

BVGer C-3490/2017 vom 12. April 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3490_2017

FR: TAF C-3490/2017 du 12 avril 2018

IT: TAF C-3490/2017 del 12 aprile 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; 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; 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 in ihrer Eigenschaft als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 17. Mai 2017 erlassen hat. Diese Verfügung, mit welcher die Vorinstanz der Beschwerdeführerin eine rückwirkend befristete Dreiviertelrente vom 1. Oktober 2014 bis 31. Mai 2015 zugesprochen hat, bildet das Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Prozessthema ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (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. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften allein nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

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: 17. Mai 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 5.1

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. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch 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, entsteht.

E. 5.3

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 völkerrechtliche 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. 5.4

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen; zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt: BGE 133 V 108 E. 5.4). Art. 17 Abs. 1 ATSG gilt auch im Rahmen der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden (Urteil des BGer 8C_365/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 2.2 mit Hinweisen). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

E. 5.5

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. 5.6

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 über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 5.7

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

E. 6.1

Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zu 60 % erwerbstätig und 40 % im Haushalt beschäftigt wäre. Zur Beurteilung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit stellte sie auf das bidisziplinäre psychiatrisch-rheumatologische Gutachten vom 18. Dezember 2015 sowie auf das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 ab. Sie führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2013 ununterbrochen, jedoch in unterschiedlichem Ausmass arbeits- und erwerbsunfähig sei. Nach Ablauf des Wartejahrs im Juni 2014 sei sie in der Lage gewesen, die bisherige Tätigkeit als Confiseurin noch in einem Pensum von 60 % auszuüben. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zeitdruck wäre ihr zu 70 % zumutbar gewesen. Als zumutbare Verweistätigkeiten nannte die Vorinstanz Kontroll-, Sortier- oder Überwachungstätigkeiten sowie einfache Lager-, Reinigungs- oder Montagearbeiten. Bei der Haushaltsabklärung sei keine Einschränkung im Haushalt festgestellt worden. Die Bemessung der Invalidität anhand der gemischten Methode ergebe einen Invaliditätsgrad von unter 40 %. Weiter hielt die Vorinstanz fest, dass der Beschwerdeführerin ab Eintritt in die stationäre Behandlung am 15. Oktober 2014 die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht mehr möglich gewesen sei. Eine Einschränkung im Haushalt habe aber nach wie vor nicht bestanden. Ab Oktober 2014 bestehe daher ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Seit dem Austritt aus der stationären Behandlung im März 2015 habe sich ihr Gesundheitszustand wieder verbessert, so dass ihr die Ausübung der angestammten Tätigkeit im Umfang von 60 % und einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Zeitdruck zu 70 % wieder zumutbar gewesen sei. Eine Einschränkung im Haushalt habe nach wie vor nicht bestanden. Nach Ablauf der gesetzlichen Frist von drei Monaten bestehe daher ab Juni 2015 kein Rentenanspruch mehr. Im Juni 2016 habe sich der Gesundheitszustand laut psychiatrischem Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 wieder verschlechtert. Im angestammten Bereich habe danach noch eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bestanden. Die Ausübung einer leichten handwerklichen Tätigkeit (beispielweise Montage- oder Reinigungsarbeiten) sei ihr noch zu 40 % zumutbar gewesen. Im Haushalt habe nach wie vor keine Einschränkung bestanden. Die Invaliditätsbemessung anhand der gemischten Methode habe einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 21 % ergeben. In ihrer Vernehmlassung führte die Vorinstanz ergänzend aus, dass die zuständige Sachbearbeiterin die Beschwerdeführerin anlässlich ihres Besuches als Teilerwerbstätige (60 %) ohne Aufgabenbereich eingestuft habe. Der Invaliditätsgrad sei dann aber gestützt auf die gemischte Methode ermittelt worden. Die Einstufung der Beschwerdeführerin sei aber als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich einzustufen, weshalb eine Einschränkung im Haushalt nicht zu berücksichtigen sei.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass es ihr auch zwischen und nach den Klinikaufenthalten nicht möglich gewesen sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, was auch den entsprechenden Arztberichten zu entnehmen sei. Sie bemängelt, dass die erneute psychiatrische Untersuchung vom selben Arzt durchgeführt worden sei, der bereits das erste psychiatrische Gutachten erstellt habe. Die Gutachten seien zudem nicht überzeugend, denn bereits bei Berücksichtigung der somatischen Erkrankungen wäre eine Arbeitsunfähigkeit über längere Zeit zu bescheinigen. In Deutschland sei ein Behinderungsgrad von 60 % anerkannt worden. Die Einschätzung von Dr. med. E._____ widerspreche der Befundbeschreibung mehrerer behandelnder Fachärzte. Es bestehe zudem eine Einschränkung im Haushalt. Weiter macht sie sinngemäss geltend, dass der Anteil der Erwerbstätigkeit von 60 % falsch bestimmt worden sei. Die Berechnung des Einkommens ohne Behinderung gestützt auf Tabellenlöhne (LSE 2014) sei zudem nicht nachvollziehbar.

E. 7

In den Akten finden sich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und zur Einschränkung ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen:

E. 7.1

Aus den von der kantonalen IV-Stelle eingeholten, zahlreichen Berichten behandelnder Ärzte ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin ein depressives Leiden im Vordergrund steht, das sich nach der Kündigung der Arbeitsstelle durch den Arbeitgeber im Mai 2013 entwickelt hat.

E. 7.1.1

Der behandelnde Psychiater Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 26. Juni 2013, dass die Kündigung nach 22-jähriger Tätigkeit der Beschwerdeführerin den Boden unter den Füßen weggezogen habe. Sie leide an einer schweren depressiven Entwicklung im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), weshalb sie derzeit arbeitsunfähig sei (IV-act. 15 S. 3). Im Bericht vom 18. Juli 2013 führte er als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) auf (IV-act. 6 S. 2). Die Hausärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, bestätigte im IV-Arztbericht vom 30. August 2013 eine aus psychischen Gründen bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Confiseurin seit dem 3. Juni 2013 (IV-act. 10). Am 19. September 2013 berichtete Dr. med. G._____, dass nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, gegebenenfalls gar an eine stationäre Behandlung gedacht werden müsse. Er wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin mittlerweile eine Psychotherapie aufgenommen habe (IV-act. 17). Im Bericht vom 18. Oktober 2013 hielt er neben den bereits bekannten Diagnosen auch die Diagnose «sonstiger chronischer Schmerz» (ICD-10: R52.2) fest. Die Beschwerdeführerin habe Schmerzen in den Fingergelenken und in der rechten Schulter. Aus seiner Sicht bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 19 S. 2).

E. 7.1.2

Dr. med. I._____, Ärztin für Psychotherapie, berichtete am 16. November 2013, dass die Beschwerdeführerin seit dem 26. Juni 2013 wöchentlich zu ihr in die Therapie komme. Als Diagnosen hielt sie eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bei dependenter Neurosenstruktur sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) fest. Derzeit sei die Beschwerdeführerin wegen chronischen Schmerzen sowie schneller

Überforderung nicht arbeitsfähig (IV-act. 20). Am 5. Juli 2014 berichtete die Therapeutin, dass die Beschwerdeführerin weiterhin an einer Anpassungsstörung sowie an einer depressiven Episode leide. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (IV-act. 44).

E. 7.1.3

Die ambulante psychiatrische Behandlung wurde nach der Pensionierung von Dr. med. G._____ durch Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, weitergeführt (IV-act. 55 S. 3). Dieser hielt in seinem Bericht vom 2. Juni 2014 als Diagnose eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) fest. Er erachtete es als fraglich, dass im ambulanten Setting bei nun bereits einem Jahr dauernder Psychotherapie eine ausreichende Stabilität zu erreichen sei. Er riet zu einer stationären Therapie (IV-act. 42).

E. 7.1.4

Vom 15. Oktober 2014 bis 18. März 2015 wurde die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen D._____ Klinik stationär behandelt. Im ausführlichen, teilweise geschwärzten Austrittsbericht vom 27. März 2015 wurde als Diagnose eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) aufgeführt (IV-act. 55).

E. 7.1.5

Dr. med. I._____ berichtete am 28. April 2015, dass die Beschwerdeführerin seit dem Klinikaufenthalt etwas geordneter und stabiler sei. Die depressive Symptomatik bestehe aber weiterhin. Als Diagnosen hielt sie eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) bei dependenter Neurosenstruktur sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) fest. Derzeit sei die Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzsymptomatik und der schnellen Überforderung bei labiler psychischer Konstitution nicht arbeitsfähig (IV-act. 56).

E. 7.2

Weiter wurden von weiteren behandelnden Ärzten verschiedene somatische Leiden beschrieben:

E. 7.3

Laut einem Bericht der handchirurgischen Klinik des Kreiskrankenhauses K._____ vom 10. Oktober 2013 leidet die Beschwerdeführerin an einer Rhizarthrose beidseits, links mehr als rechts, sowie an einer mässig ausgeprägten Heberden-Bouchard-Arthrose beidseits (IV-act. 19 S. 3 f.)

E. 7.3.1

Aus orthopädischer Sicht wurden von Dr. med. L._____ im Bericht vom 15. Januar 2014 (IV-act. 32 S. 4) nach einem MRT vom 10. Januar 2014 (IV-act. 32 S. 5 f.) die folgenden Diagnosen genannt: - Osteochondrose der Halswirbelsäule C4-7 beidseits (ICD-10: M42.92) - ACG-Arthrose rechts (ICD-10: M19.91) - Myogelose der Schulter-Nacken-Muskulatur (ICD-10: M62.81) - Polyarthralgie an beiden Händen (ICD-10: M25.50) - Impingement-Syndrom der Schulter rechts (ICD-10: M75.4) - Supraspinatussehnenruptur rechts (ICD-10: M75.1) - Rhizarthrose beidseits (ICD-10: M18.9) - Bursitis Schulter rechts (ICD-10: M71.99) - Supraspinatussehnen-teilruptur der Schulter rechts (ICD-10: M75.1)

E. 7.3.2

Auf Empfehlung von Dr. med. L._____, der davon ausging, dass eine operative Versorgung des Schultergelenks die Arbeitsfähigkeit wieder zu 100 % herstellen könne (Bericht vom 20. Januar 2014; IV-act. 26), wurde die Beschwerdeführerin am 22. April 2014 an der Schulter operiert (Bericht vom 24. April 2014; IV-act. 46). Die Nachbehandlung fand bei Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie, statt (am 2. Oktober 2014 eingegangener IV-Arztbericht; IV-act. 46). Dieser hielt fest, dass sich bei der Untersuchung vom 10. Juli 2014 eine Besserung der Symptomatik gezeigt habe und von einer Wiederaufnahme der Arbeit von Seiten der Schultererkrankung auszugehen sei.

E. 7.3.3

Weiter wurde im Oktober 2013 über eine Arthrose an den Zehen berichtet (IV-act. 32 S. 9 f.). Im Formulargutachten des Universitätsklinikums C._____, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 14. Juli 2014 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Metaarsalgie beidseits bei Spreizfüssen sowie eine Anschlussarthrose des Endglieds des 1. Zehs an beiden Füssen nach Arthrodese des Grundgelenks bei Hallux valgus beidseits aufgeführt. Es wurde festgehalten, dass Tätigkeiten, die hauptsächlich im Stehen und Gehen durchgeführt würden, für die Beschwerdeführerin mit Schmerzen verbunden seien. Je nach Tätigkeit könne dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehen. Mittels einer operativen Intervention oder einer suffizienten Schuheinlagenversorgung sollte sich eine Schmerzminderung erzielen lassen, was sich auch positiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde (IV-act. 45).

E. 7.3.4

Im Bericht des Schmerzzentrums N._____ vom 13. November 2014 wurde ein chronifiziertes Schmerzsyndrom Grad II nach Gebershagen diagnostiziert (IV-act. 55 S.18).

E. 7.3.5

Im Bericht des Zentrums für Radiologie O._____ vom 19. November 2014 wurde nach einem MRT eine mässiggradige Mikroangiopathie, eine geringe Osteochondrose und nebenbefundlich eine saumartige Diskusprotrusion in der unteren HWS beschrieben (IV-act. 55 S. 21).

E. 7.3.6

Aus neurologischer Sicht leidet die Beschwerdeführerin laut dem Bericht des Universitätsklinikums C._____ vom 11. Februar 2015 an rezidivierenden Episoden einer schweren depressiven Störung (Ausschluss dementielles Syndrom), an einer zerebralen Mikroangiopathie, an einem chronischen Schmerzsyndrom bei Arthrose der Zehengelenke sowie an einem degenerativen Wirbelsäulenleiden (IV-act. 55 S. 25).

E. 7.3.7

Weiter werden in diversen Berichten behandelnder Ärzte eine Vergrösserung der Schilddrüse (IV-act. 10 S. 7, IV-act. 19 S. 12, IV-act. 32 S. 3), Besenreiservarizen und Krampfadern (IV-act. 10 S. 8, IV-act. 19 S. 6), eine leichte Form eines Asthma bronchiale (IV-act. 19 S. 17) und gynäkologische Beschwerden beschrieben (IV-act. 55 S. 17).

E. 7.4

Die Beschwerdeführerin wurde im Auftrag der kantonalen IV-Stelle auf Empfehlung des RAD vom 14. Oktober 2015 (IV-act. 61) bidisziplinär psychiatrisch-rheumatologisch

begutachtet:

E. 7.4.1

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Dezember 2015 (IV-act. 67) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter eine akzentuierte Persönlichkeitsstörung, asthenisch-dependent (ICD-10: F73.1). Er hielt fest, dass aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Verlangsamung und Umständlichkeit um 40 % (in Bezug auf ein 100 %-Pensum) in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sei. In einem 60 %-Pensum bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 10 %. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führte der Gutachter aus, dass der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit, bei der sie ohne hohen Zeitdruck und ohne hohe Effizienz arbeiten könne, zu 70 % möglich sei. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei seit August 2013 konstant geblieben. Im Haushalt, wo die Aufgaben zeitlich mit Pausen eingeteilt werden könnten, bestehe keine Einschränkung.

E. 7.4.2

Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. F. _____, Facharzt für Rheumatologie sowie für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. Dezember 2015 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - mässige Überwärmung und Ergussbildung sowie Streckdefizit von 5° im rechten Kniegelenk mit/bei: - Riss im Aussen- wie im Innenmeniskus im Bereich des Hinterhorns (MRT 25.9.2015) - beginnende Femoropatellararthrose dito - Status nach Impingement Schulter rechts und arthroskopische subakromiale Dekompression am Schultergelenk 22.4.2014 - zentrale Einrisse im anterioren und zentralen Supraspinatussehnenansatz (MRI rechte Schulter vom 10.1.2014) - zur Zeit klinisch ausgeheilt, jedoch belastungsabhängige Schmerzen Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter: - Heberden-Arthrose zum Teil Grad II inaktiv - Rhizarthrose rechts zur Zeit inaktiv, kaum klinische Symptome - Lumbovertrebralsyndrom mit unspezifischen Schmerzangaben und sehr guter Beweglichkeit mit/bei Spondylarthrose, Spondylose und Osteochondrose - Initiale Coxarthrose rechts 7.7.2015 - Depressionen! (siehe Gutachten Dr. E. _____) - Hypothyreose substituiert mit Jod-Therapie Dr. med. F. _____ führte aus, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit, die nicht als schwer zu bezeichnen sei, mit dem bekannten Pensum von 60 % (ca. 25 Stunden pro Woche) als voll arbeitsfähig einzustufen sei, jedoch mit der Dispens von repetitiven Arbeiten über Kopfhöhe oder Begehen von unebenen Böden, was ihn ihrem Job kaum vorkomme. Diese Einschätzung sei seit Mai 2013 gültig, wobei gewisse Abzüge in Anbetracht der Hospitalisation und der Schulterproblematik bzw. Arthroskopie abgezogen werden dürften. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin mit den bekannten Einschränkungen ab Mai 2013 als voll arbeitsfähig einzustufen.

E. 7.4.3

Anlässlich der Konsensbesprechung vom 14. Dezember 2015 kamen Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____ zum Schluss, dass aufgrund der Psychiatrielastigkeit der Befunde die Beurteilung aus bidisziplinärer Sicht wesentlich durch das psychiatrische Gutachten zu erfolgen habe. Da aus somatisch-rheumatologischer Sicht keine erheblichen organischen Befunde erhoben worden seien, resultiere daraus sowohl in der angestammten als auch in

einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Es sei anzunehmen, dass sich in den beklagten «arthrotischen Beschwerden» vor allem eine Somatisierung der hauptsächlich depressiven Störung ausdrücke. Daher werde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bidisziplinären Beurteilung hauptsächlich aus psychiatrischer Sicht bestimmt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit angestammt bezogen auf 100 % um 40 % eingeschränkt, während die Leistungsfähigkeit in einer 60 % Tätigkeit um 10 % reduziert ausfalle. In einer adaptierten Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin ein Pensum von 70 % zumutbar. Im Haushalt bestehe keine Einschränkung.

E. 7.5

Der RAD-Arzt Dr. med. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 27. April 2016 zum Gutachten Stellung und ging gestützt darauf davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit August 2013 40 % betrage. Auch bei einem Pensum von 60 % müsse eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % angenommen werden. Die Einschätzung von Dr. med. E. _____, dass bei einem 60 %-Pensum nur eine Einschränkung von 10 % bestehe, sei nicht nachvollziehbar. Die depressive Symptomatik wirke sich anteilig in einem reduzierten Pensum gleichermassen aus. Die Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit (keine Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne hohe Effizianzforderungen, nur körperlich leichte bis mittelschwere und keine Überkopfarbeiten) betrage seit Mai 2013 70 %. Für die Zeit der Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik vom 15. Oktober 2014 bis 18. März 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (IV-act. 72).

E. 7.6

Im Vorbescheidverfahren reichte die Beschwerdeführerin die folgenden beiden Arztberichte ein:

E. 7.6.1

Dr. med. I. _____ hielt in ihrem Bericht vom 6. Juni 2016 als Diagnosen eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) bei dependenter Neurosenstruktur sowie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome fest. Sie führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 26. Juni 2013 bei ihr mit einem Unterbruch wegen eines Klinikaufenthalts vom 15. Oktober 2014 bis 18. März 2015 in psychotherapeutischer Behandlung befinde. In ihrem jetzigen labilen und körperlichen Zustand sei eine Arbeitsaufnahme nicht möglich. Es sollte erneut eine Abklärung ihrer Befindlichkeit stattgegeben werden (IV-act. 76).

E. 7.6.2

Dr. med. J. _____ berichtete am 13. Juni 2016, dass die Beschwerdeführerin an einer ausgeprägten depressiven Symptomatik leide. Das schwere Bild der Erkrankung habe im Jahr 2014 einen langen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik notwendig gemacht. Sie sei auch in konsequenter psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. I. _____. Trotz dieser kombinierten Behandlungsmassnahmen inklusive Psychopharmakatherapie zeige sich ein sehr protrazierter Behandlungsverlauf. Es persistierten nach wie vor deutlich depressive Restsymptome, welche die Beschwerdeführerin erheblich beeinträchtigten (IV-act. 76).

E. 7.7

Auf Empfehlung des RAD vom 28. Juli 2016 (IV-act. 78) wurde die Beschwerdeführerin am 10. November 2016 erneut von Dr. med. E. _____ psychiatrisch untersucht. Im Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 führte er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwergradige Episode (ICD-10: F33.1/F33.2), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) auf. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er akzentuierte Persönlichkeitszüge, asthenisch-dependent (ICD-10: Z73.1). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Konditorin liege aufgrund der aktuellen Befunde bei 20 %. Auch bei vergleichbaren Tätigkeiten mit Anspruch auf Effizienz, normale Arbeitsgeschwindigkeit und Teamintegration läge die Arbeitsfähigkeit bei 20 %. Gegenüber dem Vorgutachten sei tendenziell eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit abnehmender Arbeitsfähigkeit festzustellen. Augenfällig sei ein deutlicher Einbruch bei den Funktionsfähigkeiten. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 40 %. Die Arbeitsunfähigkeiten bestünden seit der erneuten Klinikeinweisung im Juni 2016. Das Profil einer angepassten Tätigkeit bestehe in einer leichten handwerklichen Tätigkeit, ohne Tragen von schweren Gewichten und Berücksichtigung der allgemeinen Verlangsamung der Beschwerdeführerin. In der Haushaltsarbeit sei sie nicht eingeschränkt und benutze für bekannte Strecken weiterhin ein Auto (IV-act. 83).

E. 7.8

Laut Austrittsbericht der D. _____ Klinik vom 7. November 2016 befand sich die Beschwerdeführerin vom 30. Juni bis 29. Oktober 2016 erneut in stationärer Behandlung. Als Diagnosen wurden eine schwergradige depressive Episode bei rezidivierender Störung (ICD-10: F33.2) und ein Chronic-Fatigue-Syndrom (ICD-10: G93.3) genannt. Als Nebendiagnosen wurde eine Antrumgastritis (gastroösophageale Refluxerkrankung), eine Kniearthrose beidseits sowie eine Schulterarthrose rechts aufgeführt. Die Klinikärzte hielten fest, dass die Beschwerdeführerin im Erwerbsbereich arbeitsunfähig sei, da sie bereits bei den Anforderungen an das tägliche Leben ihre Belastungsgrenze erreiche oder überschreite (IV-act. 85).

E. 7.9

Am 30. November 2016 teilte Dr. med. E. _____ mit, dass er den Austrittsbericht der D. _____ Klinik vom 7. November 2016 erhalten habe. Aus seiner Sicht ergäben sich aus diesem Bericht keine neuen Fakten für das Verlaufsgutachten vom 21. November 2016. Das zusätzlich in diesem Bericht diagnostizierte Chronic-Fatigue-Syndrom entspreche nicht einer psychiatrischen Diagnose gemäss ICD-10. Zudem sei bei einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung die Müdigkeit bereits syndromal genügend erklärt und berücksichtigt (IV-act. 86).

E. 7.10

Der RAD-Arzt Dr. med. P. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2017 fest, dass ab Juni 2016 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, was durch die neuerliche stationäre psychiatrische Therapie trotz adäquater ambulanter Therapie dokumentiert werde. Bis dahin hätten die Feststellung von Dr. med. E. _____ Gültigkeit, wobei zu beachten sei, dass damals schon ein sehr eingeschränktes Belastungsprofil für eine Verweistätigkeit («Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Effizienz») definiert worden sei (IV-act. 88).

E. 7.11

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm der RAD-Arzt Dr. med. P. _____ am 1. September 2017 nochmals Stellung. Er hielt fest, dass bei der Einschätzung der Einschränkung im Haushalt lediglich die somatische, nicht aber die psychiatrische Einschränkung berücksichtigt worden sei. Ab der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wie sie im zweiten Gutachten von Dr. med. E. _____ beschrieben worden sei, sei eine relevante Einschränkung im Haushalt anzunehmen. Bei den vorliegenden psychiatrischen Diagnosen sei psychiatrisch von einer Einschränkung von 30-40 % auszugehen. Unter Berücksichtigung der körperlichen Einschränkungen sei die Einschränkung im Haushalt insgesamt auf 40 % festzulegen (BVGer-act. 8).

E. 8

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin seit dem 3. Juni 2013 in ihrem angestammten Beruf als Confiseurin ohne Wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ist. Das Wartejahr im Sinn von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit im Juni 2014, mithin mehr als sechs Monate nach der IV-Anmeldung vom Juli 2013, ab. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte damit frühestens am 1. Juni 2014 entstehen.

E. 9

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz hinsichtlich der Feststellung des Gesundheitszustands und der Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 18. Dezember 2015 sowie auf das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 abgestellt hat.

E. 9.1

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte bidisziplinäre Gutachten vom 18. Dezember 2015 basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen, die am 4. Dezember 2015 und am 10. Dezember 2015 stattgefunden haben. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2015 wird schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass aus somatischer Sicht bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Confiseurin und in einer leidensangepassten Tätigkeit besteht. Im Rahmen der eingehenden klinischen Untersuchung wurden - mit Ausnahme eines pathologischen Zustands am rechten Knie mit einer mässigen Überwärmung und einer kleinen Reizergussbildung - unauffälligen Befunde erhoben. Diesen Kniebeschwerden wie auch dem operierten Schultergelenk wurde bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2015 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert und gestützt darauf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % (bezogen auf ein 100 %-Pensum) in der angestammten Tätigkeit sowie von 30 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ab August 2013 attestiert.

E. 9.2

Der RAD-Arzt Dr. med. P._____ hat sich in medizinischer Hinsicht sowie bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit den Feststellungen der Gutachter angeschlossen (Stellungnahme vom 27. April 2016). Was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anbelangt, erachtete der RAD-Arzt die Einschätzung von Dr. med. E._____ jedoch als nicht nachvollziehbar. Es sei davon auszugehen, dass sich die depressiven Symptomatik anteilig auswirke, so dass auch in einem 60 % Pensum eine Einschränkung von 40 % angenommen werden müsse. Ob im angestammten Beruf - bezogen auf ein Pensum von 60 % - von einer Arbeitsunfähigkeit von 10 % oder von 40 % auszugehen ist, kann aber offen gelassen werden, zumal die Vorinstanz im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit abgestellt hat.

E. 9.3

Gemäss der mit BGE 143 V 418 jüngst geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, 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; vgl. Urteil des BGer 9C_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 4.1). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend (vgl. Urteil des BGer 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 9.4

Das psychiatrische Gutachten vom 18. Dezember 2015 sowie das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 wurden erstellt, bevor das Bundesgericht am 30. November 2017 seine Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter psychischer Störungen mit den Urteilen 8C_841/2016 und 8C_130/2017 geändert hat. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des BGer 9C_78/2017 vom 26. Januar 2017 E. 6.3.1).

E. 9.5

Zu prüfen ist zunächst, ob die im psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2015 vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor der neuen Rechtsprechung standhält.

E. 9.5.1

Im psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2015 wurden (dem Fragekatalog der Vorinstanz folgend; IV-act. 64) Fragen zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 beantwortet, dies trotz Fehlens einer Diagnose, welche nach damaliger Rechtslage eine solche Prüfung bedingt hatte. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wurde gestützt auf den erhobenen psychiatrischen Befund, die Verhaltensbeobachtungen und die Angaben der Beschwerdeführerin zur ihren Beschwerden sowie zu ihrem Tagesablauf der Schweregrad der depressiven Episode als mittelschwer eingestuft. Der behandelnde Psychiater Dr. med. J._____ (Bericht vom 2. Juni 2014) sowie die

behandelnden Ärzte der D. _____ Klinik (Austrittsbericht vom 24. April 2015) haben dagegen von einer schweren depressiven Störung berichtet. Diese machte eine mehrmonatige stationäre psychiatrische Behandlung vom 15. Oktober 2014 bis zum 18. März 2015 notwendig, während der die Beschwerdeführerin laut der Einschätzung des RAD vom 27. April 2016 vollständig arbeitsunfähig war. Das Vorliegen einer aktuell schweren depressiven Episode hat der Gutachter in Auseinandersetzung mit den beiden genannten fachärztlichen Einschätzungen verneint. Anzeichen für eine Aggravation stellte er zudem keine fest.

E. 9.5.2

Was den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (Urteile des BGer 9C_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 4.2.1 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2; BGE 141 V 281 E. 4.3.1) anbelangt, wird im Gutachten vom 18. Dezember 2015 festgehalten, dass die bisher durchgeführte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung lege artis stattgefunden habe. Eine unkooperative therapeutische Handlung sei nicht ersichtlich. Es könnten keine weiteren Therapieempfehlungen gemacht werden. Im Rahmen der Zusammenfassung hielt der Gutachter zudem fest, obwohl die Beschwerdeführerin die Therapien kompliant und kooperativ wahrnehme, sei ein Therapieerfolg bzw. eine Zustandsbesserung nur in geringem Masse erkennbar. Die Gründe hierfür lägen mitunter darin, dass ein kombiniertes somatisches und psychiatrisches Leiden vorliege, sowohl im fortgeschrittenen Alter, als auch in der Kumulierung von Schicksalen bei asthenischer Konstitution. Die adäquate ambulante Therapie (vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 17. Februar 2017), der geringe Therapieerfolg sowie die Inanspruchnahme einer mehrmonatigen stationären psychiatrischen Behandlung von 15. Oktober 2014 bis 18. März 2015 sprechen bereits vor den Eintritt der Verschlechterung im Juni 2016 für einen erheblichen Schweregrad der Erkrankung. Es wird indes nicht ersichtlich, ob der Gutachter den Verlauf und den Ausgang der Therapien bei seiner Beurteilung der Gesundheitsschädigung und der daraus resultierenden Funktionseinschränkungen genügend berücksichtigt hat, da eine Auseinandersetzung damit fehlt. Die engmaschige Therapie spricht überdies für einen hohen Leidensdruck, was im Hinblick auf den beweisrechtlichen Aspekt der Konsistenz bedeutsam ist (BGE 141 V 281 E. 4.4).

E. 9.5.3

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil des BGer 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1). Diesbezüglich fällt auf, dass im psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2015 das Vorliegen einer Schmerzstörung nicht diskutiert wurde, obwohl mehrere behandelnde Ärzte eine entsprechende Diagnose gestellt haben. Mit diesen Berichten und mit möglichen Wechselwirkungen zwischen den depressiven Symptomen und dem Schmerz hat sich der Gutachter nicht auseinandergesetzt. Auch was mögliche Wechselwirkungen zwischen den depressiven Symptomen und den körperlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin anbelangt, fand dazu im Rahmen der Konsensbeurteilung keine Diskussion statt. Es wurde lediglich festgehalten, dass aufgrund der Psychiatrielastigkeit der Befunde die Beurteilung aus bidisziplinärer Sicht wesentlich

durch das psychiatrische Gutachter erfolge, zumal gemäss Stellungnahme des rheumatologischen Gutachters keine erheblichen organischen Befunde ausgewiesen seien.

E. 9.5.4

Im Komplex Persönlichkeit diagnostizierte der psychiatrische Gutachter akzentuierte Persönlichkeitszüge, asthenisch-dependent (ICD-10. F73.1). Dieser Diagnose hat der Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Dabei handelt es sich zwar richtigerweise um eine Z-Kodierung, die als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fällt (vgl. Urteil des BGer 8C_588/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4). Allerdings kann ein solcher Faktor den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit ebenfalls beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3). Auch hierzu lässt sich dem Gutachten keine zuverlässige Aussage entnehmen. Es ist damit nicht nachvollziehbar, ob dieser Faktor, der im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung grundsätzlich negativ ins Gewicht fällt, bei der Beurteilung genügend berücksichtigt wurde.

E. 9.6

Insgesamt sind im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 die im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2015 postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht hinreichend erstellt. Entgegen der Ansicht des RAD-Arztes Dr. med. P. _____ (Stellungnahme vom 27. April 2016) lässt sich die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit nach Prüfung der Standardindikatoren damit nicht nachvollziehen. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab Juni 2014 besteht somit weiterer Abklärungsbedarf.

E. 9.7

Was die Verwertbarkeit des psychiatrischen Verlaufsgutachtens vom 21. November 2016 anbelangt, ergibt sich aus den Akten, dass dieses gestützt auf eine erneute fachärztliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 10. November 2016 sowie in Kenntnis der beiden neuen Berichte von Dr. med. I. _____ vom 6. Juni 2016 sowie von Dr. med. J. _____ vom 13. Juni 2016 erstellt wurde. Zudem wurden die Fragen in Bezug auf die Standardindikatoren, die von der Vorinstanz im Gutachtensauftrag vom 19. August 2016 gestellt wurden (IV-act. 81), beantwortet. Es wurde nachvollziehbar dargelegt, dass im Juni 2016 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist. Der Gutachter diagnostizierte (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwergradige Episode, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Daraus leitete er eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 80 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit von 60 % ab. Ob diese Einschätzung auch vor der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung standhält, kann hier offen gelassen werden, da sich das Verlaufsgutachten aus anderen, im folgenden darzulegenden Gründen als beweismässig nicht verwertbar erweist.

E. 9.7.1

Kurz vor der Untersuchung durch Dr. med. E. _____ war die Beschwerdeführerin vom 30. Juni 2016 bis 29. Oktober 2016 wieder in einer stationären Behandlung in der D. _____ Klinik. Das war dem Gutachter bekannt, ein Bericht lag ihm dazu aber nicht vor. Der entsprechende Austrittsbericht der Klinik vom 7. November 2016 wurde ihm erst

kurz nach Erstellung des Verlaufsgutachtens vom 21. November 2016 zur Kenntnis gebracht. Mit Schreiben vom 30. November 2016 teilte er der kantonalen IV-Stelle mit, dass sich aus dem Austrittsbericht keine neuen Fakten für seine Beurteilung ergäben. Inhaltlich ging er auf den ausführlichen Austrittsbericht aber nicht ein. Eine solche Auseinandersetzung wäre hier aber erforderlich gewesen, zumal in den fast zeitlich erstellten fachärztlichen Einschätzungen erhebliche Diskrepanzen bezüglich der kognitiven Funktionen der Beschwerdeführerin und der Arbeitsfähigkeit bestehen. Während Dr. med. E._____ unauffällige (Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis) bzw. leicht beeinträchtigte (Konzentration und Merkfähigkeit) kognitive Funktionen beschrieben hat, wurden im Austrittsbericht der D._____ Klinik starke kognitive Einschränkungen und eine Merkfähigkeitsstörung erwähnt. Auch bei der Entlassung bestanden laut dem Austrittsbericht massive kognitive Einschränkungen wie Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen sowie teilweise formale Denkstörungen und eine stark reduzierte Belastbarkeit bei kleinen Alltagstätigkeiten. Diese Diskrepanz hinsichtlich der Einschätzung der kognitiven Funktionen könnte sich allenfalls dadurch erklären lassen, dass sich die kognitive Einschränkungen bei der längeren Beobachtungsdauer im Rahmen einer stationären Behandlung zuverlässiger beurteilen lässt. So wiesen die behandelnden Klinikärzte denn auch darauf hin, die kognitiven Einschränkungen nur bei genauerer Aufgabenstellung ersichtlich würden. Diese Diskrepanzen sind für den Rechtsanwender nicht nachvollziehbar und hätten fachärztlich ausgeräumt werden müssen.

E. 9.7.2

Angesichts der im Verlaufsgutachten beschriebenen Befunde, der Therapieresistenz sowie des kaum mehr aktiven Freizeitverhaltens vermag darüber hinaus auch die vom Gutachter vorgenommene Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % nicht zu überzeugen, zumal keine Hinweise auf Aggravation bestehen und die Klinikärzte von einer vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgingen. Überdies fehlt es auch an einer Stellungnahme des RAD zur Arbeitsfähigkeit seit Eintritt der gesundheitlichen Verschlechterung im Juni 2016.

E. 9.8

Insgesamt fehlt es damit im Verlaufsgutachten vom 21. November 2016 an einer nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und an einer die bestehenden Diskrepanzen ausräumenden Auseinandersetzung mit dem Austrittsbericht der D._____ Klinik vom 7. November 2016. Es bestehen daher konkrete Zweifel daran, ob Dr. med. E._____ bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sämtliche krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen genügend berücksichtigt hat. Dies schränkt den Beweiswert des Verlaufsgutachtens massgebend ein, weshalb für die Entscheidungsfindung auch darauf nicht abgestellt werden kann. Da allein gestützt auf den Austrittsbericht der D._____ Klinik vom 7. November 2016 keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Juni 2016 möglich ist, besteht auch in dieser Hinsicht weiterer Abklärungsbedarf.

E. 9.9

Die Anordnung weiterer, an sich notwendiger medizinischer Abklärungen erweist sich in der konkreten Situation jedoch nicht angezeigt, da die Beschwerdeführerin mittlerweile bereits fast 63 Jahre alt ist (vgl. dazu Urteile des BVGer C-1973/2015 vom 25. April 2016 E. 10.1 und C-1349/2014 vom 2. Mai 2016 E. 9.1). In BGE 138 V 457 hat das Bundesgericht in Präzisierung seiner bisherigen Rechtsprechung erkannt, dass für die

Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit auf jenen Zeitpunkt abzustellen ist, in dem die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Eine weitere medizinische Beurteilung würde voraussichtlich mehrere Monate in Anspruch nehmen. Im Zeitpunkt, zu dem die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (medizinisch) feststünde, würde ihr somit eine Aktivitätsdauer von voraussichtlich weniger als einem Jahr verbleiben. Im vorliegenden Fall ist daher ausnahmsweise auf Grund des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin, des seitens der Gutachter sehr eingeschränkt definierten Belastungsprofils (so die Stellungnahme des RAD vom 17. Februar 2017) und der gemäss psychiatrischem Teilgutachten vom 18. Dezember 2015 beeinträchtigten Flexibilität für eine berufliche Neuorientierung infolge der asthenisch-dependenden Persönlichkeitszüge davon auszugehen, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit im ausgeglichenen Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich nicht mehr verwerten kann (vgl. Urteil 9C_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4, 9C_940/2012 vom 12. Dezember 2013 E. 5.3 und 9C_751/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.5). Das hat zur Folge, dass bei der Invaliditätsbemessung von der wirtschaftlichen Unverwertbarkeit einer attestierten Arbeitsfähigkeit auszugehen und der Beschwerdeführerin bei der Invaliditätsbemessung ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. Juni 2014) kein Erwerbseinkommen anzurechnen ist.

E. 10

Im Folgenden ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

E. 10.1

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

E. 10.2

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode der Invaliditätsbemessung [Betätigungsvergleich]). Nach Art. 27 Satz 1 IVV (in der bis 31. Dezember 2017 anwendbaren Fassung) gelten als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten.

E. 10.3

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte

Methode). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Invaliditätsbemessung mittels der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell gemäss Art. 27bis Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung vom 1. Dezember 2017 im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen kann und damit vorliegend nicht zur Anwendung kommt (Urteil 9C_553/2017 vom 18. Dezember 2017 E. 5 und 6.2; siehe vorne E. 3.3).

E. 10.4

Nach der mit BGE 142 V 290 präzisierten Rechtsprechung ist bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde (BGE 142 V 290 E. 7.3).

E. 10.5

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1, 125 V 146 E. 2c). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3). Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person ist zu prüfen, ob sie im Gesundheitsfall mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche weiteren Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b).

E. 10.6

Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1; 125 V 146 E. 2c).

E. 10.7

Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum bereits im Jahr 2009 von 100 % auf 60 % reduziert hatte (IV-act. 1). Gegenüber der Abklärungsperson der

kantonale IV-Stelle gab sie an, dass sie nur noch 60 % erwerbstätig gewesen sei, damit ihr die Witwenrente nicht gekürzt werde, was bei einem monatlichen Erwerbseinkommen von rund Fr. 2'900.- der Fall gewesen wäre. Sie erklärte dabei auch ausdrücklich, dass sie ohne Gesundheitsschaden weiterhin zu 60 % erwerbstätig wäre (IV-act. 49). Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige mit einem Pensum von 60 % eingestuft hat.

E. 10.8

Welche Invaliditätsbemessungsmethode vorliegend Anwendung findet, hängt davon ab, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall neben ihrem erwerblichen Teilpensum von 60 % in einem Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV tätig wäre (vgl. Urteil des BGer 9C_615/2016 vom 21. März 2017 E. 5.3).

E. 10.8.1

Die Beschwerdeführerin ist verwitwet, hat zwei erwachsene Söhne und wohnt alleine in einem Einfamilienhaus. Im Abklärungsbericht Haushalt wurde die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich eingestuft (IV-act. 49). Im ergänzenden Abklärungsbericht vom 22. Dezember 2015 wurde dann jedoch festgehalten, dass eine (Teil-)Erwerbstätigkeit ohne Aufgabenbereich nicht mehr zulässig sei, weshalb die übrigen Prozente als Haushalt betrachtet werden müssten. Somit sei die Beschwerdeführerin bei der Invaliditätsbemessung als 60 % Erwerbstätige und 40 % Hausfrau einzustufen (IV-act. 71). In der angefochtenen Verfügung wurde die Beschwerdeführerin ohne weitere Ausführungen gestützt auf die Erhebung des Abklärungsdienstes als Teilerwerbstätige (60 %) mit einem Aufgabenbereich (40 %) eingestuft. In ihrer Vernehmlassung vom 28. August 2017 sowie der Ergänzung vom 4. September 2017 führte die kantonale IV-Stelle aus, dass die Beschwerdeführerin abweichend von der angefochtenen Verfügung gemäss der ersten Einschätzung der zuständigen Mitarbeiterin des Abklärungsdienstes als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich einzustufen sei.

E. 10.8.2

Angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin einen Einpersonenhaushalt ohne Betreuungsaufgaben führt (zum irrelevanten Faktor Haushaltsgrösse: BGE 141 V 15 E. 4.5) und angesichts der Deutlichkeit ihrer sogenannten spontanen «Aussagen der ersten Stunde» gegenüber der Abklärungsperson (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_374/2017 vom 17. August 2017 E. 2.1.2), wonach sie das Arbeitspensum reduziert habe, um keine Einbusse bei der Witwenrente zu erleiden, sie den Haushalt stets nebenbei geführt habe und dies bei guter Gesundheit weiterhin so handhaben würde, besteht bei der Beschwerdeführerin kein anerkannter Aufgabenbereich gemäss Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 IVV. Im Übrigen erfolgte die Einstufung der Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige mit Aufgabenbereich im Rahmen der angefochtenen Verfügung auf einer rechtlich nicht zutreffenden Auffassung, dass eine (Teil-) Erwerbstätigkeit ohne Aufgabenbereich nicht mehr zulässig sei (vgl. dazu BGE 142 V 290).

E. 10.9

Aufgrund des Status der Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige ohne rechtlich anerkannten Aufgabenbereich ist der Invaliditätsgrad allein anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Da nach dem Gesagten im Erwerbseinkommen von einer Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist und der Beschwerdeführerin kein Invalideneinkommen anzurechnen ist, kann auf die Durchführung eines ziffernmässigen

Einkommensvergleichs verzichtet werden. Die Invalidität im Erwerbsbereich beträgt damit 100 %, die in Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 142 V 290 entsprechend dem Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit von 60 % mit dem Faktor 0.6 zu gewichtet ist. Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 60 % und dementsprechend ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Juni 2014.

E. 11

Die Beschwerde ist damit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Der Beschwerdeführerin ist mit Wirkung ab 1. Juni 2014 eine Dreiviertelsrente der schweizerischen Invalidenversicherung zuzusprechen.

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Kosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 12.2

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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