

BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1582_2016

FR: TAF C-1582/2016 du 11 septembre 2017

IT: TAF C-1582/2016 del 11 settembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 9. März 2016 ist - nachdem auch die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (vgl. Sachverhalt, Bst. C.d hier) - einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

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; Kognition, vgl. Benjamin Schindler in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, Art. 49 N. 1 ff.).

E. 2.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 11. Februar 2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang

stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 3.1

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

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein, fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat in den Jahren 1984 bis 2004 mit Unterbrüchen in der Schweiz gearbeitet und hat in dieser Zeit, während insgesamt 85 Monaten, Beiträge an die schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung geleistet (act. 16; 49, S. 1).

E. 3.3

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder

herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 3.5.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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 125 V 256 E. 4; 115 V 133 E. 2).

E. 3.5.2

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 3.5.3

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 3.5.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung

mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 3.5.5

Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50; 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmehmodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter vom 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

E. 3.5.6

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und - in der Folge -

Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des BGer 8C_10/2015 vom 5. September 2015 E. 4.2).

E. 3.6

Bereits nach der bisherigen (vor BGE 141 V 281 geltenden) Rechtsprechung zählten depressive Störungen nicht zu den unklaren Beschwerdebildern. Danach war nicht von einem syndromalen Beschwerdebild auszugehen, wenn die depressive Erkrankung nicht bloss als eine Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens, sondern als ein selbstständiges, davon losgelöstes Leiden erschien; bereits nach dieser (bisherigen) Rechtsprechung galt eine zuverlässig diagnostizierte, die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende depressive Störung nicht als überwindbares Beschwerdebild (Urteil des BGer 8C_14/2014 vom 30. April 2014 E. 4.2.5). Demgegenüber hatte nach dieser Rechtsprechung die depressive Erkrankung invaliditätsrechtlich keine weitergehende Bedeutung, wenn eine somatoforme Schmerzstörung oder ein anderes psychosomatisches Leiden (vgl. dazu KSIH Rz. 1017.4 1/14) und eine depressive Erkrankung im Sinne einer blossen Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild vorlag (Urteile des BGer 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1; 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2). Liegen ein syndromales Leiden und eine depressive Erkrankung vor, und ist die depressive Erkrankung als selbstständiges Leiden, losgelöst vom unklaren Beschwerdebild, anzusehen, so waren bereits nach der bisherigen Rechtsprechung in erster Linie die fachärztlichen Feststellungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich (Urteile des BGer 8C_278/2014 vom 24. Juni 2014 E. 5.1.2; 8C_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2; vgl. dazu auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 04/2015 S. 308 ff., 312 f.). Nach der mit BGE 141 V 281 begründeten neuen Rechtsprechung sind die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und "körperliche Begleiterkrankungen" zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist danach eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. SVR 2011 IV Nr. 17 [9C_98/2010] E. 2.2.2), ist nicht Komorbidität (vgl. SVR 2012 IV [9C_1040/2010] Nr. 1 E. 3.4.2.1), sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potenziell ressourcenhemmender Faktor (vgl. dazu beispielsweise die Urteil des BGer 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität. Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt (E. 4.3.1.3 mit Hinweisen).

E. 3.7

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 3.8

Nach ständiger Rechtsprechung vermag ein Alkoholismus eine Invalidität im Sinne des Gesetzes nicht zu begründen. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 22. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 3.9

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; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist und ob die vorliegenden medizinischen Berichte und Gutachten beweiskräftig sind.

E. 4.1

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Gutachten und Arztberichte vor: -Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt vom 1. bis 4. Juli 2012 im Krankenhaus G. _____ diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte mit Bericht vom 4. Juli 2012 eine akute Gastritis (ICD-10 K 29.1; histologisch gesicherte Entzündung der Magenschleimhaut; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 735). In ihrer Beurteilung hielten sie insbesondere fest, die Beschwerdeführerin habe sich aufgrund ihrer seit rund vier Wochen persistierenden Unterbauschmerzen bei ihnen vorgestellt. Nachdem sie auch über starke Kopfschmerzen mit dem Gefühl von Schwäche im linken Arm geklagt habe, seien weitere Abklärungen erfolgt. In den durchgeführten Computertomografien (CT) des Abdomens, des Halses und des Schädels hätten sich keine Pathologien ergeben. Entgegen dem ärztlichen Rat habe sie am 4. Juli 2012 die stationäre Behandlung abgebrochen und sich in ihre hausärztliche Behandlung begeben. Die Ärzte empfahlen die Vorstellung beim Gynäkologen zur Kontrolle sowie eine Kontrolle der Gamma-GT-Werte im Verlauf sowie eine Alkoholkarenz (act. 8). -Dr. med. H. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Juni 2014 ein Fibromyalgie-Syndrom mit Verdacht auf somatoforme Störung sowie eine arterielle Hypertonie. In seiner zusammenfassenden Beurteilung hielt er fest, dass eine psychotherapeutische Behandlung mit Berücksichtigung der chronischen Schmerzen und der Somatisierungstendenz notwendig sei (act. 6). -Mit Bericht vom 7. Januar 2015 hielt Dr. med. I. _____, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, insbesondere fest, aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten, in den letzten Tagen massiv zugenommenen Beschwerden seien am 29. Dezember 2014 eine Koloskopie und am 30. Dezember 2014 eine Abdomensonografie durchgeführt worden. Gestützt auf seine Untersuchungen diagnostizierte er eine Refluxösophagitis (II - IV Grades; Manifestation der gastroösophagealen Refluxkrankheit; Pschyrembel, a.a.O., S. 1786) unter intermittierender PPI-Therapie, eine erosive Gastritis Typ C (medikamentös-toxische Gastritis, Gallenrefluxgastritis), bei im Übrigen unauffälliger Oesophagogastroduodendoskopie, ein kleines tubuläres Adenom (vom Epithelgewebe endokriner oder exokriner Drüsen oder Schleimhäute ausgehendes, primär benignes Neoplasma, das malignen entarten kann; Pschyrembel, a.a.O., S. 23) im Colon ascendens (Teil des Dickdarmes; Pschyrembel, a.a.O., S. 406), einen kleinen hyperplastischen Polyp im Rektum, eine reizlose Divertikulose im ganzen Kolon (Auftreten zahlreicher Ausstülpungen im Dickdarm; Pschyrembel, a.a.O., S. 489 und S. 491) bei Status nach Sigmaresektion (operative Entfernung eines Teils des Dickdarmes; Pschyrembel, a.a.O., S. 1936) wegen Verwachsungen bei Divertikulose 2002, eine rezidivierende, teils chronische Diarrhoe bei Verdacht auf Colon irritabile, bei im Übrigen unauffälliger Illeokoloskopie und unauffälliger Abdomensonografie bei Status nach Choleozystektomie (operative Ausräumung einer entzündeten steingefüllten Gallenblase; Pschyrembel, a.a.O., S. 378). Aufgrund der histologisch gefundenen Zellatypien empfahl der Gutachter nach Ablauf von

zwei bis drei Monaten eine Kontroll-Gastroskopie mit nochmaliger Biopsieentnahme; überdies empfahl er aufgrund der solitär erhöhten Gamma-GT-Werte eine regelmässige Kontrolle in Abständen von rund drei Monaten. Differenzialdiagnostisch sei an eine Enzyminduktion durch Aethyleinnahme zu denken (act. 22, S. 1 - 3). -Im Auftrag des hessischen Amtes für Versorgung erstattete Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Homöopathie und Akupunktur, am 15. Januar 2015 ein neurologisch-psychiatrisches, sozialmedizinisches Gutachten. Gestützt auf eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin diagnostizierte der Spezialist eine Fibromyalgie (ICD-10 M 79.70+G), eine depressive Entwicklung (ICD-10 F 32.9), ein Cervical-Syndrom (ICD-M 54.2+G), eine Lumboischialgie (ICD-10 M 54.4+G) sowie einen Tinnitus aurium (ICD-10 H 93.1+G). In seiner zusammenfassenden Beurteilung kam er zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin an starken Rückenschmerzen, einem Tinnitus, chronischer Müdigkeit und einer Depression mit Ängstlichkeit leide. Ferner befinde sie sich in einer psychosozial schwierigen Situation. Neurologisch bestünden keine manifesten Paresen oder andere schwere Defizite. Unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen setzte er den Grad der Behinderung auf insgesamt 50 % fest (act. 23, S. 1 - 8). -Mit Bericht des Klinikums K. _____ vom 15. April 2015 wurde bei der Beschwerdeführerin ein invasives Mammakarzinom diagnostiziert (act. 28), welches in der Folge mit operativem Eingriff vom 13. Mai 2015 entfernt wurde (act. 34, S. 4). -Am 21. Mai 2015 hielten die verantwortlichen Ärzte des Krankenhauses L. _____ zuhanden der behandelnden Hausärztin fest, dass der postoperative Verlauf fieberfrei und komplikationslos erfolgt sei, wobei die Beschwerdeführerin nach stationärem Aufenthalt vom 12. Mai bis 16. Mai 2015 bei körperlichem Wohlbefinden in die weitere fachärztliche Betreuung entlassen worden sei. Als weitere onkologische Behandlungen würden eine adjuvante perkutane Radiatio der linken Mamma (Strahlenklinik des Klinikums M. _____), eine endogene Therapie mit Tamixofen sowie übliche Tumor-Nachsorgeuntersuchungen bei der behandelnden Hausärztin empfohlen (act. 34, S. 1 - 3). -Die Deutsche Rentenversicherung veranlasste in der Folge ein internistisches Gutachten mit Schwerpunkt Gastroenterologie bei Dr. med. N. _____, Facharzt für Innere Medizin, welches am 28. Mai 2015 erstattet wurde. Gestützt auf eine Prüfung der vorliegenden Akten und eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin diagnostizierte der Gutachter ein Mamma-Karzinom (ICD-10 C 50.9), eine gastrooesophageale Refluxkrankheit (ICD-10 K 21.0), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I 10.90) sowie eine Hypercholesterinämie (ICD-10 E 78.0). In seiner Beurteilung hielt der Gutachter insbesondere fest, dass die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit aufgrund der geplanten Radiatio bei Mamma-Karzinom aktuell nicht möglich sei. Nach Abschluss dieser Therapie und weiterer Rekonvaleszenz sollte ab Anfang 2016 eine Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit - auch vollschichtig - bei einem komplikationslosen und rezidiv-respektive metastasenfremden Verlauf möglich sein. Die Dauer der Leistungsminderung sei voraussichtlich bis 31. Dezember 2015 gegeben (act 51, S. 1 - 21). -RAD-Arzt Dr. med. C. _____ kam gestützt auf eine Aktenbeurteilung mit Stellungnahme vom 16. Juli 2015 zum Schluss, dass die medizinische Aktenlage aktuell vollständig sei. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund des Brustkrebses gerechtfertigt. Während der Dauer der Bestrahlung von rund zwei Monaten und einer daran anschliessenden einmonatigen Rekonvaleszenz sei weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab circa Ende August 2015 sollte die angestammte Tätigkeit wieder vollschichtig ausgeübt werden können. Die anderen Gesundheitsstörungen seien rein funktionell und könnten im

Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms oder einer somatoformen Schmerzstörung ohne schwere begleitende psychische Störung betrachtet werden und seien somit nicht invalidisierend im Sinne der Invalidenversicherung. Eine Einschränkung im Haushalt könne bei einem Ein-Personen-Haushalt nicht bestätigt werden (act. 52, S. 1 - 21). -Dr. med. O._____, Fachärztin für Strahlentherapie, führte in ihrem Bericht vom 24. August 2015 aus, im Anschluss an ein ausführliches Aufklärungsgespräch und eine CT-basierte virtuelle 3D-Bestrahlungsplanung sei die Bestrahlung in der Zeit vom 28. Juli bis 6. August 2015 begonnen worden. Nach Erreichen einer Bestrahlungsdosis von 12.6 Gray (Gy) sei die Bestrahlung auf Wunsch der Beschwerdeführerin - im Anschluss an eine ausführliche Information über die negativen Auswirkungen der vorzeitigen Beendigung der laufenden Behandlung - bei einer Zielvolumendosis (ZVD) von 66.6 Gy abgebrochen worden (act. 71). -RAD-Arzt Dr. med. C._____ kam in seinem (undatierten) Bericht (Posteingang: 23. November 2015) zuhanden der Vorinstanz zum Schluss, dass die Aktenlage aus seiner Sicht vollständig sei, wobei zusammenfassend keine langdauernde und invalidisierende Erkrankung im Sinne der IV bestehe (act. 75).

E. 4.2

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die vorstehend aufgeführten medizinischen Berichte und Stellungnahmen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis) zu erfüllen vermögen.

E. 4.2.1

Die Vorinstanz stützte ihre Leistungsfähigkeitsbeurteilung in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die medizinischen Stellungnahmen von Dr. med. C._____ vom 16. Juli 2015 (act. 52, S. 1 f.) und vom 23. November 2015 (Datum Posteingang; act. 75, S. 1 f.) ab. Darin stufte der RAD-Arzt die medizinische Aktenlage als vollständig ein. Ferner ging er von der Annahme aus, dass die Beschwerdeführerin nach dem unerklärlichen beziehungsweise nicht nachvollziehbaren Abbruch der Strahlenbehandlung ab dem 7. August 2015 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt habe. Die anderen Gesundheitsstörungen seien rein funktionell und könnten im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms oder einer somatoformen Schmerzstörung ohne begleitende psychische Störung eingestuft werden, weshalb eine Invalidisierung im Sinne der IV von vornherein nicht bestehe. Überdies habe im Bereich des Haushalts zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung bestanden.

E. 4.2.2

Vorab ist festzuhalten, dass Aktenbeurteilungen rechtsprechungsgemäss zulässig sind, wenn es sich nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.5.4 hievore), sind in solchen Fällen allerdings strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil 9C_28/2015 E. 3.3). Vorliegend fällt auf, dass RAD-Arzt Dr. med. C._____ der Beschwerdeführerin für den Bereich des Haushalts zu keinem Zeitpunkt eine relevante Einschränkung attestiert hat, und zwar mit der Begründung, dass

bei einem Einpersonen-Haushalt keine Einschränkung angenommen werden könne. Er ging mit anderen Worten auch während der Dauer der Krebstherapie im Jahr 2015 von einer vollständigen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit im Haushalt aus. Diese Begründung ist nicht nachvollziehbar, zumal die Besorgung der Haushaltsarbeiten zumindest teilweise anspruchsvolle, körperliche belastende Arbeiten umfasst und die Beschwerdeführerin über erhebliche Beeinträchtigungen bei der Haushaltsführung berichtet hat (act. 33, S. 8 f.). Die Annahme des RAD-Arztes, wonach im Einpersonen-Haushalt keinerlei Einschränkungen zu attestieren seien, steht zudem im Widerspruch zur mit 100 % bewerteten (temporären) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichteren angepassten Verweistätigkeit. Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zumindest sinngemäss damit begründet, dass die Beschwerdeführerin die Bestrahlungstherapie aus nicht nachvollziehbaren Gründen abgebrochen habe, weshalb "nach Abbruch von einer wiederum vollständigen Wiederherstellung ausgegangen werden" könne (act. 75, S. 2). Diese Schlussfolgerung greift zu kurz und ist mit dem Gebot einer umfassenden und allseitigen Abklärung nicht vereinbar. Selbst wenn für den Abbruch der Bestrahlung aus objektiver medizinischer Sicht keine hinreichenden Gründe vorgelegen haben sollten und die Beschwerdeführerin die Ablehnung der weiteren Behandlung nicht mit stichhaltigen Gründen zu rechtfertigen vermöchte, entbindet dies die Vorinstanz nicht von ihrer Abklärungspflicht. Damit fehlt es vorliegend an einer nachvollziehbaren Begründung für die angenommene Leistungsfähigkeit wie auch für den Zeitpunkt der (angenommenen) Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

E. 4.2.3

Darüber hinaus findet sich in den der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten Stellungnahmen des RAD auch keine Auseinandersetzung mit abweichenden fachärztlichen Beurteilungen. Im zuhanden des Deutschen Versorgungsamtes erstellten neurologisch-psychiatrischen Gutachten hielt Dr. med. J. _____ als ausgewiesener Facharzt immerhin eine Depression und Angststörung mit erheblicher sozialer Relevanz, ein Cervikal- und ein LWS-Syndrom sowie einen Tinnitus fest (act. 23, S. 7). Angesichts dieser Diagnosen bedarf der Verzicht auf weitergehende Abklärungen zumindest einer eingehenden und nachvollziehbaren Begründung, welche hier indes fehlt. Diese Unterlassung kann auch nicht damit gerechtfertigt werden, dass Dr. med. P. _____ in seinem zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstellten internistischen Gutachten - allerdings lediglich prognostisch - von einer mutmasslichen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bis Anfang 2016 ausging (act. 51, S. 16 und 18), zumal diese Leistungsbeurteilung unter dem Vorbehalt eines komplikationslosen Therapieverlaufs gestellt wurde. In diesem Zusammenhang ist namentlich zu fordern, dass der Arzt detailliert und nachvollziehbar begründet, weshalb er eine Diagnose als unrichtig respektive für die Leistungsbeurteilung irrelevant einstuft. Die (hier vollkommen fehlende) Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352). Auch aus diesem Grund erweisen sich die medizinischen Abklärungen der Vorinstanz als massiv ungenügend (vgl. dazu auch Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 59). Die vorliegenden

medizinischen Beweismittel genügen überdies auch mit Blick auf die neue Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 den Anforderungen nicht. Laut den vorliegenden medizinischen Berichten leidet die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit an einer Fibromyalgie (vgl. act. 6; act. 23, S. 2). Der RAD-Arzt hat sich in diesem Zusammenhang mit der pauschalen Feststellung begnügt, es handle sich hierbei um eine "rein funktionelle" Gesundheitsstörung, welche von vornherein nicht invalidisierend sein könne. Die Fibromyalgie zählt indes rechtsprechungsgemäss zu den sogenannten syndromalen Leiden, welche in den Anwendungsbereich der genannten Rechtsprechung fallen (vgl. dazu BGE 132 V 65 E. 4; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015 Rz. 3). Nach der neuesten Rechtsprechung bedarf es in diesem Zusammenhang einer Prüfung des Komplexes der Gesundheitsschädigung (beinhaltend die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die -resistenz sowie die Komorbiditäten), des Komplexes der Persönlichkeit und des Sozialen Kontextes sowie der Frage der Konsistenz (gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus und ausgewiesener Leidensdruck). Diesen Anforderungen werden die RAD-Stellungnahmen offensichtlich nicht gerecht. Zum einen bedarf es in diesem Zusammenhang einer klaren und einlässlich begründeten Diagnose. Die blossе Annahme, dass es sich um eine Fibromyalgie oder eine somatoforme Schmerzstörung handeln könne (vgl. act. 52, S. 1), genügt in dabei nicht. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) setzt einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz voraus (Urteil des BGer 8C_77/2016 vom 18. April 2016 E. 5.2). Entsprechend bedarf es im Falle einer gesicherten Diagnose für die nicht invalidisierende Auswirkung eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes einer nachvollziehbaren und differenzierten Begründung. Zum andern gilt es sowohl hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung als auch bezüglich der Depression den diagnoseinhärenten Schweregrad der Gesundheitsbeeinträchtigung sorgfältig zu erheben und einlässlich zu begründen (vgl. dazu Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, Rz. 37 ff., insbesondere Rz. 47 mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung)

E. 4.2.4

Überdies bedarf es in diesem Zusammenhang auch noch einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Eine Auseinandersetzung mit den möglichen Wechselwirkungen zwischen der Fibromyalgie und der Depression fehlt vorliegend vollkommen.

E. 4.3

Hinzu kommt, dass sich in den Akten Hinweise auf eine Alkoholerkrankung finden (vgl. dazu act. 8; act. 22, S. 3). Die im Recht liegenden ärztlichen Berichte und Gutachten setzen sich nicht mit den zwingend zu beantwortenden Fragen auseinander, ob eine Alkoholerkrankung besteht, ob dieser gegebenenfalls Krankheitswert zukommt und welche Wechselwirkung allenfalls zwischen dieser und der Depression besteht. Zu klären ist insbesondere, ob die (allfällige) Sucht eine Krankheit bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder ob sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Alkoholerkrankung, 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 selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Reine Suchtfolgen sind 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 (Urteil des BGer 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 und 2.2.2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 22. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 4.4

Der Gutachter hat überdies in detaillierter Weise zur medizinischen Zumutbarkeit der bisherigen wie auch einer angepassten Verweistätigkeit Stellung zu nehmen. Gerade bei psychischen Beeinträchtigungen ist detailliert auf die zur Diskussion stehenden Beschwerden wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ermüdbarkeit oder auch eingeschränkte Kompetenzen der sozialen Kontaktaufnahme einzugehen und aufzuzeigen, in welchem Ausmass diese sich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirken (vgl. dazu Riemer-Kafka, a.a.O., S. 89 ff.; Ulrich Meyer-Blaser, Arbeitsunfähigkeit, in: Schaffhauser/Schlauri, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, S. 48 f.). Vorliegend erweisen sich die Arztberichte und die Stellungnahmen des RAD auch deshalb als nicht verwertbar, weil darin nicht hinreichend zu Art und Ausmass einer allfälligen angepassten Verweistätigkeit Stellung genommen wird.

E. 4.5

Auch wenn keine Bindungswirkung in Bezug auf die von der Deutschen Rentenversicherung getroffenen Entscheidungen besteht, ist die Zusprache der - zunächst befristeten und später unbefristeten - Rente wegen voller Erwerbsminderung (act. 65, 69 sowie Beilage zu BVGer act. 22) wenn nicht als Beweis, so doch immerhin als relevanter Hinweis auf eine wesentliche und dauerhafte Beeinträchtigung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu werten, welcher im konkreten Fall Anlass zu weiteren umfassenden Abklärungen gibt.

E. 4.6

Nach dem Gesagten steht fest, dass vorliegend erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit und Verlässlichkeit der versicherungsinternen Stellungnahmen bestehen. Zudem erlauben die vorliegenden Akten auch keine schlüssige Beurteilung im Lichte der Beurteilungsindikatoren gemäss BGE 141 V 281, so dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2016 vorlagen, nicht schlüssig beurteilen lassen.

Im Anschluss an die Replik der Beschwerdeführerin mit einer ausführlichen Stellungnahme zu den Standardindikatoren des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (BVGer act. 10, S. 9 ff.) wurde der Vorinstanz Gelegenheit gegeben, sich im Rahmen ihrer Duplik zu den beweisrechtlichen Anforderungen der neuen Schmerzrechtsprechung zu äussern und gegebenenfalls ergänzende medizinische Abklärungen respektive Beurteilungen einzuholen. Von dieser Gelegenheit - und der Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst eine sorgfältige Prüfung vorzunehmen - hat die Vorinstanz indes keinen Gebrauch gemacht, sondern im Gegenteil pauschal eine invalidisierende Wirkung der Fibromyalgie verneint (BVGer act. 18 samt Beilagen).

E. 4.7

Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Berichte und Gutachten zu berücksichtigen sind und bejahendenfalls inwiefern sie eine rechtsgenügende Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit erlauben.

E. 4.7.1

In einem - replicando eingereichten - Arztbericht vom 6. Mai 2016 hielt Dr. med. Q._____, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, als Diagnosen eine vorbekannte chronische Schmerzerkrankung, ein degeneratives HWS-/LWS-Syndrom, einen Zustand nach Mammakarzinom (behandelt 2015), einen Zustand nach Sigma-Teilresektion, Pes planus bds. (Plattfüsse; Pschyrembel, a.a.O., S. 1615), degenerative Veränderungen im Bereich beider unterer Sprunggelenke, einen Nachweis des Erbmerkmals HLAB27 sowie den Verdacht auf eine generalisierte Mineralsalzminderung fest. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass die Beschwerden einerseits Folge der vordiagnostizierten Schmerzerkrankung vom Fibromyalgietypp seien, andererseits lägen degenerativ bedingte Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und des unteren vorderen Sprunggelenks vor. Radiologisch sei der Verdacht auf eine Osteoporose geäussert worden, und es sei eine Knochendichtemessung veranlasst worden (Beilage 15 zu BVGer act. 10).

E. 4.7.2

In einem Bericht der Radiologie R._____, vom 3. Mai 2016 wurden bei der Beschwerdeführerin im Bereich der Halswirbelsäule eine leichte rechtskonvexe Skoliose, eine leichte Unkovertebral- und Spondylarthrose C4 bis C7 beidseits sowie eine ventrale Spondylose C5/C6 und eine Osteoporose befundet. Im Bereich der Lendenwirbelsäule wurden sodann insbesondere eine leichte linkskonvexe Skoliose und keine deutliche Streckfehlstellung, verstärkte rechtskonvexe Spondylarthrosen ab L3 distalwärts sowie eine deutliche Osteoporose befundet. Ferner hätten sich bei den beiden oberen Sprunggelenken nur leicht degenerative Veränderungen im Talonavikulargelenk in Form kleiner osteophytärer Ausziehungen, ein kleiner Fersensporn (links) sowie eine Fibroostose des Achillessehnenansatzes gezeigt (Beilage zu BVGer act. 16).

E. 4.7.3

Gestützt auf eine quantitative MD-Spiral-Computertomografie vom 17. Mai 2016 wurde in der Folge ein T-Score von -3.74 und ein Z-Score von -1.54 SD befundet und eine Osteoporose diagnostiziert. Dr. med. E._____ hielt mit Bericht vom 1. Juni 2016 fest, dass eine manifeste, behandlungsbedürftige Osteoporose mit massiver Schmerzsymptomatik bestehe. Auch Dr. med. S._____, Facharzt für Orthopädie, bestätigte in seinem Bericht vom 26. Juli 2016 die Diagnose der Osteoporose (Beilagen zu

BVGer act. 16).

E. 4.7.4

RAD-Arzt Dr. med. F._____ kam mit Bericht vom 14. September 2016 zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine Osteoporose zu diagnostizieren sei, allerdings ohne Hinweis auf Frakturen oder Pathologien beim Bewegungsapparat. Bei einem T-Score von -3.74 seien funktionelle Limiten in Bezug auf das Tragen schwerer Lasten gegeben. Die bisherige Arbeit könne sie indes trotz dieser Einschränkungen weiterhin ausüben. Die im Schlussbericht getroffenen Schlussfolgerungen würden ihre volle Gültigkeit bewahren (Beilage zu BVGer act. 18).

E. 4.7.5

Dr. med. T._____, Fachärztin FMH für Urologie, führte in ihrem Bericht vom 21. April 2017 insbesondere aus, dass im Rahmen der Abklärung mittels Urethrozystoskopie drei kleine papilläre Blasentumore an der Blasenseitenwand festgestellt worden seien. Die Beschwerdeführerin werde die indizierte transurethrale Resektion der Blasentumore in Deutschland vornehmen lassen (Beilage zu BVGer act. 22).

E. 4.7.6

In seinem Bericht vom 29. Juni 2017 hielt Dr. med. U._____, Facharzt für Urologie, Chirurgie und Medikamentöse Tumorthherapie, im Wesentlichen fest, dass aufgrund eines im April 2017 diagnostizierten Blasenkarzinoms am 16. Juni 2017 eine transurethrale Resektion (operative Entfernung eines Organteils über die Harnröhre; Pschyrembel, a.a.O., S. 1799 und S. 2174) der Harnblase (TURB), verbunden mit einer periooperativen Behandlung mit einem Zytostatikum (Substanz, welche das Zellwachstum verhindert oder verzögert; Pschyrembel, a.a.O., S. 2311), vorgenommen worden sei (Beilage zu BVGer act. 24).

E. 4.7.7

Die vorstehend aufgeführten Arztberichte (E. 4.7.1 - 4.7.6) knüpfen an einen medizinischen Sachverhalt an, der sich erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung verwirklicht hat respektive zumindest erst danach festgestellt worden ist. Gründe für eine Ausdehnung des massgeblichen Zeitraumes über den hier zur Diskussion stehenden Zeitpunkt vom 11. Februar 2016 hinaus liegen nicht vor, zumal auch die - im Zuge des Beschwerdeverfahrens eingereichten - neuen Beweismittel den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise nicht gerecht werden, so dass der Sachverhalt auch hinsichtlich des Zeitraums nach Erlass der angefochtenen Verfügung nicht hinreichend genau abgeklärt ist, um den Streitgegenstand über den Verfügungszeitpunkt hinaus auszudehnen (vgl. hierzu z.B. Urteil des BVGer C-527/2012 vom 17. März 2014 E. 6.2 und 6.3). Immerhin können die Berichte insoweit im Rahmen der Beweiswürdigung berücksichtigt werden, als diese die (bereits aus den bisherigen Akten gewonnene) Erkenntnisse bestätigen (vgl. dazu Ulrich Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St. Gallen 2001, S. 24). Im Hinblick auf die Ermittlung der Resterwerbsfähigkeit lassen allerdings auch die nachträglich erstellten Berichte keine verlässlichen Schlüsse zu.

E. 4.7.8

Damit steht auch unter Berücksichtigung der nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Berichte fest, dass der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt nicht

rechtsgenügend abgeklärt wurde. Es kann mithin vorliegend nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Eine antizipierte Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 23; BGE 134 I 140 E. 5.3) fällt demnach ausser Betracht.

E. 5.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch nicht vollständig abgeklärt wurde, so dass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Die versicherungsinternen medizinischen Berichte erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage nicht, zumal sie sich ihrerseits nicht auf beweiskräftige Gutachten zu stützen vermögen. Vorliegend sind ergänzende Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin/Gastroenterologie, Urologie, Psychiatrie und Rheumatologie geboten. Die internistische respektive gastroenterologische Begutachtung drängt sich vorliegend mit Blick auf die diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigungen im Magen-Darmtrakt (Gastritis, Refluxkrankheit, Diarhoe) und den Verdacht auf die Alkoholkrankheit auf. Mit Blick auf das operativ und medikamentös behandelte Blasenkarzinom (vgl. E. 4.7.6 hievore) drängt sich eine Untersuchung durch einen Facharzt für Urologie auf. Die diagnostizierte Depression und die Prüfung allfälliger Wechselwirkungen mit der gegebenenfalls bestehenden Alkoholkrankheit erfordern sodann eine psychiatrische Abklärung. Das HWS-/LWS-Syndrom, die degenerativen Veränderungen der Sprunggelenke und die bestehende Fibromyalgie sind durch einen Rheumatologen zu beurteilen. 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). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch 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). Überdies erfordert die bundesgerichtliche Praxisänderung im Bereich der psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281) im vorliegenden Fall auch die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens mit einer umfassenden Prüfung der Standardindikatoren.

E. 5.2

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; Urteil des BVGer 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.).

E. 5.3

Es sind zudem keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. 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.

E. 5.4

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 Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnten die Ärzte des medizinischen Dienstes weder auf ein vollständiges medizinisches Dossier noch 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 kein umfassendes Administrativgutachten eingeholt, obwohl ein solches geboten gewesen wäre. 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-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen. Daher und aufgrund dessen, dass aufgrund der Aktenlage nur eine ungenügende Beurteilung des Gesundheitszustands und der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 5.5

Nachdem die Beschwerdeführerin am 11. Mai 2017 bereits ihr 60. Altersjahr vollendet hat, wird die Vorinstanz nach Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens zu prüfen haben, ob und gegebenenfalls inwiefern ihr die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit noch zumutbar ist. Denn rechtsprechungsgemäss wird das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist dabei auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462; Urteil des BGer 9C_134/2016 vom 12. April 2016 E. 3.1).

E. 5.6

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2016 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 5.1 - E. 5.5 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

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

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind der Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Aufgrund dieses Verfahrensausganges besteht keine Verfahrenskostenpflicht, und die (subsidiäre) unentgeltliche Prozessführung greift somit nicht. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Rechtsanwalt Ch. Haag macht in seiner Honorarnote vom 29. September 2016 (Beilage zu BVGer act. 20) einen Aufwand von Fr. 7'369.40 geltend (einschliesslich Auslagen von Fr. 155.50 sowie MWSt von Fr. 31.90).

E. 6.2.1

Gemäss Art. 8 Abs. 1 VGKE umfasst die Parteientschädigung die Kosten der Vertretung (Art. 9, 10 und 11 VGKE) sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 13 VGKE), unter Berücksichtigung des Verfahrensausganges, der Kostennote (Art. 14 Abs. 1 VGKE), des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens. Die Parteientschädigung stellt also "Ersatz der Parteikosten" dar, welche massgeblich vom tatsächlichen und notwendigen Vertretungsaufwand bestimmt wird. Die Bedeutung der Streitsache ist aber ohnehin weniger gut messbar als die Schwierigkeit des Prozesses auf der Grundlage des tatsächlichen Arbeitsaufwandes. Dem letztgenannten Bemessungskriterium kommt denn auch seit jeher vorrangige Bedeutung zu. Bei der Frage nach dem notwendigen Vertretungsaufwand dürfen die Gerichte auch in Betracht ziehen, dass der Sozialversicherungsprozess von der Untersuchungsmaxime beherrscht wird, wodurch in vielen Fällen die Arbeit der Rechtsvertretenden erleichtert wird. Diese Arbeit soll nur insoweit berücksichtigt werden, als sich die Anwältin/der Anwalt bei der Erfüllung ihrer Aufgabe in einem vernünftigen Rahmen hält, unter Ausschluss nutzloser oder sonstwie überflüssiger Schritte. Zu entschädigen ist nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand (vgl. Urteil des BGer 8C_723/2009 vom 14. Januar 2010 E. 3.2 und 4.3 mit Hinweisen).

E. 6.2.2

Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erweist sich der geltend gemachte Aufwand von 23.94 Stunden insgesamt als deutlich zu hoch. Ein Aufwand für das Verfassen der Beschwerde, der Replik, der erneuten Stellungnahme vom 29. September 2016 nach Eingang der Duplik ist daher zu kürzen. Insgesamt kann ein verbleibender Aufwand von gerundet insgesamt 12 Stunden (Klienteninstruktion und

Ausarbeitung Beschwerde 7 Stunden, Ausarbeitung Replik: 4 Stunden, Ausarbeitung zusätzlicher Stellungnahmen und Analyse Urteil: 1 Stunde) - mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime - noch als gerechtfertigt betrachtet werden. Als Stundenansatz ist ein Betrag von Fr. 250.- angemessen. Die geltend gemachten Barauslagen von Fr. 155.50 sind angemessen. Auf den Kosten der Vertretung von Fr. 3'155.50 (Honorar von Fr. 3'000.- und Auslagen von Fr. 155.50 gemäss Art. 9 Abs. 1 Bst. a und Bst. b VGKE) ist überdies die Mehrwertsteuer von Fr. 252.45 (= 8 % von Fr. 3'155.50) geschuldet (Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Beim in der Kostennote geltend gemachten Betrag von lediglich Fr. 31.90 handelt es sich wohl um ein Versehen. Der Beschwerdeführerin ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 3'407.95 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen.

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