Hämarthros nicht habe ausgeschlossen werden können (act. 146.3, S. 3). Beim Befund zum Bewegungsapparat gab er an, es bestünden arthrotische Reibegeräusche in beiden Kniegelenken, die jedoch wie die übrigen grossen Gelenke aktiv und passiv frei beweglich seien (act. 146.3, S. 4). In der Folge führte er die initiale Gonarthrose beidseits ohne weitere Begründung und ohne die von der Beschwerdeführerin geklagten Knieschmerzen zu berücksichtigen als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf (act. 164.3, S. 5). Nebst der mangelnden Begründung stellt sich auch die Frage, ob Dr. O._____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin die nötige Qualifikation zur fachgerechten und umfassenden Befunderhebung

und -beurteilung in Bezug auf eine rheumatologische/orthopädische Beeinträchtigung aufweist. Nach dem Gesagten kann jedenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem feststehenden Sachverhalt und lückenlos erhobenen Befund in Bezug auf die Kniebeschwerden ausgegangen werden. Dafür spricht auch der Umstand, dass Dr. M. _____ nicht in der Lage war, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin, welche er bezugnehmend auf die Angaben im Arbeitsgeberfragebogen als körperlich schwere Tätigkeit qualifizierte, aufgrund der Akten einzuschätzen, sondern diesbezüglich eine rheumatologische oder orthopädische Untersuchung als erforderlich erachtete (act. 165, S. 2). Aufgrund der bestehenden nicht geringen Zweifel an der Aktenbeurteilung von Dr. M. _____, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. E. 4.4.3 hiavor).

6.4 Nach dem Gesagten bietet die Aktenlage auch in somatischer Hinsicht keine genügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

7.

7.1 Im Ergebnis zeigt sich, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt weder in psychiatrischer noch somatischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Zudem hat sich die Vorinstanz, abgesehen vom Antrag auf Abweisung der Beschwerde in ihrer Vernehmlassung darauf beschränkt, auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung zu verweisen. Anlass zur Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels bestand vorliegend somit nicht, weshalb der entsprechende Verfahrens Antrag der Beschwerdeführerin abzuweisen ist. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

7.2 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist dann möglich, wenn sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung gutachterlicher Ausführungen erforderlich ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde zudem 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-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies wäre damit der doppelte Instanzenzug, den sich die Beschwerdeführerin vorliegend mit ihrem Rückweisungsantrag ausdrücklich erhalten wollte (vgl. BVGer-act. 1, S. 2), nicht gewahrt (Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Im Weiteren liegen nicht an sich umfassende und beweiskräftige Gutachten vor, welche indessen zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen, so dass sich die Frage nach der Anordnung eines Obergutachtens stellen würde (vgl. BGE 136 V 156 E. 3.3, 125 V 351 E. 3b/aa mit Hinweisen).

7.3 Die Vorinstanz und die IV-Stelle C._____ hätten die Mangelhaftigkeit des L._____ -Gutachtens – sowohl aus psychiatrischer wie auch aus somatischer Sicht – bei genügender Sorgfalt erkennen können bzw. müssen. Insbesondere ist zu beanstanden, dass Dr. G._____ als Facharzt der Psychiatrie auch die Beurteilung der Beweiskraft des für ihn fachfremden internistischen Teilgutachtens überlassen worden war (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.2).

7.4 Die erforderliche weitere medizinische Abklärung hat vorliegend – nach Aktualisierung des medizinischen Dossiers – in Form einer interdisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin stattzufinden. Nur so 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). Geboten erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Hämatologie, Orthopädie/Rheumatologie und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten

beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Juli 2012 bis zum Zeitpunkt der neuen Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

7.5 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 BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer 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 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 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt, wobei vorliegend die Zufallsauswahl der Gutachterstelle aufgrund des Ausgeführten unter Ausschluss der L. _____ AG zu erfolgen haben wird.

7.6 Im Ergebnis ist die Beschwerde im Subeventualantrag gutzuheissen und die Angelegenheit somit unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2017 zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1 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 geleistete Vorschuss

von Fr. 800.– ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der unterliegenden Vorinstanz werden von Gesetzes wegen keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 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. VGKE). Da seitens der Rechtsvertreterin keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, des durchgeführten einfachen Schriftenwechsels, des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin bereits im vorinstanzlichen Verfahren durch ihre Rechtsvertreterin vertreten war, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'300.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z. B. Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird, soweit auf sie einzutreten ist, in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

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

3.

Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'300.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; 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 gegeben 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: