

BVGer C-2159/2018 vom 23. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2159_2018

FR: TAF C-2159/2018 du 23 septembre 2020

IT: TAF C-2159/2018 del 23 settembre 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtenen Verfügungen vom 15. März 2018 erlassen hat. Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet diese Verfügung, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Rentengesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Da die Vorinstanz mit Stellungnahme vom 30. April 2020 neu die Zusprache einer vom 1. Oktober 2015 bis 30. November 2017 befristeten Rente beantragt, bleibt nunmehr umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch darüber hinaus einen Anspruch auf eine Rente hat.

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).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 2.3

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C_693/2010 E. 10; vgl. auch Urteil des BGer 9C_732/2015 vom 29. März 2016 E. 3.1.2).

E. 2.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz 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, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 15. März 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (vgl. Dok. 3 S. 2 f. und act. 11).

E. 4.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 4.4

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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.5

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.7

Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 4.8

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6

und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 4.9

Mit Urteil 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 (publiziert als BGE 145 V 215) hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (E. 5.3.3). Es hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhalte willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (E. 5.3.1). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil 8C_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

E. 5

Zwischen den Parteien besteht zwar nunmehr insofern Konsens, als der Versicherten in Anwendung der geänderten Rechtsprechung betreffend Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen mindestens vom 1. Oktober 2015 (frühest möglicher Rentenbeginn [vgl. E. 4.3 hiervor]) bis 30. November 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen sei; jedoch ist unter den Parteien weiterhin streitig, ob die Beschwerdeführerin auch über diesen Zeitraum hinaus einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Daher ist vorliegend in jedem Fall sorgfältig zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt ist, insbesondere, weil die Beschwerdeführerin nebst psychischen auch somatische Beschwerden geltend macht. Der

angefochtenen Verfügung lag folgender medizinische Sachverhalt zugrunde:

E. 5.1.1

Vorliegend wurden nach der am 9. April 2015 erfolgten Anmeldung hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin zunächst die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen: - Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C. _____ des med. pract. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 4. Mai 2015, der die folgenden Diagnosen nennt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) und Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2; Dok. 4); - Ärztlicher Bericht der Psychiatrie N. _____ zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 12. Januar 2015 betreffend die stationäre Behandlung vom 30. September 2014 bis 21. November 2014, der die folgenden Diagnosen nennt: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und Essentielle Hypertonie ohne Angaben einer hypertensiven Krise (ICD-10: I10.90; Dok. 5 S. 10 f.); - Bericht der Klinik O. _____ zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 28. Januar 2015 betreffend die stationäre Behandlung vom 25. November 2014 bis 14. Januar 2015, der die Folgenden Diagnosen erwähnt: Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F10.21) sowie St. n. Magenbypass 10/2013 (Dok. 5 S. 6-9); - Austrittsbericht der Psychiatrie N. _____ vom 15. Dezember 2014 betreffend 1. Hospitalisation vom 30. September 2014 bis zum 21. November 2014, in welchem erneut die Diagnosen Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und Essentielle Hypertonie ohne Angaben einer hypertensiven Krise (ICD-10: I10.90) festgehalten werden (Dok. 10 S. 7 ff.); - Austrittsbericht der Psychiatrie N. _____ vom 21. Mai 2015 betreffend 2. Hospitalisation (in dieser Einrichtung) vom 18. Februar 2015 bis zum 4. März 2015, in welchem dieselben Diagnosen wie im Austrittsbericht betreffend die 1. Hospitalisation (Dok. 10 S. 7 ff.) genannt werden (Dok. 10 S. 3 ff.), - Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C. _____ der Klinik O. _____ vom 7. Mai 2015 werden erneut die Diagnosen Angstzustände, teils situationspezifisch (ICD-10: F4), mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F10.21) sowie St. n. Magenbypass 10/2013 (Dok. 5 S. 6-9) genannt (Dok. 12); - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des med. pract. M. _____ vom 9., 10. und 11. Juni 2015 betreffend die Zeitspanne 10. Juni 2015 bis zum 26. Juni 2015, die eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestieren (Dok. 16); - Im Austrittsbericht der Psychiatrie N. _____ vom 16. Juli 2015 betreffend 3. Hospitalisation vom 17. Juni 2015 bis zum 16. Juli 2015 werden die psychiatrischen Diagnosen Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit latenter Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten (ICD-10: F33.1) sowie Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und die somatischen Diagnosen (Hyperlipidämie (ICD-10: E78.2) sowie Essentielle Hypertonie ohne Angaben einer hypertensiven Krise (ICD-10: I10.90) aufgeführt (Dok. 24); - Die soeben genannten Diagnosen erwähnt die Psychiatrie N. _____ ebenfalls im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C. _____ vom 19. August 2015 (Dok. 33); - Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie, attestiert mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom 5. Oktober 2015, vom 3. November 2015 sowie

vom 9. November 2015 für die Zeitspannen 5. Oktober 2015 bis zum 7. Oktober 2015 und 3. November 2015 bis zum 13. November 2015 eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (Dok. 47, 56 und 58); - Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C._____ vom 9. Dezember 2015 erläutert Dr. med. I._____, dass die Versicherte nach einem Sturz über akute Schmerzen geklagt habe; aufgrund der Untersuchung seien eine Skoliose mit ISG-Reizung rechts, eine Lumboischialgie und nach Unfall eine Verstauchung des Hüftgelenks rechts sowie ein LWS-Distorsion festgestellt worden; durch Röntgenaufnahmen konnten eine Fraktur des Beckens und der LWS ausgeschlossen werden (Dok. 66); - Im Bericht des Kreiskrankenhauses (...) vom 23. Dezember 2015 betreffend die Hospitalisation vom 21. Dezember 2015 bis 22. Dezember 2015 werden die Diagnosen Intoxikation mit Trazodon und Alkohol in unklarer Dosis (Distanzierung vom Suizid nach Abklingen der C2-Intoxikation), eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, ein chronischer Alkoholabusus sowie anamnestisch ein Cervixkarzinom genannt (Dok. 78); - Diverse Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von med. pract. M._____ aus dem Zeitraum vom 30. März 2015 bis 2. Februar 2016 zuhanden der Krankentaggeldversicherung, die - mit Ausnahme der Bescheinigung vom 3. Juni 2016, die vom 5. bis 12. Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % - jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestieren (Dok. 81 S. 7, 10, 12, 15 f., 22 f., 26, 28-31, 35 f., 38-41 und 43-45); - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des P._____ vom 29. Februar 2016 betreffend die Zeitspanne 24. Februar 2016 bis 4. März 2016, mit der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (Dok. 81 S. 5); - Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C._____ vom 7. Juni 2016 nennt med. pract. M._____ nebst den bereits bekannten Diagnosen Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2), Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.1), Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) auch neu - indes ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - Probleme mit Bezug auf negative Kindheitserlebnisse (ICD-10: Z61; Dok. 82); - Im Austrittsbericht der Q._____ vom 8. Juni 2016 betreffend die Hospitalisation vom 23. Februar 2016 bis zum 24. Februar 2016 werden die Diagnosen Störungen durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10: F10.24), Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.10), anamnestisch emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) sowie ein Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung genannt (Dok. 83); - Im Bericht des P._____, Klinik für Innere Medizin, vom 5. April 2016 betreffend die Hospitalisation vom 24. Februar 2016 bis zum 22. März 2016 werden die Diagnosen Alkoholische Steatohepatitis (ED 24.2.16), Influenza vom 7. bis 11. März 2016, Alkoholabhängigkeit, Rezidivierende mittelgradige depressive Episoden, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, arterielle Hypertonie, Adipositas Grad I sowie Tetrazyklinallergie (bullöses Exanthem) und die Nebendiagnosen St. n. CTS-Operation rechts (02/13), St. n. Knie-Operation links (10/10), St. n. Nieren-Operation rechts 1985 bei Wanderniere sowie St. n. Cervix-Operation (2008) aufgeführt (Dok. 90).

E. 5.1.2

Am 28. Oktober 2016 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. R._____ (ohne Angabe eines Facharztstitels) zu den vorgenannten Berichten Stellung und führte dazu aus, dass anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen keine Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten möglich sei. Sie empfahl den Austrittsbericht der Psychiatrie N._____ betreffend die erneut ab April 2016 stattgefundene stationäre

Behandlung sowie einen Verlaufsbericht beim behandelnden Psychiater med. pract. M._____ einzuholen. Daneben empfahl sie auch, den Austrittsbericht der Klinik O._____ betreffend die stationäre Behandlung vom 25. November 2014 bis zum 14. Januar 2015 einzuholen (vgl. Dok. 91).

E. 5.2.1

Entsprechend der RAD-ärztlichen Empfehlung nahm die IV-Stelle C._____ die folgenden medizinischen Berichte zu den Akten: - Ein an die IV-Stelle C._____ gerichtetes Schreiben vom 7. November 2016 von med. pract. M._____, welcher darin mitteilt, er könne keine Angaben über den Verlauf machen, weil die Behandlung der Versicherten abgeschlossen worden respektive die letzte Sitzung am 24. März 2016 erfolgt sei. Seither sei ein stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie N._____ erfolgt. Die weitere ambulante Nachfolge sei ihm nicht bekannt (vgl. Dok. 92); - Im Austrittsbericht der Klinik O._____ vom 30. Januar 2015 betreffend die Hospitalisation vom 25. November 2014 bis zum 14. Januar 2015 werden als Hauptdiagnosen Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2) sowie Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F10.21) und als Nebendiagnosen ein St. n. Magenbypass (10/2013) sowie ein sexueller Übergriff durch Nachbarn im Alter von 9 Jahren (ICD-10: Z61.8) erwähnt (Dok. 93); - Im Austrittsbericht der Psychiatrie N._____ vom 3. Februar 2017 betreffend die 4. Hospitalisation vom 11. April 2016 bis zum 7. Juli 2016 werden als psychiatrischen Diagnosen ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), eine Hyperlipidämie (ICD-10: E78.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie ein Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) und als somatischen Diagnosen eine Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10: I10.90), eine alkoholische Fettleber (ICD-10: K70.0), sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen (ICD-10: R45.8) und ein St. n. Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet (ICD-10: S32.8) erwähnt (Dok. 98).

E. 5.2.2

Das Dossier wurde danach erneut dem RAD zur Beurteilung unterbreitet. Der RAD-Arzt Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erachtete mit Stellungnahme vom 12. August 2017 erneut weitere Abklärungen zum weiteren Verlauf seit Austritt aus der letzten stationären Behandlung im Juli 2016 als angezeigt. Insbesondere empfahl er Berichte bei der Fachstelle Sucht (...), bei der psychiatrischen Tagesklinik (...) wie auch bei somatisch behandelnden Ärzten einzuholen (vgl. Dok. 101).

E. 5.3.1

In der Folge erkundigte sich die IV-Stelle C._____ bei der Versicherten nach dem aktuell behandelnden Hausarzt und ersuchte sowohl die Fachstelle Sucht (...) als auch die psychiatrischen Tagesklinik (...) um Einreichung von Behandlungsberichten. Die Versicherte teilte der kantonalen IV-Stelle am 23. August 2017 telefonisch mit, dass sie keinen Hausarzt habe und auch nicht in fachärztlicher Behandlung stehe (vgl. Dok. 103). Die Fachstelle Sucht (...) teilte mit Antwort vom 12. September 2017 mit, dass zwar am 20. Juli 2016 ein Erstgespräch mit der Versicherten stattgefunden habe und ein Besuch der Motivationsgruppe angedacht gewesen sei, die Versicherte indessen den nächsten

Gesprächstermin abgesagt habe (vgl. Dok. 104). Schliesslich teilte die psychiatrische Tagesklinik (...) am 12. September 2017 mit, dass die Versicherte bisher nicht behandelt worden sei (vgl. Dok. 105).

E. 5.3.2

Mit neuerlicher Stellungnahme vom 27. September 2017 führte Dr. med. S. _____ aus, die medizinischen Akten seien insofern nachvollziehbar, als keine somatischen Diagnosen vorlägen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen könnten. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung empfahl er hingegen ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E. _____ (vgl. Dok. 107).

E. 5.4

Die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, fand am 7. November 2017 statt. Das Gutachten wurde am 13. November 2017 erstattet.

E. 5.4.1

Dr. med. E. _____ stellte gestützt auf die ihm von der kantonalen IV-Stelle zur Verfügung gestellten medizinischen Akten sowie gestützt auf die eigene ambulante psychiatrische Untersuchung vom 7. November 2017 als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20), und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er hingegen keine (vgl. Dok. 110 S. 23).

E. 5.4.2

In seiner Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin habe gemäss eigenen Aussagen bis September 2014 keine gesundheitlichen Einschränkungen gehabt. Im September 2014 sei sie schliesslich wegen ihrer Alkoholabhängigkeit stationär behandelt worden. Alkohol habe sie schon immer regelmässig getrunken, dessen Konsum jedoch im Griff gehabt. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin hätten zunehmende Belastungen am Arbeitsplatz zu vermehrtem Alkoholkonsum und schliesslich zur Abhängigkeit mit während Jahren hohen Dosen an Alkohol - gemäss Angaben der Versicherten von bis zu 3 Litern Wein - geführt. Es seien auch körperliche Veränderungen (Leberverfettung) festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin sei zwischen 2014 und 2016 insgesamt fünfmal stationär psychiatrisch behandelt worden, wobei bei jeder Hospitalisierung die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund gestanden habe, sei sie doch meistens intoxikiert hospitalisiert worden. Gemäss ihren Angaben konsumiere sie seit April 2016, namentlich der letzten stationären psychiatrischen Behandlung, keinen Alkohol mehr. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie sich als Jugendliche gelegentlich selbstverletzt habe und erwähnte auch einen Suizidversuch in jungen Jahren wegen Eheproblemen. Ebenso habe sie Ende 2015 einen Suizidversuch unternommen, nachdem ihr Partner unerwarteter Weise verstorben sei. Bei der Beschwerdeführerin hätten sich keine Hinweise auf eine eigenständige depressive Erkrankung gezeigt. Sie habe bis 2014 nicht unter depressiven Verstimmungen gelitten. Zwar sei in der Klinik jeweils eine Depression diagnostiziert worden; die Versicherte sei aber immer in der Lage gewesen, bis 2014 ohne Schwierigkeiten selbständig zu leben und zu arbeiten. Erst der Alkoholkonsum habe zu Schwierigkeiten bei der Arbeit und in der Folge auch zu sozialen Schwierigkeiten nach Arbeitsplatzverlust geführt. Folglich handle es sich um eine reaktive Depression aufgrund

der psychosozialen Belastungen, die durch die Alkoholabhängigkeit verursacht worden seien. Zum jetzigen Zeitpunkt fänden sich keine Hinweise auf depressive Symptome. Die Beschwerdeführerin habe auch seit April 2016 keine psychiatrische Behandlung mehr aufgenommen.

E. 5.4.3

Zu der in den Akten als Verdachtsdiagnose erwähnten Borderline-Persönlichkeitsstörung führte Dr. med. E. _____ im Weiteren aus, um diese Diagnose diagnostizieren zu können, genüge es nicht, dass sich die Beschwerdeführerin in psychisch belastenden Situationen gelegentlich Selbstverletzungen zufüge. Die Beschwerdeführerin könne nämlich ihre Emotionen und Impulse gut kontrollieren. Sie habe einige langjährige Beziehungen mit Partnern ohne jegliche Schwierigkeiten gehabt. Auch habe sie während Jahren an denselben Arbeitsstellen, zuletzt während 14 Jahren am B. _____, gearbeitet. Der Verlust der Kontrolle über ihre Emotionen und der Impulse sei auf die Trunkenheit und somit auf die Wirkung des Alkohols zurückzuführen und nicht einer Borderline-Persönlichkeitsstörung geschuldet. Ebenso wenig könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei im Alter von 9 Jahren vergewaltigt worden, wobei sie hierzu berichtet habe, dass sie sich gelegentlich noch daran erinnere, wenn sie entsprechende Fälle im Fernsehen sehe. Im Alltag sei sie aber durch dieses Ereignis nicht länger eingeschränkt, leide sie doch auch nicht unter angstbesetzten Träumen und zeige keinerlei Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Deshalb könne auch diese Diagnose nicht gestellt werden. Auch könnten die Diagnosen Angststörung oder Phobie nicht gestellt werden. Zwar fühle sich die Beschwerdeführerin einerseits in überfüllten Zügen unwohl, jedoch könne sie die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen. Auch in einem Lift fühle sie sich unwohl, nachdem sie vor Jahren einmal während einigen Stunden in einem defekten Lift eingeschlossen gewesen sei; allerdings leide sie nicht unter eigentlichen Angstzuständen.

E. 5.4.4

Schliesslich beantwortete Dr. med. E. _____ die gutachterlichen Fragen respektive die Standardindikatoren zusammengefasst wie folgt:

E. 5.4.4.1

Zum Gesundheitsschaden führte der Gutachter aus, dass im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine psychopathologischen Befunde hätten erhoben werden können. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag nicht durch psychische Beschwerden beeinträchtigt. Sie sei arbeitslos, befinde sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage, sei 55 Jahre alt und sich dessen bewusst, dass sie auf dem Arbeitsmarkt kaum mehr Chancen habe. Diese invaliditätsfremden Faktoren belasteten sie sehr, führten indes nicht zu Funktionseinschränkungen. Hinweise auf Aggravation bestünden nicht. Im Weiteren fänden sich keine Hinweise auf vorbestehende psychiatrische Störungen, zu deren Behandlung die Beschwerdeführerin den Alkohol eingesetzt hätte. Die Alkoholabhängigkeit sei remittiert. Ebenso wenig fänden sich Hinweise auf irreversible Gesundheitsschäden, insbesondere auf kognitive Beeinträchtigungen. Die psychosoziale Entwicklung sei unauffällig verlaufen und die Beschwerdeführerin habe während Jahren mit guter Leistung gearbeitet. Von ihrer Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Im Weiteren sei sie weder im Alltag noch in der Umsetzung ihrer Ressourcen durch eine psychiatrische Störung beeinträchtigt.

E. 5.4.4.2

Hinsichtlich des sozialen Kontexts verwies Dr. med. E._____ einleitend auf seine klinische Untersuchung, insbesondere auf seine Erhebungen betreffend die Alltagsaktivitäten, und hielt im Weiteren fest, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des Arbeitstrainings gute Leistungen erzielt habe. Weitere soziale Belastungen lägen nicht vor. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin einen kleinen aber guten Freundeskreis, von dem sie sich unterstützt fühle. Auch sei die Beziehung zu ihrer Herkunftsfamilie gut. Ebenso sei die Kommunikationsfähigkeit gut. Die Beschwerdeführerin sei motiviert zu arbeiten, sei sich aber auch bewusst, dass sie auf dem Arbeitsmarkt kaum mehr Chancen habe.

E. 5.4.4.3

Hinsichtlich Behandlungen und Eingliederung wies Dr. med. E._____ darauf hin, dass die psychiatrische Behandlung beendet worden sei und die Beschwerdeführerin entgegen ihrer Angaben das verordnete Antidepressivum gar nicht einnehme. Die Kooperation bei den bisher erfolgten Therapien sei bis 2016 nur teilweise gegeben gewesen, da sie immer wieder Rückfälle in ihre Alkoholabhängigkeit gehabt habe. Die Kooperation bei den Eingliederungsbemühungen sei hingegen vorhanden gewesen, jedoch habe sie nach deren Ende keine Arbeitsstelle gefunden. Weitere Therapieoptionen bestünden nicht. Eine psychiatrische Störung, welche die Eingliederung beeinträchtigen würde, liege nicht vor. Da aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, seien auch Eingliederungsmassnahmen nicht länger nötig.

E. 5.4.4.4

Zum Punkt Konsistenz wies der Gutachter erneut darauf hin, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Angaben das verordnete Antidepressivum nicht einnehme. Im Weiteren führte er aus, dass sich die Beschwerdeführerin selbst als arbeitsfähig ansehe, sich aber bewusst sei, dass sie auf dem Arbeitsmarkt kaum mehr Chancen habe. Ihr Aktivitätsniveau habe sich, ausser der Aufgabe der Berufstätigkeit, nicht verändert. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine weiteren Therapieoptionen, da die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben keinen Alkohol mehr konsumiere, was labormässig auch bestätigt worden sei. Schliesslich bestehe auch keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapie-Compliance.

E. 5.4.4.5

Bezüglich früheren ärztlichen Einschätzungen hielt Dr. med. E._____ fest, dass die Alkoholabhängigkeit bestätigt werden könne. Die depressive Störung sei remittiert, wobei zu bemerken sei, dass die depressiven Verstimmungen Reaktionen auf die durch die Alkoholabhängigkeit verursachten psychosozialen Belastungen gewesen seien. Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden, leide die Beschwerdeführerin doch weder unter Flashbacks noch unter Alpträumen noch habe sie während den letzten 40 Jahren einen Rückzug von der Welt oder eine chronische Nervosität gezeigt. Es seien also keinerlei Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden. Im Weiteren genüge nicht, dass sich die Beschwerdeführerin gelegentlich Selbstverletzungen zufüge, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können. Die Beschwerdeführerin zeige, Alkoholabstinenz vorausgesetzt, keine verminderte Emotions- oder Impulskontrolle. Ausserdem habe sie auch immer wieder länger dauernde Beziehungen gehabt. Somit seien wesentliche Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht feststellbar.

E. 5.4.4.6

Schliesslich hielt Dr. med. E. _____ zur Arbeitsfähigkeit fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit aufweise. Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der führte er im Weiteren aus, dass zwischen September 2014 und Juli 2016 die Arbeitsfähigkeit während den Aufenthalten in den psychiatrischen Kliniken aufgehoben gewesen sei. Die in dieser Zeit ausserhalb der Klinikaufenthalte attestierten Arbeitsunfähigkeiten seinen durch die Alkoholabhängigkeit bedingt gewesen. Während den stationären Behandlungen hätten sich die depressiven Verstimmungen jeweils rasch zurückgebildet, und seit Abschluss der beruflichen Massnahmen im Dezember 2015 bestehe aus psychiatrischer Sicht, abgesehen von der stationären Behandlung in der Klinik Liestal, eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich seither nicht verändert.

E. 5.5.1

Nachdem die IV-Stelle C. _____ - ohne vorgängige Konsultation des RAD - gestützt auf das bei Dr. med. E. _____ eingeholte psychiatrische Gutachten mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2017 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht gestellt hatte, reichte die Beschwerdeführerin nebst den bereits in den Akten befindlichen Austrittsberichten der Psychiatrie N. _____ betreffend die 1. Hospitalisation vom 15. Dezember 2014 (Dok. 10 S. 7 ff.) und betreffend die 2. Hospitalisation vom 21. Mai 2015 (Dok. 10 S. 3 ff.) sowie der Klinik O. _____ vom 30. Januar 2015 (Dok. 93) folgende neuen Berichte ein: - Im Austrittsbericht des P. _____ vom 7. Oktober 2010 wird die Diagnose Plica mediopatellaris (medialer femoraler Knorpelulkus, freier Gelenkkörper) des linken Knies sowie die Nebendiagnosen leichtgradiger Hypertonus, chronische Lumbalgien bei beginnenden degenerativen Veränderungen, Klaustrophobie und Panikattacken genannt (Dok. 115 S. 48 f.); - Im Bericht der Notfallstation des P. _____ vom 19. Juni 2009 wird als Diagnose eine arterielle Hypertonie, aktuell entgleist bei Medikamenten-Malcompliance, erwähnt (Dok. 115 S. 47); - Bericht der Therapie-Dienste des P. _____ vom 20. November 2009 werden HWS-Schmerzen mit Blockierung und Steifigkeit, ausstrahlende Schmerzen im Schulterbereich sowie Kopfschmerzen genannt (Dok. 115 S. 46); - Im Bericht des P. _____ vom 11. Dezember 2009 werden chronische Lumbalgien bei beginnenden degenerativen Veränderungen der LWS erwähnt (Dok. 115 S. 44 f.); - Im Bericht des P. _____ vom 24. Februar 2010 wird von einer mittels CT sichtbar gemachten Bandscheibenpotrusion L4/5 berichtet (Dok. 115 S. 43); - Im Bericht des P. _____ vom 9. September 2010 wird ein Verdacht auf eine Meniskusläsion des linken Knies geäussert und als Nebendiagnose eine Klaustrophobie, aufgrund welcher von einer weiteren Abklärung mittels MRT abgesehen wurde (Dok. 115 S. 42); - Im Bericht des T. _____ Spitals vom 25. Januar 2013 werden eine Adipositas Grad II bei rezidivierenden Substitutionsbedarf an Vitamin D, eine arterielle Hypertonie, eine Steatosis Hepatis, eine Insulinresistenz, eine Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) sowie eine Klaustrophobie und Panikattacken als Diagnosen genannt (Dok. 115 S. 37 ff.); - Im Befundbericht der Frauenklinik des P. _____ vom 18. November 2014 wird bei HSIL/CIN 2 und HPV hr positiv (typ 16), postmenopausal, eine Operation mittels LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone) empfohlen (Dok. 115 S. 35 f.); - Im Schreiben der Frauenklinik des P. _____ vom 1. September 2015 wird von der empfohlenen Operation mittels LLETZ berichtet, deren Termin die Versicherten aufgrund

einer stationären Behandlung bei Depression verschoben, sich seither jedoch nicht mehr gemeldet habe und auch nicht mehr erreicht werden können (Dok. 115 S. 20); - Im Bericht der Abteilung Gastroenterologie und Hepatologie des P._____ betreffend Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung von steigenden Cholestaseparametern vom 15. März 2016 wird berichtet, dass die sonografischen Befunde mit einer ausgeprägten Steatosis hepatis vereinbar seien, wobei aktuell keine Hinweise für eine portale Hypertension bestünden (Dok. 115 S. 18 f.); - Der vorläufige Austrittsbericht der Psychiatrie N._____ vom 18. Juli 2016 nennt dieselben Diagnosen, die bereits im unter Erwägung 5.2.1 genannten Austrittsbericht der Psychiatrie N._____ vom 3. Februar 2017 (Dok. 98) aufgeführt wurden (Dok. 115 S. 16 f.); - In der sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme vom 4. Oktober 2017 erwähnt Dr. med. F._____ von der Bundesagentur für Arbeit eine komplexe seelische Minderbelastbarkeit, eine Substanzabhängigkeit sowie Funktionsstörungen des Blutdrucks; es bestehe ein Leistungsvermögen von unter 3 Stunden (Dok. 115 S. 4-6); - Im Kurzbericht der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums G._____ vom 15. Dezember 2017 wird ein Verdacht auf Tabak-Alkohol-Amblyopie geäussert sowie allgemein von einem Z. n. chronischer C2- und Nikotin-Abusus berichtet (Dok. 116 S. 3); - Mit Schreiben vom 9. Februar 2018 teilt Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der U._____ - ohne Angaben irgendwelcher Befunde und Diagnosen - mit, dass die Versicherte gemäss seinem Eindruck nicht mehr in der Lage sei, einer Tätigkeit nachzugehen (Dok. 116 S. 2).

E. 5.5.2

Mit Stellungnahme vom 1. März 2018 führte der RAD-Arzt Dr. med. S._____ aus, die neu eingereichten Berichte seien nicht geeignet, die bisherigen Abklärungen in Zweifel zu ziehen. Die im Konsiliarbericht der Frauenklinik des P._____ vom September 2015 erwähnte Cervixkonisation bei verdächtigem PAP-Abstrich sei kein Grund für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Zudem liege der Eingriff viele Jahre zurück und der Versicherten seien die Nachkontrollen zumutbar. Im Weiteren sei bei Dr. med. F._____ von der Bundesagentur für Arbeit nirgends ein Facharztstitel, insbesondere ein solcher in Psychiatrie und Psychotherapie, ersichtlich. Dr. med. F._____ stelle die Diagnose «komplexe seelische Minderbelastbarkeit», bei welcher es sich nicht um eine anerkannte Diagnose gemäss ICD-10 handle, und die weder durch eine Anamnese noch durch Beschwerden noch durch medizinische oder psychopathologische Befunde begründet werde. Die Ausführungen von Dr. med. F._____ deuteten viel mehr darauf hin, dass für die Krise der Versicherten invaliditätsfremde Belastungsfaktoren, welche bereits von Dr. med. E._____ beschrieben und berücksichtigt worden seien, im Vordergrund gestanden hätten. Des Weiteren fehle bezüglich der festgestellten Substanzabhängigkeit gänzlich eine Suchtanamnese und der Arzt berücksichtige auch nicht, dass die Versicherte derzeit abstinent sei. Hinlänglich bekannt sei auch die arterielle Hypertonie, welche behandelbar und kein Grund für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sei. Schliesslich hielt Dr. med. S._____ fest, dass die Vorbringen der Versicherten nicht geeignet seien, den Inhalt des Gutachtens von Dr. med. E._____ in Zweifel zu ziehen (vgl. Dok. 118).

E. 6

Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob das psychiatrische Gutachten im Lichte der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (Indikatorenkatalog) eine schlüssige Beurteilung erlaubt. Dabei und da gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten

rechtsprechungsgemäss nicht per se ihren Beweiswert verlieren (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6), ist im Folgenden insbesondere und vorab zu prüfen, ob das eingeholten psychiatrische Gutachten vom 13. November 2017 eine schlüssige Beurteilung auch im Lichte der vorliegend anwendbaren neuen Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215 erlaubt, wonach - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (vgl. E. 4.9 hiervor).

E. 6.1

Dazu ist einleitend darauf hinzuweisen, dass aufgrund der dem RAD-Psychiater Dr. med. S._____ im Zeitpunkt seiner Stellungnahme vom 27. September 2017 zur Verfügung stehenden Akten (vgl. dazu E. 5.1 bis E. 5.3.1) nicht zu beanstanden ist, dass er eine Begutachtung einzig in der Fachdisziplin Psychiatrie empfohlen hatte. Denn gemäss diesen Berichten standen die psychiatrischen Beschwerden im Vordergrund, während die wenigen somatischen Arztberichte keine Hinweise auf eine dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit enthielten: Im Arztbericht von Dr. med. I._____ zuhanden der IV-Stelle C._____ vom 9. Dezember 2015 werden zwar eine Skoliose mit ISG-Reizung rechts, eine Lumboischialgie sowie nach Unfall eine Verstauchung des Hüftgelenks rechts sowie eine LWS-Distorsion erwähnt (eine Fraktur konnte entgegen der aktenwidrigen Behauptung im Austrittsbericht der Psychiatrie N._____ vom 3. Februar 2017 [Dok. 98] ausgeschlossen werden). Diese Leiden bewirkten gemäss den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. I._____ lediglich kurze, vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten vom 5. bis zum 7. Oktober 2015 sowie vom 3. bis zum 13. November 2015 (vgl. Dok. 47, 56, 58). Zudem führte Dr. med. I._____ im obgenannten Arztbericht bezüglich der Frage betreffend Wiederaufnahme einer Tätigkeit explizit aus, dass die Beschwerdeführerin gemäss seinen Unterlagen arbeitsfähig sei (vgl. Dok. 66 S. 4 Ziff. 1.9). Neben den Attesten und dem IV-Arztbericht von Dr. med. I._____ hat lediglich noch der Bericht der Klinik für Innere Medizin des P._____ vom 5. April 2016 somatische Beschwerden zum Inhalt. Es wird darin über die stationäre Behandlung vom 24. Februar 2016 bis 22. März 2016 berichtet, welche auf Zuweisung der Q._____ erfolgte, in deren Obhut sich die Beschwerdeführerin zuvor am 23. Februar 2016 zum Alkoholentzug begeben hatte. Die Überweisung in die Klinik für Innere Medizin des P._____, wo in der Folge auf Wunsch der Beschwerdeführerin auch der Alkoholentzug durchgeführt wurde, war aufgrund deutlich erhöhter Gamma-GT Werte zur weiteren Abklärung und insbesondere zum Ausschluss eines akuten Leberversagens erfolgt (vgl. Austrittsbericht der Q._____ vom 8. Juni 2016 [Dok. 83 S. 5]). Die Ärzte der Klinik für Innere Medizin beurteilten die Symptomatik als akute alkoholische Steatohepatitis. Unter Alkoholabstinenz besserten sich die entsprechenden Werte und die Beschwerdeführerin wurde, nachdem für sie für den 4. April 2016 ein Vorgespräch für die Alkoholentwöhnungs-Therapie bei der Psychiatrischen Klinik N._____ organisiert worden war, am 22. März 2016 in gebessertem Zustand entlassen (vgl. Dok. 90).

E. 6.2

Im Weiteren ist die Beschwerdeführerin in Bezug auf ihren Einwand, wonach die Exploration lediglich 30 Minuten gedauert habe, einleitend darauf hinzuweisen, dass es gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern in erster Linie massgebend ist, ob die Expertise inhaltlich

vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Ob das psychiatrische Gutachten vom 13. November 2017 diesen Anforderungen entspricht, ist im Folgenden eingehend zu prüfen.

E. 6.2.1

Obwohl die als Entscheidungsgrundlage dienende Expertise vom 13. November 2017 gestützt auf eine Anamneseerhebung, auf eigene klinische Untersuchungen sowie in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde, bestehen erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Diagnosestellung und Beurteilung. Schlüssig und nachvollziehbar ist zwar die vom Gutachter ebenfalls vertretene Auffassung, dass bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit im Vordergrund stehe, zeugen doch die zahlreichen stationären Behandlungen, welche die Beschwerdeführerin im Zeitraum von September 2014 bis Juli 2016 mehrfach in Anspruch nehmen musste, zweifellos davon (vgl. die diversen Austrittsberichte [Dok. 10 S. 3 ff. und S. 7 ff., Dok. 24, Dok. 93 und Dok. 98]). Hingegen vermag die gutachterliche Beurteilung, dass die Beschwerdeführerin gegenwärtig abstinente beziehungsweise die Alkoholabhängigkeit vollständig remittiert sei, mangels einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den Vorakten und einer hinreichenden Begründung nicht zu überzeugen. Der Gutachter begründet seine Auffassung lediglich mit dem Verweis auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin während der Begutachtung (sie sei abstinente, vgl. act. 110 S. 20) und den (einmalig) erhobenen CDT-Wert (engl. Abkürzung für «carbohydrate deficient transferrin»; dt. Bezeichnung: Desialotransferrin; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Auflage, S. 357 und S. 465), welcher die Abstinenz mit einem festgestellten Normalwert von 0.6% bestätigen würde (vgl. Hinweis in der Fussnote des Laborbefundes vom 7. November 2017, wonach ein Wert von kleiner als 1.8 % einem Normalwert entspricht [vgl. Dok. 110 S. 31]). Der Gutachter setzt sich hingegen betreffend Abstinenzbehauptung überhaupt nicht einlässlich und kritisch mit den - in den Vorakten gut dokumentierten - mehrfach gescheiterten Versuchen der Beschwerdeführerin zum Erreichen einer Alkoholabstinenz auseinander. Dies tut er selbst dann nicht, als er feststellt, dass die Beschwerdeführerin «entgegen ihren Angaben das Antidepressivum gar nicht einnimmt» (Dok. 110 S. 27). Die zahlreich gescheiterten ausführlich dokumentierten Entzugsversuche und die auch vom Gutachter festgehaltene, seit Juli 2016 gänzlich fehlende ambulante psychiatrische Betreuung (vgl. Dok. 92 und Dok. 110 S. 16 und insb. S. 20), lassen jedenfalls an der pauschalen Aussage der Beschwerdeführerin dem Gutachter gegenüber, dass sie seit Ende der letzten stationären Behandlung im Juli 2016 abstinente sei, begründete Zweifel aufkommen.

E. 6.2.2

Es ist notorisch, dass Alkoholabhängige dazu tendieren, ihre Suchterkrankung zu bagatellisieren oder gar zu leugnen. Dass die Beschwerdeführerin ihre Suchterkrankung bagatellisiert respektive leugnet, lässt sich vorliegend klar dem letzten Austrittsbericht der Psychiatrie N. _____ vom 3. Februar 2017 betreffend die (letzte) stationäre Behandlung vom 11. April 2016 bis zum 7. Juli 2016 entnehmen. Die Ärzte der Psychiatrie N. _____ führten im Bericht aus, dass die Beschwerdeführerin bei Eintritt in die Klinik zuerst den tödlichen Unfall ihrer Tochter vom Februar 2016 als Grund für ihren Alkohol-Rückfall angegeben hat; im Rahmen des weiteren Behandlungsverlaufs konnten jedoch die Ärzte in weiteren Gesprächen mit der Beschwerdeführerin eruieren, dass die Beschwerdeführerin

bereits vor diesem Schicksalsschlag einen Rückfall erlitten hatte. Aufgrund dieses offensichtlich verleugnenden Verhaltens rückte für die Ärzte aus therapeutischer Sicht der Aspekt der Suchtverselbständigung mit Tendenz zur Externalisierung von Trinkmotiven in den Vordergrund. Infolge dessen stellten sie eine Verselbständigung des ursprünglich kompensatorisch eingesetzten Suchtmittelkonsums fest und wiesen in diesem Zusammenhang auf das immer wieder bagatellisierende und leugnende Verhalten der Beschwerdeführerin hin. Aufgrund ihrer Feststellungen erachteten die Ärzte der Psychiatrie N._____ eine längerfristige Entwöhnungsbehandlung als sinnvoll, was indessen von der Beschwerdeführerin «weiterhin abgelehnt» wurde. Diese ablehnende Haltung begründete bei den Ärzten Zweifel an einer tiefergehenden Abstinenzmotivation der Beschwerdeführerin (zum Ganzen vgl. Dok. 98 S. 4). Dieses eindeutig dokumentierte Bagatellisierungs- und Verleugnungsverhalten sowie die offensichtlich mangelnde Abstinenzmotivation der Beschwerdeführerin begründen erhebliche Zweifel an ihrer Behauptung, sie sei seit Juli 2016 - ohne dabei weiter unter ambulanter fachärztlicher Betreuung gestanden zu haben - abstinent. Dies umso mehr, als die ausführlich dokumentierten zahlreich gescheiterten Entzugsversuche in den psychiatrischen Kliniken im Zeitraum von September 2014 bis Juli 2016 ein eindeutiger Beleg dafür sind, dass die Beschwerdeführerin erhebliche Mühe bekundete, ihre Alkoholabhängigkeit zu überwinden, obwohl sie damals noch zwischen den stationären Aufenthalten in ambulanter fachärztlicher Behandlung bei med. pract. M._____, Facharzt für Psychiatrie, gestanden hat. Im Zeitraum von September 2014 bis Juli 2016 war die Beschwerdeführerin trotz fachärztlicher Betreuung jeweils nur vorübergehenden abstinent; und eine Abstinenz erreichte sie jeweils nur im geschützten Rahmen während der diversen stationären Aufenthalte in den psychiatrischen Kliniken. Im Austrittsbericht der Klinik O._____ vom 30. Januar 2015 wurde denn auch diesem Aspekt entsprechende Relevanz zugemessen und deshalb bei der Diagnosestellung explizit der Zusatz «aber in beschützender Umgebung» angefügt (vgl. Dok. 93 S. 2).

E. 6.2.3

Hinzu kommt, dass von der Psychiatrie N._____ für die Anschlussbehandlung nach dem Austritt aus der Klinik ein ambulantes Setting bei der psychiatrischen Klinik (...) sowie eine Anbindung an die Fachstelle Sucht (...) aufgegleist wurde, dieses allerdings in der Folge - wie die kantonale IV-Stelle im Rahmen ihrer Abklärung selbst festgestellt hat (vgl. E. 5.3.1 hiervor) - von der Beschwerdeführerin nicht in Anspruch genommen wurde. Vielmehr teilte die Beschwerdeführerin der IV-Stelle C._____ knapp anderthalb Monate vor der Begutachtung am 23. August 2017 telefonisch mit, dass sie keinen Hausarzt habe und auch nicht in fachärztlicher Behandlung stehe (vgl. Dok. 130). Ausserdem nahm die Beschwerdeführerin - wie bereits festgestellt (E. 6.2.1 hiervor) - die ihr verschriebenen Medikamente gar nicht ein (vgl. Dok. 110 S. 28 Ziff. 11.1). All diese Umstände lassen nur den Schluss auf eine fehlende Krankheitseinsicht respektive auf eine mangelnde Abstinenzmotivation der Beschwerdeführerin zu. Angesichts der zahlreichen Alkohol-Rückfälle und der in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit im Austrittsbericht der Psychiatrie N._____ vom 3. Februar 2017 festgestellten mangelnden Krankheitseinsicht - welche sich im Übrigen auch noch im Einwand vom 28. Dezember 2017 zeigte, führte die Beschwerdeführerin doch aus, ihren Antrag habe sie wegen psychischer und körperlicher Erschöpfung und nicht wegen einer Abhängigkeitsverhaltens gestellt (vgl. Dok. 113) - bestehen erhebliche Zweifel, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem letzten stationären Aufenthalt ohne die Inanspruchnahme einer fachärztlichen Unterstützung ohne Weiteres

ihre Alkoholabhängigkeit überwunden hat. Der Gutachter setzte sich mit all diesen Umständen nicht nur in keiner Weise kritisch auseinander, sondern begnügte sich für die Stellung der die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkenden Diagnose «Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent» mit der Abstinenzangabe der Beschwerdeführerin und dem Hinweis, dass der Laborbefund einen normalen CDT-Wert von 0.6 % ergeben habe.

E. 6.2.4

Auch dieser einmalig erhobene CDT-Wert von 0.6 % genügt für sich allein jedoch nicht, um mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine andauernde Alkoholabstinenz der Beschwerdeführerin schliessen zu können. Zwar weist ein positiver CDT-Befund mit hoher Spezifität einen chronischen Alkoholmissbrauch nach; mit einer Messung mittels CDT wird aber eher ein schwerer Alkoholismus verlässlich erkannt, während viele leichte wie auch mittelschwere Fälle - besonders bei Übergewichtigen - übersehen werden (vgl. dazu die Ausführungen von Univ. Prof. Dr. med. Wolfgang Hübl, Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik, betreffend CDT, abrufbar unter https://www.med4you.at/laborbefunde/lbef_liste.htm#C, zuletzt besucht am 20. August 2020); ein normaler CDT-Wert wiederum schliesst einen chronischen Alkoholmissbrauch gerade nicht aus. Ein individueller normaler CDT-Wert sagt nichts über die Ethanoltrinkgewohnheiten und -menge aus. Zudem liegt dessen diagnostische Sensitivität bei Frauen im Mittel bei bloss 30-50 %. Zum Nachweis eines chronischen Alkoholmissbrauchs wird deshalb in der Praxis die Parallelbestimmung von CDT und GGT (Gammaglutamyltransferase, vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 727) als sinnvoll erachtet. Dabei ist die CDT die signifikant spezifischere und die GGT-Aktivität die empfindlichere Kenngrösse (zum Ganzen vgl. Arndt T. in: Gressner A./Arndt T. [Hrsg.], Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik, Springer Verlag 2017, abrufbar unter https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-49054-9_670-1#citeas, zuletzt besucht am 20. August 2020). In Verfahren betreffend Sicherungszügen von Führerausweisen wird denn auch zur Abklärung eines gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums mittels biologischer Alkohol(missbrauchs)marker eine Laboruntersuchung als erforderlich erachtet, bei der nicht nur die Marker CDT und gamma-GT, sondern auch die Marker MCV, GOT (AST) und GPT (ALT) im Blut gemessen werden (vgl. BGE 129 II 82 E. 6.2.1 mit Hinweis auf das nicht publizierte Urteil des BGer 6A.111/2000 vom 20. März 2001 E. 4c und 4d). Im Weiteren wird in der Literatur bezüglich des CDT-Werts darauf hingewiesen, dass dieser (lediglich) auf die Aussage beschränkt ist, dass in den vorangegangenen mindestens zwei bis drei Wochen ein regelmässiger und praktisch täglicher Alkoholkonsum von zumindest 50-60 Gramm erfolgte (vgl. dazu BGE 129 II 82 E. 6.2.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 1C_491/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.4.3). Für die Prüfung, ob eine Abstinenz über einen längeren Zeitraum eingehalten wird, eignet sich demzufolge der (vorliegend einmalig erhobene) CDT-Wert nicht. Hierzu wäre ein Nachweis mittels Haaranalysen auf EtG (Ethylglukuronid, vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 637), die seit einigen Jahren in Verfahren betreffend Sicherungszug von Führerausweisen zur Kontrolle einer Alkoholabstinenz eingesetzt werden, sachdienlicher gewesen. Im Unterschied zu den Markern im Blut, die lediglich indirekte Indikatoren eines Alkoholkonsums sind, gibt die Haaranalyse darüber direkten Aufschluss. Nach dem Alkoholenuss wird das Abbauprodukt EtG im Haar eingelagert und erlaubt über ein grösseres Zeitfenster als bei der Blutuntersuchung Aussagen über den erfolgten Konsum. Die festgestellte EtG-Konzentration korreliert mit der aufgenommenen Menge an Trinkalkohol (vgl. dazu BGE 140 II 334 E. 3 und Urteil des

BGer 1C_491/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.2 je mit Hinweisen).

E. 6.2.5

Was im Weiteren den Bericht von Dr. med. F._____ von der Bundesagentur für Arbeit vom 4. Oktober 2017 (Dok. 115 S. 4-6) anbelangt, so genügt dieser auch nicht, um die Frage zu klären, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich abstinent ist und falls ja, ab welchem Zeitpunkt sie keinen Alkohol mehr konsumiert hat. Wie Dr. med. S._____ in seiner Stellungnahme vom 1. März 2018 (vgl. Dok. 118 S. 6) zutreffend ausgeführt hat, fehlt es diesem Bericht bezüglich der festgestellten Substanzabhängigkeit gänzlich an einer Suchtanamnese und einer Bestandsaufnahme. Mithin bleibt völlig unklar, weshalb die Ärztin zur Auffassung gelangte, dass die Beschwerdeführerin abstinent sei. Schliesslich genügt auch der von den Fachärzten für Innere Medizin Dres. med. V._____, K._____, W._____ und X._____ am 13. Februar 2018 (einmalig) erhobene MCV-Wert von 91.2 fl (vgl. Laborbericht vom 14. Februar 2018 [Dok. 116 S. 4]) nicht, um mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine anhaltende Abstinenz schliessen zu können. Zum einen mangelt es auch diesem Laborbefund an der Erhebung der weiteren Marker (CDT, gamma-GT, GOT [AST] sowie GPT [ALT]) im Blut (vgl. E. 6.2.4 hiervoor). Zum anderen eignet sich auch dieser Marker lediglich zum Nachweis eines riskanten/exzessiven Alkoholkonsums, nicht hingegen zur Abstinenzkontrolle (vgl. Deutsches Ärzteblatt 18/2018, Andresen-Streichert/Müller/Glahn/Skopp/Sterneck: Alkoholmarker bei klinischen und forensischen Fragestellungen, S. 309 ff., S. 310; abrufbar unter www.aerzteblatt.de > Archiv, zuletzt besucht am 20. August 2020).

E. 6.2.6

Aufgrund des soeben Dargelegten bestehen konkrete Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen von Dr. med. E._____ vom 13. November 2017. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz (vgl. Stellungnahme vom 30. April 2020 [BVGer-act. 28]) ist vorliegend nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin bereits mehr als drei Monate vor der Exploration abstinent war. Im Gegenteil. Mit Blick auf die gänzlich fehlende gutachterliche Auseinandersetzung mit den ausführlich dokumentierten zahlreichen gescheiterten Alkohol-Entzugsversuchen, mit dem eindeutig ausgewiesenen Bagatellisierungs- und Verleugnungsverhalten der Beschwerdeführerin respektive mit ihrer mangelnden Abstinenzmotivation sowie mit der - vom Gutachter selbst erwähnten - fehlenden ambulanten psychiatrischen Anschlussbehandlung nach der letzten stationären Behandlung bestehen vielmehr beträchtliche Zweifel an der gutachterlichen Feststellung, die Beschwerdeführerin sei abstinent. Wie bereits dargelegt, reicht der einmalig erhobene CDT-Laborwert nicht aus, um diese Schlussfolgerung rechtsgenügend zu stützen. Vielmehr erweist sich ein Abstützen einzig auf einen einmalig erhobenen CDT-Wert als untaugliches Mittel, um eine andauernde Alkoholabstinenz nachzuweisen (E. 6.2.4 f. hiervoor). Aufgrund des Dargelegten ist mangels einer schlüssigen und nachvollziehbaren Begründung des Gutachters sowie mangels eines rechtsgenügend erhobenen Labornachweises betreffend die Alkoholabstinenz vollständig ungeklärt geblieben, ob die Alkoholabhängigkeit der Beschwerdeführerin tatsächlich remittiert ist und falls ja, seit wann dieser Zustand besteht. Fehlt es an einer eindeutigen Diagnose bei einem unvollständig erhobenen medizinischen Sachverhalt, können auch die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden. Hierzu sind weitere Abklärungen erforderlich, weshalb bereits aus diesem Grund die Verfügung aufzuheben ist.

E. 6.3

Kommt hinzu, dass der medizinische Sachverhalt auch in somatischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt wurde und die Verfügung auch aus diesem Grund aufzuheben sowie die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist:

E. 6.3.1

Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. S. _____ mit Stellungnahme vom 27. September 2017 aufgrund der damals ihm zur Verfügung stehenden Aktenlage noch zu Recht die psychischen Beschwerden als im Vordergrund stehend beurteilt hatte (vgl. E. 6.1 hiervor), ergaben sich im vorinstanzlichen Vorbescheidverfahren erste konkrete Hinweise, dass bei der Beschwerdeführerin neu auch somatische Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen könnten. Unter anderem legte die Beschwerdeführerin ihrer Eingabe vom 25. Februar 2018 einen Bericht der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums G. _____ vom 15. Dezember 2017 bei, welcher dem RAD gemäss dessen Aktenauflistung offenbar nicht zur Stellungnahme unterbreitet wurde und somit auch nicht in dessen Beurteilung einfließen konnte (vgl. Stellungnahme vom 27. September 2017 [Dok. 118 S. 2-5] sowie Stellungnahme vom 20. April 2020 [Dok. 130 S. 4-7, in der Beilage zu BVGer-act. 28]). Bereits aus diesem Grund sind auch in somatischer Hinsicht geringe Zweifel an dessen Aktenbeurteilung vom 1. März 2018 angebracht (vgl. E. 4.7 hiervor; betreffend weitere nicht in die Beurteilung eingeflossene medizinische Akten vgl. E. 6.3.2 f. hiernach). Denn im soeben erwähnten Bericht wird ein Verdacht auf eine Tabak-Alkohol-Amblyopie genannt. Zwar wird im Bericht auch auf eine mögliche Reversibilität hingewiesen; diese Aussage erweist sich jedoch als nicht nachvollziehbar, weil die Ärzte im Rahmen ihrer Untersuchungen - entgegen der Behauptung der Vorinstanz (vgl. die mit Duplik vom 8. Oktober 2018 eingereichte Stellungnahme der IV-Stelle C. _____ vom 3. Oktober 2018 [BVGer-act. 14, Beilage S. 1]) - auch eine Reduktion des Ganglienzellvolumens festgestellt haben (vgl. die Ausführungen unter «OCT» [Optische Kohärenztomographie], Dok. 116 S.3). Bei Ganglienzellen handelt es sich gemäss dem Klinischen Wörterbuch Pschyrembel um Nervenzellen (vgl. Pschyrembel, der unter dem Begriff «Ganglienzelle» auf den Begriff «Nervenzelle» verweist, a.a.O., S. 729 und S. 1443). Somit bedeutet die Reduktion des Ganglienzellvolumens nichts anderes als den Verlust von Nervenzellen. Die Ärzte des Universitätsklinikums erläutern in ihrem Bericht jedoch nicht, unter welchen Umständen eine Reversibilität auch bei einem Verlust von Nervenzellen möglich sein soll. Der behandelnde Augenarzt Dr. med. J. _____ kritisiert denn auch in seiner zuhanden des Sozialgerichts (...) erstellten Stellungnahme vom 3. April 2019 diese Auffassung und betont, dass ein Verlust von Nervenzellen am Auge irreversibel sei (vgl. die mit Eingabe vom 21. Mai 2019 eingereichte Stellungnahme [Beilage 4 zu BVGer-act. 19]). Weil die Beschwerdeführerin ausserdem bereits gegenüber dem psychiatrischen Gutachter angegeben hat, dass sie neu unter einer Einschränkung der Sehkraft sowie seit einigen Monaten auch unter Doppelbildern leide und deshalb weitere Abklärungen geplant seien (vgl. Dok.110 S. 20), hätte die Vorinstanz aufgrund der bekannten langjährigen Alkoholproblematik und der Möglichkeit von somatischen Spätfolgen bei Alkoholsucherkrankungen hierzu weitere Abklärungen tätigen müssen.

E. 6.3.2

Im Weiteren teilte Beschwerdeführerin dem Gutachter auch mit, dass sie nebst diesen Sehproblemen auch unter unsicheren Beinen sowie Sensibilitätsstörungen in den Füßen leide (vgl. Dok.110 S. 20). Zwar reichte die Beschwerdeführerin im Nachgang zur

Begutachtung hierzu keine Behandlungsberichte ein, teilte aber der IV-Stelle C. _____ mit Eingabe vom 25. Februar 2018 explizit mit, nunmehr bei den Ärzten Dr. med. K. _____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, sowie Dr. med. J. _____, Facharzt für Augenheilkunde, in Behandlung zu stehen. Überdies erteilte sie der kantonalen IV-Stelle die Erlaubnis, direkt bei ihren Ärzten entsprechende Auskünfte zu ihrem Gesundheitszustand einzuholen (vgl. Dok. 116 S. 1). Auch wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass die Beschwerdeführerin die entsprechenden Behandlungsberichte nach Möglichkeit selbst eingereicht hätte, wäre die kantonale IV-Stelle aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, zumindest entsprechende Berichte der behandelnden Ärzte einzuholen, sei es direkt bei den Ärzten oder - unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht - bei der Beschwerdeführerin. Dass zumindest Behandlungsberichte von Dr. med. H. _____ existierten, ergibt sich aus dessen an die Deutsche Rentenversicherung, U. _____, adressierten Schreiben vom 9. Februar 2018, das der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2018 ebenfalls beigelegt war (vgl. Dok. 116 S. 2). Da die IV-Stelle C. _____ trotz dieser Hinweise keine weiteren Abklärungen getätigt hat, hat sie den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt.

E. 6.3.3

Schliesslich kommt der Umstand hinzu, dass vorliegend das zwischenstaatliche Verfahren offensichtlich nicht rechtskonform eröffnet wurde, obwohl dieses gemäss Randziffer 2030 des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL (KSBIL; in der Fassung vom 1. Januar 2019) ohne Zuwarten einzuleiten ist. Weshalb es nicht eingeleitet wurde, ist aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar. Die IV-Stelle C. _____ informierte die Vorinstanz jedenfalls erst über das Gesuch der Beschwerdeführerin, als sie nach Abschluss ihrer (unvollständigen) Abklärungen am 5. März 2018 die von ihr getroffenen Feststellungen an die Vorinstanz zum Verfügungserlass übermittelte (vgl. Dok. 121, vgl. auch Folgekorrespondenz, Dok. 123-125 und act. 14-18). Aufgrund dieses Versäumnisses blieben weitere vor Verfügungserlass erstellte Berichte aus Deutschland unberücksichtigt. Insbesondere wurde der Vorinstanz kurz nach Verfügungserlass vom 15. März 2018 von der Deutschen Rentenversicherung, U. _____, mit Schreiben vom 10. April 2018 ein vor Verfügungserlass erstelltes neuropsychiatrisches Gutachten von Dr. med. Y. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 13. März 2018 übermittelt, welches nicht mehr berücksichtigt werden konnte. Aus dem Aktenauszug dieses Gutachtens sind weitere, bisher unberücksichtigte medizinischen Berichte ersichtlich. Dabei handelt es sich um zwei noch vor der Begutachtung vom 7. November 2017 erstellte nervenärztliche Berichte von Dr. med. H. _____ vom 17. Oktober 2017 sowie vom 6. November 2017, um einen - ebenfalls vor der Begutachtung erstellten - Bericht von Dr. med. Z. _____, Facharzt für Radiologie, vom 11. Oktober 2017 sowie um einen orthopädischen Bericht des Medizinischen Versorgungszentrums (...) vom 15. Januar 2018 (vgl. Dok. 126 S. 30 f.). All diese sich zu somatischen Beschwerden äussernden Berichte blieben von der Vorinstanz unberücksichtigt. In somatischer Hinsicht ist somit gänzlich ungeklärt geblieben, ob sich die somatischen Leiden vor Verfügungserlass und falls ja, ab wann sowie in welchem Ausmass auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewirkt haben. Dass die Beschwerdeführerin auch unter somatischen Gesundheitseinschränkungen leidet, ergibt sich mittlerweile deutlich aus den mit Spontaneingabe vom 22. Mai 2019 (Datum Postaufgabe) eingereichten Stellungnahmen an das Sozialgericht (...) ihrer behandelnden Ärzte Dr. med. I. _____

vom 29. März 2019, Dr. med. J. _____ vom 3. April 2019, Dr. med. H. _____ vom 8. April 2019 sowie Dr. med. K. _____ vom 17. April 2019 (vgl. BVGer-act. 19; vgl. auch das zu Händen des Sozialgerichts (...) erstellte neurologisch-psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. L. _____ vom 11. Juni 2020, Beilage zu BVGer-act. 34).

E. 6.4

Aufgrund des soeben Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 ff. ATSG; Art. 12 VwVG) nicht rechtsgenügend nachgekommen ist und die medizinische Aktenlage deshalb unvollständig ist. Einerseits ist im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit geklärt worden, ob die Alkoholabhängigkeit tatsächlich vollständig remittiert ist und bejahendenfalls, seit wann dieser Zustand besteht. Andererseits ist der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht vollständig ungeklärt geblieben. Aufgrund der Einwände der Beschwerdeführerin wären hierzu in jedem Fall weitere Abklärungen angezeigt gewesen. Ausserdem hätte die Würdigung der verschiedenen somatischen und psychischen Leiden bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestützt auf eine umfassende fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau erfolgen müssen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4).

E. 7.1

Da die Vorinstanz den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ff. ATSG (vgl. auch BGE 136 V 376 E. 4.1 sowie Art. 12 VwVG) offensichtlich mangelhaft abgeklärt hat und daher entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Da es an einer IV-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin fehlt und die Vorinstanz bisher lediglich ein psychiatrisches Gutachten veranlasst, hingegen in somatischer Hinsicht zu Unrecht keinerlei Abklärungen getroffen hat, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens vorliegend abzusehen. Ausserdem litte bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, könnte doch die Verwaltung von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Auch 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, wenn wie vorliegend eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert würde (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies wäre damit der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Die Beschwerde ist daher insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 15. März 2018 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 7.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier einerseits mit den Akten der Deutschen Rentenversicherung, andererseits unter Mitwirkung der Beschwerdeführerin und deren behandelnden Ärzte zu aktualisieren respektive à jour zu bringen und danach eine für die IV-rechtlichen Belange umfassende interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen zur Klärung der Fragen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen (somatisch und psychisch) samt allfälliger Spätfolgen (aus Alkoholabhängigkeit) mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit September 2014 und im Verlauf in der bisherigen (Sekretärin) wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Ophthalmologie, Neurologie, Rheumatologie sowie Psychiatrie. 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 BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). 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; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Der Beschwerdeführerin sind dabei die entsprechenden Verfahrensrechte einzuräumen und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

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. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

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). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin die Beschwerde vom 13. April 2018 (BVGer-act. 1), die Replik vom 5. September 2018 (BVGer-act. 12) sowie die Spontaneingabe vom 8. November 2018 (BVGer-act. 17) selbst verfasst und ihre Rechtsvertretung erst nach Durchführung eines doppelten Schriftenwechsels mandatiert hat. Die Rechtsvertretung tätigte in der Folge vier kurze Eingaben an das Bundesverwaltungsgericht. Mit der 1 ¼ Seiten umfassenden Eingabe vom 21. Mai 2019 zeigte die Rechtsvertretung unter Vorlage einer Anwaltsvollmacht vom 21. Mai 2019 ihre Mandatierung an, erkundigte sich im Weiteren (vgl. auch BVGer act. 21 und 23) nach dem Verfahrensstand und reichte vier zuhanden des Sozialgerichts (...) erstellte Stellungnahmen der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin ein (Dr. med. I. _____ vom 29. März 2019, Dr. med. H. _____ vom 8. April 2019, Dr. med. J. _____ vom 3. April 2019 sowie Dr. med. K. _____ vom 17. April 2019 [vgl. BVGer-act. 19]). Mit Eingabe vom 9. Juni 2020 (BVGer-act. 32) reichte sie eine 1 ¼ Seiten umfassende Stellungnahme zur ergänzenden Stellungnahme der Vorinstanz vom 30. April 2020 ein. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung Fr. 1'800.- zu Lasten der Vorinstanz (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

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