

BVGer C-2158/2016 vom 15. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2158_2016

FR: TAF C-2158/2016 du 15 janvier 2019

IT: TAF C-2158/2016 del 15 gennaio 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2 und Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die vom 3. März 2016 datierende Verfügung (act. 118) wurde der Beschwerdeführerin am 15. März 2016 zugestellt (B-act. 2). Hiergegen erhob diese beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 7. April 2016 Beschwerde (B-act. 1). Nachdem die Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 12. April 2016 unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert worden war, innert 10 Tagen ab Erhalt dieser Verfügung eine den Anforderungen von Art. 52 VwVG entsprechende Beschwerdeschrift einzureichen resp. insbesondere Rechtsbegehren zu stellen und diese rechtsgenügend zu begründen (B-act. 3), ging am 26. April 2016 die am 23. April 2016 der

Post übergebene Beschwerdeergänzung beim Bundesverwaltungsgericht ein. Mit Blick auf das Zustelldatum des angefochtenen Entscheids (15. März 2016), der 30-tägigen Beschwerdefrist sowie unter Berücksichtigung des Fristenstillstands vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern wurde die Beschwerde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a Abs. 1 Bst. a VwVG in Verbindung mit Art. 60 ATSG sowie Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 3. März 2016 (act. 118) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 3. März 2016 (act. 118), mit welcher die Vorinstanz den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgewiesen hat. Mit Blick auf die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin ist streitig und zu prüfen, ob diese einen Rentenanspruch hat und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

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).

E. 2

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

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 2.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (3. März 2016) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten Verordnungen (EG) Nr.

883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 2.3

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). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 3. März 2016 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.5 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (act. 9), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt war resp. ist.

E. 2.5

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

E. 2.6

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 2.7

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006:

Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittel besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus.

Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). 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). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

E. 3

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 3. März 2016 betreffend den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insbesondere auf das Gutachten der F. _____ vom 6. Januar 2016 (Versanddatum). Diese Expertise sowie das E. _____-Gutachten vom 26. Mai 2014 (act. 67.1) und weitere ärztliche Dokumente sind im Folgenden zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Anhand dieser medizinischen Akten ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.7 hiavor).

E. 3.1

Die E. _____-Experten diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische Knieschmerzen links (ICD-10: M79.66/Z96.6; anamnestic Status nach Kniearthroskopie August 2011, Status nach Implantation einer Knie-Totalprothese am 16.12.2011, radiologischer regelrechter Befund, klinisch unauffälliger Befund), ein chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.2/M54.6/M54.5; massive Fehllhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern, radiologisch unauffälliger Befund zervikal) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte

Episode (ICD-10: F33.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt: Chronische Knieschmerzen rechts (ICD-10: M79.66), chronische Fussbeschwerden beidseits (ICD-10: M79.67/M21.87), Status nach mittelgradiger depressiver Episode im Januar und Februar 2014, akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), arterielle Hypertonie, behandelt (ICD-10: I10), Adipositas per magna (ICD-10: E66.0), substituierte Hypothyreose (ICD-10: E03.9), leicht erhöhte Leberparameter (ICD-10: K76.9). Betreffend die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit wurde weiter berichtet, aus orthopädischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum mit um 30 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Für körperlich leichte Verweisungstätigkeiten mit wiederholt sitzendem Anteil könne von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der gegenwärtig leichten Episode bei rezidivierender depressiver Störung eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgestellt werden. Der Versicherten könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von 80 % nachgehen zu können. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass vom 15. Dezember 2011 bis zum 31. Juli 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könne. Nachfolgend habe aus somatischer Sicht in adaptierten Tätigkeiten keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden. Aus psychiatrischer Sicht habe aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung zwischen September 2013 und Februar 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Nach erfolgter Besserung bestehe nun eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Eine länger andauernde, höhere Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit könne retrospektiv gesehen nicht nachvollzogen werden. Frühere ärztliche Einschätzungen bezögen sich in erster Linie auf die psychiatrischen Diagnosen und die Diagnosen des Bewegungsapparates. Diesbezüglich werde auf die Ausführungen im Abschnitt 4.1.8 des psychiatrischen Gutachtens und im Abschnitt 4.2.8 im orthopädischen Teilgutachten verwiesen. Zusammenfassend könne bei der Versicherten aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit festgestellt werden, vollschichtig umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf. Für körperlich leichte Verweistätigkeiten mit wiederholt sitzendem Anteil bestehe eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien der Versicherten nicht mehr zumutbar. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden (act. 67.1).

E. 3.2

Das Gutachten der F. _____ vom 6. Januar 2016 beinhaltet neben der hauptgutachterlichen Beurteilung und polydisziplinären Zusammenfassung ein psychiatrisches, ein orthopädisches sowie ein pneumologisches Teilgutachten.

E. 3.2.1

Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 2. Dezember 2015 (act. 111.1 S. 31 ff.) diagnostizierte Dr. med. I. _____ eine rezidivierende Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte

sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden sowie perfektionistischen Anteilen (ICD-10: Z73). Weiter berichte Dr. med. I._____, ab dem Begutachtungszeitpunkt werde die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auf 30 % festgelegt. Weil die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung leide, sei es nicht möglich, den Beginn der Erkrankung rückwirkend ganz genau festzulegen. In Anbetracht der letzten fünf Jahre könnte man den Beginn auf April 2012 festlegen. Sowohl nach subjektiven Angaben als auch nach der Aktenlage habe die Versicherte infolge der für sie unerwarteten Kündigung eine schwere Depression erlitten. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage ebenfalls 70 %. Am Anfang der Tätigkeit (im Rahmen eines Belastbarkeitstrainings) sollte mit einem 50%igen Pensum gestartet werden. Aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur sowie ungenügendem Durchhaltevermögen wäre es für die Versicherte vermutlich schwer, als Lehrerin in der Oberstufe einzusteigen. Sinnvoller wäre eine ähnliche Tätigkeit in der Erwachsenenbildung oder in einer ruhigeren, weniger exponierten Tätigkeit. Im Arztbericht vom 12. Dezember 2013 schätze Dr. med. G._____ die Arbeitsunfähigkeit vom 5. September 2013 (Behandlungsbeginn) bis zum 12. Dezember 2013 auf 100 %. Die Depression habe sich zwischen mittelschwerer und schwerer Ausprägung bewegt, weshalb die Einschätzung nachvollziehbar sei. Der Gutachter Dr. med. J._____ lege im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Mai 2014 die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 20 % fest. Diese Einschätzung sei mit der dargestellten Symptomatik kongruent. Im Verlaufsbericht vom 11. März 2015 gebe Dr. med. G._____ keine genauere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab. Sie schätze diese (zumindest am Beginn eines Arbeitsversuchs) auf zirka zwei Stunden am Tag während zwei bis drei Tagen pro Woche und stelle eine Steigerungsmöglichkeit in Aussicht, wobei die Leistungsfähigkeit mindestens 20 % eingeschränkt wäre. Die behandelnde Ärztin berücksichtige dabei die Wechselwirkungen mit somatischen Erkrankungen, weshalb diese Einschätzung zum Teil nachvollziehbar sei.

E. 3.2.2

Im orthopädischen Teilgutachten vom 3. Dezember 2015 (act. 111.1 S. 41 ff.) stellte Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: Tendinitis calcarea Schulter rechts M75.3, Insertionstendinitis Patella links nach Knie-TP M17.0 und M76.5, multiple Ansatzendinopathien M76, Unkovertebralarthrose C3/4 rechts M19.8, beginnende Gonarthrose M17.0, Adipositas E66.0 (mit 133.4 kg bei 170.1 cm, BMI 46.1 kg/m², act. 111.1 S. 29). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine Diagnosen genannt. Weiter führte Dr. med. K._____ aus, die Versicherte sei zuletzt als Hauswirtschaftslehrerin tätig gewesen. Die dabei entstehenden Anforderungen könnten als angepasst angesehen werden. Die geschilderten Einschränkungen führten zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 % bezogen auf ein Vollzeitpensum. Die verbleibenden 30 % entstünden durch die qualitativen Einschränkungen und vermehrte Pausen. Die Versicherte habe bis zur Knieprothesenoperation gearbeitet. Dieser Eingriff habe ihr subjektiv eine Besserung der Beschwerden gebracht, sodass die obige Einschätzung nach einer angemessenen postoperativen Rehabilitation ab Juli 2012 Gültigkeit habe. Seither seien neu die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule im Oktober 2013 und an der Lendenwirbelsäule im November 2014 objektiviert worden. Die dadurch entstehenden Einschränkungen seien aber nicht derart, dass ab diesen Daten eine andere Einschätzung der angestammten Arbeitsfähigkeit erfolgen müsse. Bei dieser würden die Anpassungen berücksichtigt, welche an die Funktionsstörungen vorgenommen werden müssten. Es

ergebe sich also eine vollständige Arbeitsfähigkeit adaptiert. Der Orthopäde im E. _____-Gutachten komme 2014 zum Schluss, dass eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum möglich sei. Die Klinik M. _____ sehe sogar von orthopädischer Seite ein vollschichtiges Leistungsvermögen für körperlich leichte Frauenarbeiten und ohne Überkopfarbeiten. Wenn eine Abgrenzung angestammte/adaptierte Tätigkeit erfolge, so stimme die erste mit der Einschätzung im E. _____-Gutachten überein, und die in (...) attestierte Arbeitsfähigkeit könne auf einer angepassten Tätigkeit basierend angesehen werden.

E. 3.2.3

Dr. med. L. _____, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, stellte in ihrem pneumologischen Teilgutachten vom 10. Dezember 2015 (act. 111.2) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnose. Ohne Auswirkungen diagnostizierte sie ein intrinsisches Asthma bronchiale und ein komplexes Schlafapnoe-Syndrom. Weiter führte sie aus, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hauswirtschaftslehrerin sei aus pulmonaler und schlafmedizinischer Sicht zu 100 % ausführbar.

E. 3.2.4

Im Rahmen der hauptgutachterlichen Beurteilung und polydisziplinären Zusammenfassung wurden die anlässlich der psychiatrischen, orthopädischen und pneumologischen Teilexpertisen gestellten Diagnosen aufgelistet. Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Experten weiter eine hypertensive Herzkrankheit (ICD-10: I10.0), einen Status nach absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern (ICD-10: I48.1), eine Hyperuricämie (ICD-10: E79.0), eine Hypothyreose (ICD-10: E03.9) sowie eine Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0). Weiter wurde berichtet, aus orthopädischer Sicht könne der Unterscheidung Hauswirtschaft/Textiles Werken wegen fehlendem Arbeitsprofil nicht gefolgt werden. Als Handicaps seien die erhebliche Passivität sowie die deutliche Erwartungshaltung zu erwähnen. Darüber hinaus bestehe eine mangelhafte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Trotz verschiedenen Therapien sei eine mangelhafte Reflexionsfähigkeit festzustellen, und die Durchhalte- und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien mässig eingeschränkt. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100 % Pensum. Aus allgemein-internistischer und pneumologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100% Pensum. Polydisziplinär sei damit die orthopädische und psychiatrische Beurteilung führend. Es bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100 % Pensum, dies aufgrund der mit der Depression vergesellschafteten, verschiedenen Ängste und unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsakzentuierung sowie aufgrund der eingeschränkten Mobilität des linken Knies und des rechten Schultergelenks aufgrund der orthopädischen Erkrankungen. Unter dem Titel "Beginn der Arbeitsunfähigkeit angestammt" wurde weiter berichtet, es sei schwierig, den Beginn der Erkrankung rückwirkend genau festzulegen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine rezidivierende depressive Störung. In Anbetracht der letzten fünf Jahre könnte man den Beginn auf April 2012 festlegen. Aus orthopädischer Sicht bestehe bei einem Status nach der Knie totalprothesenoperation nach angemessener postoperativer Rehabilitation eine Gültigkeit ab Juli 2012. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit führten die Experten weiter aus, polydisziplinär sei die psychiatrische Einschätzung führend. Es bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100% Pensum in einer

optimal adaptierten leichten körperlichen Tätigkeit. Diese Einschätzung gelte ebenfalls ab Juli 2012. Weiter berichteten die Gutachter, aufgrund der Persönlichkeitsstruktur sowie des ungenügenden Durchhaltevermögens wäre es für die Versicherte vermutlich schwer, als Lehrerin in der Oberstufe einzusteigen. Sinnvoller wäre eine ähnliche Tätigkeit in der Erwachsenenbildung oder in einer ruhigeren, weniger exponierten Tätigkeit.

E. 3.2.5

In Kenntnis der F. _____-Expertise war der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2016 der Ansicht, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht die Feststellungen des polydisziplinären Gutachtens sachlich fundiert und nachvollziehbar seien, weshalb darauf abgestellt werden könne. Die Einschätzung des Gesundheitsschadens bzw. die Beurteilung der Leistungsfähigkeit gemäss seiner Beurteilung vom 6. Juni 2014 weiche nicht von der Beurteilung dieses Gutachtens ab (act. 112).

E. 3.3

Mit Blick auf die psychisch-psychiatrische Seite ist in erster Linie auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen. Gemäss dieser erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies unter anderem auch für die von den Dres. med. I. _____ und G. _____ und der Rehaklinik M. _____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung gilt (ICD-10: F33.0/1/2; vgl. act. 88, 97 und 111.1 S. 39) gilt (BGE 143 V 418 E. 7.2). Da im vorliegenden Fall bisher keine solche Prüfung stattgefunden hatte, kann auch nicht per se im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 136 I 229 E. 5 und 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4) davon ausgegangen werden, dass betreffend die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden psychischen Beschwerden von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten Expertise keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse zum Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Zwar würde die nach altem Verfahrensstandard eingeholte interdisziplinäre Expertise der F. _____ vom 6. Januar 2016 rechtsprechungsgemäss nicht per se ihren Beweiswert verlieren (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 8). Da diese jedoch gemäss den nachstehenden Erwägungen nicht rechtsgenügend Aufschluss gibt über die Diagnosen und das Ausmass und die Dauer der während den vergangenen Jahre immer wieder vorliegenden Arbeits- und Leistungsunfähigkeiten, reicht eine bloss punktuelle Ergänzung dieser Expertise nicht aus. Vielmehr ist eine neue umfassende medizinische Begutachtung in die Wege zu leiten, welche die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in Einklang mit der neu geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren ermöglicht.

E. 3.4

Zwar sind die polydisziplinären Gutachten des E. _____ vom 26. Mai 2014 und der F. _____ vom 6. Januar 2016 (Versanddatum) umfassend. Sie beruhen auch auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Dennoch bilden sie für den vorliegenden Fall keine vollständige, rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage. Mangels Erfüllens der allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht kann in medizinischer Hinsicht auch nicht auf die im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG verfassten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ abgestellt werden, da diese die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien nicht zu erfüllen vermögen.

E. 3.4.1

Nachdem Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2014 noch die Ansicht vertreten hatte, das E. _____-Gutachten vom 26. Mai 2014 (act. 67.1) sei plausibel, schlüssig und nachvollziehbar (act. 69), führte er nach Vorliegen weiterer ärztlicher Berichte am 22. September 2015 aus, es sei anhand der Aktenlage nicht möglich, sich ein Gesamtbild des Gesundheitszustandes zu machen. Im Sinne einer ordentlichen Abklärung erscheine es daher angebracht, eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachgebieten Psychiatrie, Orthopädie/Rheumatologie, Innere Medizin und gegebenenfalls Pneumologie durchführen zu lassen (act. 99). Aufgrund dieser Umstände resp. mit Blick auf die Äusserungen von Dr. med. D. _____ vom 22. September 2015 kann beweisrechtlich von vornherein grundsätzlich nur beschränkt auf die E. _____-Expertise 26. Mai 2014 abgestellt werden. Insofern kommt dem Faktum, dass dieses Gutachten beinahe zwei Jahre vor Verfügungserlass am 4. März 2016 datiert und es ihm somit auch an einer gewissen Aktualität mangelt, keine vorrangige Bedeutung zu.

E. 3.4.2

Zwar sind - wie von den Gutachtern der F. _____ erwähnt - retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig, weshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-1421/2013 vom 29. September 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis). Im vorliegenden Fall verhält es sich jedoch so, dass Dr. med. I. _____ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 2. Dezember 2015 (act. 111.1 S. 31 ff.) den Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus psychisch-psychiatrischer Sicht "in Anbetracht der letzten fünf Jahre" auf April 2012 festgelegt hatte. Mit Blick auf den an der Sitzung der Kreisschulpflege C. _____ vom 3. April 2012 beschlossenen Entscheid zur Kündigung (act. 35.2 S. 2) und die im Anschluss daran aufgetretene psychische Problematik ist diese Auffassung betreffend Beginn nachvollziehbar und nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 3.5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Sachverhalt auch hinsichtlich der ärztlicherseits gestellten Diagnosen erstellt ist oder ob weiterer Klärungsbedarf besteht:

E. 3.5.1

Zwar sind die ausländischen Ärzte und Kliniken mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin nicht vertraut (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-3826/2014 vom 19. November 2015 E. 5.3), und lassen eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 65 E.

3.4 mit Hinweisen). Dennoch sind mangels hinreichender Klärung der tatsächlich bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit weitere medizinische Abklärungen unabdingbar:

E. 3.5.2

Im Zusammenhang mit dem ärztlichen Entlassungsbericht der Tagesklinik N. _____ vom 25. Juni 2015 (act. 98) vertrat Dr. med. I. _____ die Ansicht, dass die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) nicht bestätigt werden könne, da die Hauptkriterien - mindestens zwei Jahre anhaltende Klagen und wechselhafte körperliche Symptome und ständige Beschäftigung mit den Symptomen - nicht erfüllt seien. Diese Auffassung ist mit Blick auf den ärztlichen Entlassungsbericht der Rehaklinik M. _____ vom 11. März 2015 (act. 97) in Zweifel zu ziehen. In diesem Bericht wurden insbesondere Cervicobrachialgien (ICD-10: M53.1), ein pseudoradikuläres LWS-Syndrom (ICD-10: M54.4), eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) sowie einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) diagnostiziert und ausgeführt, die Beschwerdeführerin beklage unter anderem Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule ("aktuell" vordergründig Nackenbeschwerden am zervikothorakalen Übergang; seit zwei Jahren Befund erheblich verstärkt) resp. einen Dauerschmerz mit Schmerzausstrahlung in die Arme. Nebst den funktionellen Einschränkungen der Hände und Finger klage sie auch über die seit dem Jahr 2000 bestehenden, progredienten Beschwerden im Lendenbereich (seit zwei Jahren extrem verstärkt) sowie über einen Dauerschmerz mit ischialgieformer Schmerzausstrahlung entlang des dorsalen Oberschenkels. Schliesslich war in diesem Entlassungsbericht auch die Rede von einem Schmerzverhalten mit demonstrativen Tendenzen sowie insbesondere von Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden und den Befunden. Mit diesen Fakten setzte sich Dr. med. I. _____ weder fundiert auseinander noch wurden diese von ihr rechtsgenügend gewürdigt. Aufgrund des oben teilweise wiedergegebenen Inhalts des ärztlichen Entlassungsberichts der Rehaklinik M. _____ vom 11. März 2015 ist das Fazit von Dr. med. I. _____, wonach die Hauptkriterien einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt seien, nicht rechtsgenügend nachvollziehbar, und es wird Sache eines Fachexperten oder einer -expertin sein, sich aus fachärztlicher Sicht mit den gegebenen Fakten auseinanderzusetzen.

E. 3.5.3

Dr. med. I. _____ stellte im Rahmen der Beurteilung früherer diagnostischer psychiatrischer Einschätzungen die von Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in deren Bericht vom 27. August 2013 (act. 47) diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) in Frage. Sie war der Auffassung, dass jegliche anamnestic Angaben fehlten, die auf eine solche Störung hinweisen könnten. Diese Beurteilung ist für das Bundesverwaltungsgericht insofern nicht vollends schlüssig und überzeugend, als die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. med. G. _____ vom 11. März 2015 (act. 88) an einer rezidivierende depressive Störung (teilremittierte mittelgradige bis schwere Episode [ICD-10: F33.1/F33.2] mit somatischem Syndrom), sozialem Rückzug und Ängsten bei einer Anamnese von schwierigen familiären Verhältnissen in der Kindheit, Schuldzuweisungen, Feindseligkeiten und sexuellen Übergriffen (ICD-10: Z61.2/62.3/61.5) leidet. Laut Bericht der Psychiatrischen Tagesklinik vom 16. August 2012 (act. 31) bestehen die Leiden in panikartig auftretenden Ängsten, schlechtem Schlaf und wiederkehrenden Erinnerungen an das negativ Erlebte im Zusammenhang mit der Kündigung, des erlebten Missbrauchs sowie der Verzweiflung und

Hilflosigkeit im Zusammenhang mit der "übermächtigen Grossmutter". In diesem Kontext ist schliesslich überdies zu erwähnen, dass sich auch Dr. med. I. _____ im Rahmen der Würdigung des Berichts von Dr. med. G. _____ vom 11. März 2015 selbst nicht sicher war, ob die negativen Kindheitserlebnisse einen so starken Einfluss auf die Entwicklung ausgeübt hätten, dass diese die Arbeitsfähigkeit aktuell noch einschränkten. Unter diesen Umständen ist der Überprüfung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Rahmen des einzuholenden Gutachtens hinreichende Beachtung zu schenken.

E. 3.6

Betreffend die Arbeits- und Leistungs(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin ergibt sich weiter was folgt:

E. 3.6.1

Im Zusammenhang mit früheren psychiatrischen Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit setzte sich Dr. med. I. _____ bloss mit zwei Berichten von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Dezember 2013 (act. 54 S. 1 bis 7) und 11. März 2015 (act. 88 S. 1 bis 5) sowie der Beurteilung des E. _____-Experten Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Mai 2014 (act. 67.1 S. 7 ff.) auseinander (act. 111.1 S. 40 f.). Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in psychisch-psychiatrischer Hinsicht erfolgten seitens Dr. med. I. _____ auch keine zusätzlichen Auseinandersetzungen mit zahlreichen aktenkundigen Berichten (vgl. E. 3.5.4 ff. hiernach).

E. 3.6.2

Im Bericht vom 12. Dezember 2013 attestierte die Psychiaterin Dr. med. G. _____ der Beschwerdeführerin zufolge der rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelschwere bis schwere Episode (ICD-10: F33.2), für die Zeit vom 5. September 2013 bis 12. Dezember 2013 (Datum des Berichts) eine vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit. Mit Blick auf die Begründung in psychisch-psychiatrischer Hinsicht, derzufolge die Versicherte wegen anhaltender Erschöpfung und Müdigkeit, Antriebsschwäche, Ängste, sozialem Rückzug, Stressintoleranz und verminderter Belastbarkeit nicht in der Lage sei, einer geregelten Arbeit in der freien Wirtschaft nachzugehen, ist die Beurteilung von Dr. med. I. _____, wonach die Einschätzung von Dr. med. G. _____ (dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit zufolge der Depression mittelschwerer bis schwerer Ausprägung) nachvollziehbar sei, nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 3.6.3

Hinsichtlich der für Dr. med. I. _____ nachvollziehbaren Beurteilung des E. _____-Experten Dr. med. J. _____ vom 26. Mai 2014, gemäss welcher bei der Versicherten aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung zwischen September 2013 bis Februar 2014 eine erhöhte Arbeitsunfähigkeit von zirka 50 % und nach erfolgter Besserung eine solche von nunmehr 20 % bestanden habe, ist einerseits festzuhalten, dass die Versicherte gemäss Austrittsbericht der Klinik O. _____ vom 3. Juni 2014 vom 3. Januar bis 20. Februar 2014 vollstationär hospitalisiert war und in psychisch-psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit sozialem Rückzug und Ängsten (ICD-10: F33.1), sowie Feindseligkeiten und Übergriffe in der Kindheit (ICD-10: Z62.3/61.5) diagnostiziert wurden. Mit Blick auf die stationäre Hospitalisation und die ab dem Eintrittsdatum (3. Januar 2014) bis zum 31. März 2014 (Dauer des stationären Aufenthalts und bis zum

Eintritt in die Tagesklinik N. _____) festgelegte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. 68) kann die von Dr. med. I. _____ als nachvollziehbar qualifizierte Beurteilung einer 50%igen resp. 20%igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. J. _____ nicht zutreffen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Versicherte während dieses Zeitraums ebenfalls vollständig arbeits- und leistungsunfähig war.

E. 3.6.4

Gemäss dem Bericht der Psychiatrischen Tagesklinik N. _____ vom 16. August 2012 befand sich die Versicherte bereits vorher vom 4. Juni bis 1. August 2012 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung (mittelgradige depressive Episode; ICD-10: F33.1) in teilstationärer Behandlung. Aufgrund der tagesklinischen Behandlung ist während dieser Zeit ebenfalls von einer vollen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit auszugehen (act. 31; vgl. auch act. 36.2 S. 2 sowie act. 44 S. 13 und 14). Betreffend die im Anschluss an diesen teilstationären Aufenthalt vorliegende Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus psychisch-psychiatrischer Hinsicht fehlen jedoch rechtsgenügende Angaben, und es wird Sache einer medizinischen Fachperson sein, hierzu Stellung zu nehmen.

E. 3.6.5

In ihren Berichten vom 3. Mai und 27. August 2013 diagnostizierte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine fortdauernde Knieproblematik und führte aus, die gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit beruhe sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychiatrischen Diagnose. Diese Ärztin attestierte der Versicherten vom 6. März 2013 durchgehend bis 27. August 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. 43, 46 S. 1 und 47). Da diese Arbeitsunfähigkeit nicht rechtsgenügend begründet wurde, besteht auch diesbezüglich weiterer Abklärungsbedarf. Ein solcher besteht auch mit Blick auf den Bericht von Dr. med. P. _____, Chefärztin Psychosomatik der Klinik O. _____, vom 11. November 2013. Darin diagnostizierte sie insbesondere ein schweres depressives Zustandsbild bei rezidivierender depressiver Störung, ohne jedoch konkret auf die daraus resultierende Arbeits- und Leistungsfähigkeit einzugehen (act. 54 S. 8 bis 10).

E. 3.6.6

Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 16. Juni 2014 die psychiatrische Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), und führte aus, die Versicherte sei vom 17. März bis 16. Mai 2014 zum zweiten Mal in der Psychiatrischen Tagesklinik N. _____ teilstationär behandelt worden. Aufgrund der tagesklinischen Behandlung ist während dieser Zeit erneut von einer vollen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit auszugehen. Hinsichtlich der im Anschluss an diesen teilstationären Aufenthalt vorliegenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus psychisch-psychiatrischer Hinsicht machte Dr. med. Q. _____ keine verlässlichen und rechtsgenügenden Angaben (act. 88 S. 6 bis 10), weshalb auch diesbezüglich weitere Abklärungen zu erfolgen haben.

E. 3.6.7

Bezüglich der vom 24. März bis 30. April 2015 stattgefundenen teilstationären Behandlung lassen sich dem diesbezüglichen Bericht der Psychiatrischen Tagesklinik N. _____ vom 25. Juni 2015 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) sowie einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) entnehmen. Wiederum ist davon auszugehen, dass während des stationären

Aufenthalts von einer vollen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit auszugehen ist. Angaben hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resp. zur Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit im Anschluss an den stationären Aufenthalt lassen sich diesem Bericht ebenfalls nicht entnehmen (act. 98), weshalb weitere Abklärungen unumgänglich sind.

E. 3.6.8

Dr. med. I. _____ war weiter der Auffassung, dass aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%iges Pensum bestehe. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe ebenfalls eine 70%ige Leistungsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %, wobei am Anfang der Tätigkeit (im Rahmen eines Belastbarkeitstrainings) mit einem 50%igen Pensum gestartet werden und im Verlauf eine Steigerung auf 70 % erfolgen solle. Unter dem Punkt "Spezifikation der adaptierten Tätigkeit" führte Dr. med. I. _____ weiter aus, aufgrund der Persönlichkeitsstruktur sowie des ungenügenden Durchhaltevermögens wäre es für die Versicherte vermutlich schwer, als Lehrerin in der Oberstufe einzusteigen; sinnvoller wäre eine ähnliche Tätigkeit in der Erwachsenenbildung oder in einer ruhigeren, weniger exponierten Tätigkeit. Diese Beurteilung von Dr. med. I. _____ ist insofern nicht nachvollziehbar und widersprüchlich, als sie zwar eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert, jedoch beifügt hatte, die Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht als Oberstufenlehrerin einsteigen, sondern nur in eine weniger exponierte und ruhigere Tätigkeit - somit in eine Verweisungstätigkeit - und dies nur versuchsweise zu 50 %. Diese Beurteilung durch Dr. med. I. _____ könnte bzw. müsste durchaus so verstanden werden, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit arbeitsunfähig ist und in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit - prognostisch und erst nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in Form eines Belastungstrainings - vorerst eine 50%ige Leistungsfähigkeit besteht. Dies ist in etwa vereinbar mit der Einschätzung von Dr. med. G. _____, welche in ihrem Verlaufsbericht vom 11. März 2015 dafür hielt, dass die Versicherte den Aufgaben einer Hauswirtschaftslehrerin wahrscheinlich wegen der körperlichen Belastung nicht mehr gewachsen sei und möglicherweise als Lehrerin für Textiles Werken wieder einen Arbeitsversuch machen könnte, dies anfänglich nur an zwei Stunden pro Tag und dies maximal an zwei bis drei Tagen in der Woche. Hierbei bestehe auch eine verminderte Leistungsfähigkeit von mindestens 20 % bis 30 %, da die Belastbarkeit der Versicherten starken Schwankungen unterworfen sei (act. 88). Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht von Dr. med. G. _____ vom 1. Dezember 2015. Darin betonte Dr. med. G. _____ insbesondere, dass zwar die Grundvoraussetzung für berufliche Massnahmen bzw. für die Fähigkeit, zwei Stunden pro Tag anwesend zu sein, erfüllt sei, es jedoch aufgrund des Schweregrads und der Dauer der Störung erforderlich sei, dass wenig Druck auf die Versicherte ausgeübt werde und Belastungs- und Pensumssteigerungen langsam und nach Absprache mit der Versicherten erfolgten und dass sie auch der engmaschigen Unterstützung und Begleitung durch entsprechende Fachpersonen bedürfe (act. 109).

E. 3.7

Hinsichtlich der somatischen Leiden ergibt sich weiter Folgendes:

E. 3.7.1

Wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.2.2), stellte Dr. med. K. _____ im orthopädischen Teilgutachten vom 3. Dezember 2015 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verschiedene Diagnosen und hielt unter anderem dafür, dass die geschilderten Einschränkungen ab Juli 2012 zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 % bezogen auf ein Vollzeitpensum führten und die verbleibenden 30 % durch die qualitativen Einschränkungen und vermehrten Pausen entständen, wobei aus den im Oktober 2013 und November 2014 neu objektivierten degenerativen Veränderungen (Halswirbel- und Lendenwirbelsäule) keine andere Einschätzung der angestammten Arbeitsfähigkeit resultiere. In Ergänzung zu den von den Experten Dres. med. I. _____ und K. _____ gestellten Diagnosen wurden in der hauptgutachterlichen Beurteilung und polydisziplinären Zusammenfassung ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit noch ein intrinsisches Asthma bronchiale, ein komplexes Schlafapnoe-Syndrom, eine hypertensive Herzkrankheit (ICD-10: I10.0), ein Status nach absoluter Arrhythmie bei Vorhofflimmern (ICD-10: I48.1), eine Hyperuricämie (ICD-10: E79.0), eine Hypothyreose (ICD-10: E03.9) sowie eine Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0) diagnostiziert. Dabei stützten sich die Experten insbesondere auf die Laborbefunde vom 2. Dezember 2012 (act. 111.5) sowie auf das pneumologische Teilgutachten von Dr. med. L. _____, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, vom 10. Dezember 2015 (act. 111.2).

E. 3.7.2

Das Gutachten der F. _____ ist in allgemein-internistischer Hinsicht insofern schlüssig und überzeugend (vgl. E. 3.2.3 und 3.3 hiervor), als die Beschwerdeführerin aus pulmonaler und schlafmedizinischer Sicht trotz ihrem intrinsischen Asthma bronchiale sowie dem komplexen Schlafapnoe-Syndrom zu 100 % arbeitsfähig ist (act. 111.2 S. 4).

E. 3.7.3

In rein orthopädischer Hinsicht ergibt sich schliesslich, dass die Versicherte gemäss Bericht von Dr. med. R. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 5. September 2012 vom 15. Dezember 2011 bis zum 31. Juli 2012 arbeitsunfähig im angestammten Beruf war. Dr. med. R. _____ war der Auffassung, dass seit dem 1. August 2012 aus orthopädischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegt (act. 46 S. 3). Im Bericht vom 4. September 2013 vertrat er die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hauswirtschaftslehrerin aus orthopädischer Sicht ab dem 1. August 2012 keine Arbeitsunfähigkeit mehr aufweist (act. 48). Demgegenüber kam Dr. med. K. _____ im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit ab Juli 2012 wieder zu 70 % arbeitsfähig sei (act. 111.1 S. 46). Im Übrigen ging auch der E. _____-Experte Dr. med. S. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, in Anlehnung an die Beurteilung von Dr. med. R. _____ davon aus, dass ab dem 1. August 2012 in der angestammten Tätigkeit wieder eine 70%ige Arbeitsfähigkeit und in einer Verweisungstätigkeit ab diesem Zeitpunkt eine solche von 100 % besteht (act. 67.1 S. 17 f.).

E. 3.7.4

Zwar ist die Erklärung für die Diskrepanz (vermehrter Pausenbedarf angesichts der bei Fehlhaltung an der Wirbelsäule beklagten Beschwerden für im Stehen und Gehen erfolgende Verrichtungen einschliesslich jener im angestammten Bereich) für das Bundesverwaltungsgericht nachvollziehbar. Auch die Beurteilung, wonach ebenfalls ab 1.

August 2012 für körperlich leichte Verweisungstätigkeiten mit wiederholt sitzenden Anteilen von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, ist prinzipiell schlüssig, zumal diese Auffassung im Übrigen mit derjenigen der Rehaklinik M. _____ übereinstimmt. Gemäss deren Entlassungsbericht vom 11. März 2015 besteht bei der Versicherten von orthopädischer Seite her ein vollschichtiges Leistungsvermögen für körperlich leichte "Frauenarbeiten" ohne Klettern und Steigen, ohne Arbeiten in kniender oder Hockposition, ohne Überkopfarbeiten, überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen sowie in Tages-, Früh- bzw. Spätschicht (act. 91). Hinsichtlich des Beginns der 100%igen Arbeitsunfähigkeit ist mit Blick auf die Taggeldleistungen (act. 45) und die damit übereinstimmenden Angaben von Dr. T. _____ in deren Bericht vom 10. Oktober 2012 (act. 46 S. 2) davon auszugehen, dass diese Arbeitsunfähigkeit bereits ab dem 18. Oktober 2011 (bis 31. Juli 2013) bestanden hatte. Damit kann es jedoch vorliegend nicht sein Bewenden haben, denn einerseits wiesen die Experten der F. _____ anlässlich der polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung explizit darauf hin, dass aus orthopädischer Sicht der Unterscheidung Hauswirtschaft/Textiles Werken wegen fehlendem Arbeitsprofil nicht gefolgt werden könne. Insbesondere auch vor diesem Hintergrund kann nicht vom Vorliegen eines rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofils hinsichtlich einer Lehrtätigkeit sowohl in den Bereichen Hauswirtschaft und Textiles Werken als auch im Bereich der Erwachsenenbildung ausgegangen werden. Andererseits ist - nebst dem Grund der geänderten Bundesgerichtsrechtsprechung (vgl. E. 3.3 hiervor) - auch mit Blick auf die Unklarheiten in psychiatrischer Hinsicht resp. der Wechselwirkung der verschiedenen somatischen und psychiatrischen Leiden (act. 111.1 S. 38 unten) eine erneute interdisziplinäre Begutachtung unumgänglich (betreffend interdisziplinärer Begutachtung beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beschwerden vgl. Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen).

E. 4

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich zusammenfassend, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.8 hiervor). Das Gutachten der F. _____ sowie weitere aktenkundige medizinische Berichte vermögen keine abschliessenden Beurteilungsgrundlagen zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden Abklärungen. Somit wurde im vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung der Auswirkungen sämtlicher Leiden auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit anlässlich einer umfassenden medizinischen Begutachtung durch entsprechend ausgebildete Fachärztinnen und/oder Fachärzte in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie und Innere Medizin - oder in weiteren, durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmenden Disziplinen (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3) - in der Schweiz ist unter den gegebenen Umständen notwendig und aufgrund der aktuellen Bundesgerichtsrechtsprechung auch möglich. Der Grund für die Rückweisung an die Vorinstanz liegt insbesondere auch im Umstand, dass mit Blick auf Praxisänderungen des Bundesgerichts eine Verlagerung der

Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2). Im Rahmen der notwendigen medizinischen Begutachtung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte von den Expertinnen und/oder Experten zu würdigen. Da Diagnosen unerlässliche Voraussetzung für eine abschliessende Beurteilung bilden, haben sich die Gutachterinnen und Gutachter mit den abweichenden Diagnosestellungen (vgl. E. 3.4 ff.) auseinanderzusetzen und sich - nach feststehenden Diagnosen - zur Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit resp. zu den vorhandenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin in der angestammten und in einer leidensadaptierten Erwerbstätigkeit mit Hilfe der heranzuziehenden, im Fokus stehenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu äussern.

E. 5

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und erneut abzuklären, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin zufolge ihres Gesundheitszustandes auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteil des BVer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 23. April 2016 insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 4. März 2016 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung von weiteren umfassenden medizinischen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 7

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

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Auf die Einholung eines Kostenvorschusses wurde im vorliegenden Fall infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung verzichtet. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'200.- angemessen (inklusive 8%iger Mehrwertsteuer bis Ende Dezember 2017; seit 1. Januar 2018 7.7 % [vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 {MWSTG; SR 641.20}]); zur Berücksichtigung der Mehrwertsteuer bei der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands oder der unentgeltlichen Rechtsbeiständin vgl. BGE 141 III 560 E. 2. und 3.) gerechtfertigt.

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