

BVGer C-3832/2017 vom 31. August 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3832_2017

FR: TAF C-3832/2017 du 31 août 2018

IT: TAF C-3832/2017 del 31 agosto 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]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 3. Juli 2017 ist somit einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (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 2009/65 E. 2.1).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). Die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz sind nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S.179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.2

Die Sache beurteilt sich - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445).

E. 4.1

Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, verstanden (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung, sind für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen und eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

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

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); 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).

E. 4.3

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.

E. 4.4

Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit

1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Eine - vorliegend zutreffende - Ausnahme von diesem Prinzip gilt aufgrund des FZA und der anwendbaren europäischen Verordnungen seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Je substantieller sich eine medizinische Fachperson äussert, umso höher ist der Beweiswert ihrer Aussage (Rudolf Rüedi, Das medizinische Gutachten - Erwartungen des Sozialversicherungsrichters an den Arzt, in: Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Medizinische Gutachten, Zürich 2005, S. 80). Liegen unterschiedliche, sich widersprechende Expertenmeinungen vor, wird diejenige Begutachtung obsiegen, die lückenlos dokumentiert ist und durch eine schlüssige Beurteilung zu überzeugen vermag: kurz, es kommt auf die Qualität an (Jacques Meine, die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz - Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen?, in: Swiss Surg 1998; 4: 54).

E. 5

Strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

E. 5.1

Die Vorinstanz begründete die angefochtene Verfügung vom 2. Juni 2017 im Wesentlichen damit, dass bei der Beschwerdeführerin vom 25. Mai 2016 bis zum 2. Februar 2017 eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe. Somit sei sie nicht während eines ganzen Jahres ohne Unterbruch ausreichend arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 2. Februar 2017 sei sie wieder in der Lage, eine Tätigkeit auszuüben, bei der ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielt werden könne (act. 48-1 ff.).

E. 5.2

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, sie könne die Begründung der Verfügung nicht nachvollziehen. Sie sei seit dem 25. Mai 2016 durchgehend arbeitsunfähig und werde dies auch bleiben. Aufgrund der attestierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei keine Wiederaufnahme eines Berufes möglich (BVGer act. 1).

E. 5.3

Die Vorinstanz stützte sich bei ihrem Entscheid auf die Stellungnahmen von IV-Arzt Dr. med. E._____, FMH Allgemeine Medizin, vom 4. März 2017 (42-1 ff.) und 25. Mai 2017 (act. 47). Dieser führte gestützt auf die im Rentenverfahren in Deutschland eingeholten medizinischen Berichte folgende Diagnosen (Hauptdiagnosen) auf: Zustand nach Implantation einer Knie-TP links am 8. Juni 2016 bei Gonarthrose (M17.1), Zustand nach Implantation einer Knie-TP rechts 2014 (Z96.6). An Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: Hyperurikämie; Adipositas; Hypertonie; Allergie gegenüber Chlor. Gemäss dem Bericht über den Aufenthalt im Rehasentrum D._____ vom 28. Juni 2016 bis 19. Juli 2016 sei die Arbeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegerin 6 Stunden oder mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere Wechseltätigkeiten ohne vermehrte Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit und ohne vermehrte Tätigkeiten in Hockstellungen seien ebenfalls über 6 Stunden zumutbar (act. 42-1). Nach erfolgtem Einwand im Vorbescheidverfahren hielt IV-Arzt Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2017 daran fest, dass die Beschwerdeführerin gemäss der Sozialmedizinischen Stellungnahme des Rehasentrums D._____ vom 19. Juli 2016 im angestammten Beruf als Pflegerin und für andere mittelschwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig beurteilt worden sei. Somit habe bereits bei Austritt aus der stationären Rehabilitation eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % im angestammten Beruf bestanden (act. 47). Nichts daran zu ändern vermöchte das Attest der behandelnden Ärzte, welches ohne begründete Angabe von Funktionseinschränkungen eine Arbeitsunfähigkeit bis 5. April 2017 festhalte.

E. 5.4

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin folgende weitere, teilweise noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung verfasste medizinische Berichte ein, die IV-Arzt Dr. med. E._____ im Zeitpunkt seiner vorgenannten Stellungnahmen noch nicht bekannt waren (BVGer act. 10., Beilagen). Insbesondere wurden jedoch das "Ärztliches Gutachten für die Gesetzliche Rentenversicherung" vom 13. Oktober 2017 (BVGer act. 13, Beilage) und der Bericht über den stationären Aufenthalt des Klinikums D._____ vom 13. Februar 2018 eingereicht (BVGer act. 17, Beilage).

E. 5.5

IV-Arzt Dr. med. E._____ führte nach Sichtung der neuen Berichte in seiner Stellungnahme vom 9. März 2018 aus (BVGer act.19), die Beschwerdeführerin sei im Juni 2014 und Juni 2016 im orthopädischen Zentrum D._____ über 6 Stunden leistungsfähig im angestammten Beruf beurteilt worden. Erstmals werde ihr mit dem Gutachten vom 13. Oktober 2017 eine Arbeitsfähigkeit nur noch für eine körperlich leichte Arbeit attestiert. Die erstmals im Februar 2018 festgestellte seronegative Polyarthritits sei mit der üblichen Therapie mit gutem Ansprechen behandelt worden. Aus seiner Sicht seien körperlich leichte Arbeiten auch mit diesem neuen Problem weiterhin zumutbar. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Pflegerin von 0

% seit Juni 2016 bzw. von 100 % seit dem 13. Oktober 2017 festgehalten. Für leichte Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % seit Juni 2014 und 13. Oktober 2017. Ohne nähere Begründung bzw. Auseinandersetzung mit der Stellungnahme von IV-Arzt Dr. med. E. _____ hielt die Vorinstanz mit Duplik vom 14. März 2018 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (BVGer act. 19).

E. 6.1

Betreffend der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ins Recht gelegten medizinischen Akten bzw. nach dem in zeitlicher Hinsicht für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Sachverhalt ist folgendes festzuhalten:

E. 6.2

Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 6.3

Die von der Beschwerdeführerin am 26. November 2017 im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ins Recht gelegten Arztberichte stammen allesamt noch vor Verfügungserlass (2. Juni 2017) und können somit (als unechte Noven) im vorliegenden Beschwerdeverfahren ohne weiteres berücksichtigt werden. Wie bereits erwähnt, waren diese Berichte IV-Arzt Dr. med. E. _____ im Zeitpunkt seiner abschliessenden Stellungnahme (vor Verfügungserlass) vom 26. Mai 2017 nicht bekannt. Bei dieser Stellungnahme handelt es sich um einen Bericht im Sinn von Art. 59 Abs. 2bis IVG, in dem nicht selber medizinische Befunde erhoben, sondern vorhandene Befunde aus medizinischer Sicht gewürdigt werden. Ein solcher Aktenbericht durch einen RAD bzw. IV-Arzt ist nur zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil des BGer 8C_514/2008 vom 31. März 2009 E. 5). Dies war vorliegend offensichtlich nicht der Fall, zumal insbesondere in den Berichten von Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 2. Januar 2017 und 3. April 2017 neu eine mittelgradige depressive Episode (F32.1 G) und ein Karpaltunnelsyndrom links (G56.0 G L) diagnostiziert wurden (vgl. BVGer act. 10, Beilagen). Die Beschwerdeführerin hatte bereits im Rahmen der Anmeldung bei der Deutschen Rentenversicherung (vgl. act. 12-12 f.) sowie auch in ihrer Beschwerde sinngemäss ausgeführt, sie sei depressiv, bedingt durch die enormen Schmerzen in den

Knien, den Hüften und der Wirbelsäule (BVGer act. 1). Insofern beruhte die angefochtene Verfügung vom 2. Juni 2017 auf einem unvollständig erhobenen Sachverhalt, der keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bildete, sondern Anlass zu weiteren medizinischen Abklärungen hätte geben müssen.

E. 6.4

Dass weitere Abklärungen angezeigt gewesen wären, ergibt sich sodann aus dem "Ärztlichen Gutachten für die Gesetzliche Rentenversicherung" vom 13. Oktober 2017 (BVGer act. 13, Beilage; nachfolgend: Gutachten der Deutschen Rentenversicherung) und dem Bericht über den stationären Aufenthalt des Klinikums D._____ vom 13. Februar 2018 (BVGer act. 17, Beilage). Beide datieren zwar nach dem Erlass der strittigen Verfügung vom 6. Juni 2017, dennoch können sie im vorliegenden Beschwerdeverfahren berücksichtigt werden, zumal insbesondere das "Gutachten für die Gesetzliche Rentenversicherung" rund 4 Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung zeitnahe erstellt wurde, und beide Berichte mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen, was nachfolgend zu zeigen ist.

E. 6.4.1

Im Gutachten der Deutschen Rentenversicherung vom 13. Oktober 2017 wurden folgende Hauptdiagnosen genannt (BVGer act. 13, Beilage S. 11): Vorhandensein einer Knie-TEP beidseits (Operation rechts 2014, links 2016) mit leichtem Funktionsdefizit (Z96.6), Schwellneigung des rechten Beins; Chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (F46.41), Polyarthralgien; Zervikobachialgie/-Nuchalgie mit demonstriertem Funktionsdefizit, Parästhesien der Finger, fehlende Diagnostik (M53.1); Impingementsyndrom linke Schulter nach Sturz mit Belastungsschmerzen und demonstriertem Funktionsdefizit (M75.4). Des Weiteren wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Fersensporn beidseits; Angabe einer Baker-Cyste rechts; Coxalgie links unklarer Genese; Chronischer Rückenschmerz; Angabe eines CTS beidseits; Adipositas Grad II (BMI 37.5); Arterieller Hypertonus und Medikation; Hyperurikämie und Medikation; 01/2017 mittelgradig depressive Episode bei intrafamiliärer Belastungssituation, Schlafstörungen, abdominelle Beschwerden, Erschöpfung; Hörminderung rechts nach Hörsturz. Die Gutachterin Dr. med. G._____, Fachärztin für Chirurgie, Psychosomatische Grundversorgung, kam zum Schluss, dass aufgrund der Gesundheitsstörungen des Skelettsystems sowie auf internistischem, HNO-ärztlichen und neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet qualitative Einschränkungen des Leistungsvermögens bestünden. Die Beschwerdeführerin sei gelernte Friseurin, habe aber in diesem Beruf nicht weitergearbeitet, sei vorübergehend Büromitarbeiterin gewesen und habe auf eigene Kosten eine Umschulung zur Pflegeassistentin absolviert. Seit 2010 sei sie auf diesem Beruf tätig, zuletzt von 2015 bis zur Arbeitsunfähigkeit 05/2016 als Nachtwache einer gerontopsychiatrischen Abteilung mit 20 Wochenarbeitsstunden. Sowohl die Tätigkeit als Friseurin als auch die der Pflegeassistentin seien dauerhaft aufgrund der Geh- und Stehbelastung nicht mehr leidensgerecht. Eine berufliche Neuqualifizierung scheidet aus, eine Umstellungsfähigkeit für eine leidensgerechte Anlernfähigkeit bestehe. Eine nochmalige Reha-Massnahme nach 2016 erscheine allenfalls auf psychosomatischem Fachgebiet sinnvoll. Allerdings sei hier ambulant noch keine weitere Therapie begonnen worden. Die Beschwerdeführerin sei 01/2017 neurologisch-psychiatrisch vorstellig geworden und erhalte eine antidepressive Medikation. Eine Gesprächstherapie finde nicht

statt, bislang wohl auch keine ambulante Schmerztherapie. Dies sehe die Beschwerdeführerin als wesentlich in ihrer weiteren Behandlung. Sie wolle die bisherige Schmerztherapie ändern und wünsche sich eine Reha-Massnahme. Auch bestünden weitere diagnostische Möglichkeiten, insbesondere im Hinblick auf die Beschwerden in der linken Schulter und der linken Hüfte, die heute als sehr stark angegeben würden, ohne dass diesbezüglich ein Arztkontakt angegeben worden sei. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet ab Antragstellung (Anmerkung: der Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung wurde am 7. September 2016 gestellt, vgl. act. 11-3, 12-9) ein Leistungsvermögen von täglich 6 Stunden und mehr für leichte körperliche Tätigkeiten unter Beachtung der in der Epikrise erwähnten Einschränkungen (BVGer act. 13, Beilage S. 13).

E. 6.4.2

Im Bericht über den stationären Aufenthalt vom 7. Februar 2018 bis zum 14. Februar 2018 im Klinikum D._____ wurden folgende Diagnosen genannt (BVGer act. 17, Beilage): Seronegative Polyarthritis, DD Psoriasis-Arthritis; Verdacht auf kleine Usur am kleinen fingerseitigem Kopf der Mittelphalanx des rechten Mittelfingers; Fibromyalgie-Syndrom (ED 02/2018); Prä-Diabetes (ED 02/2018), cortisoninduzierte hyperglykämische Werte; Ausschluss einer TVT Bein rechtsseitig; Geringe AC-Gelenksarthrose Schultergelenk rechtsseitig; Verkalkung des radioulnaren Gelenkspaltes beidseitig; Plantarer Fersensporn sowie beginnende degenerative Veränderungen des Talonaviculargelenkes des oberen Sprunggelenkes / Fusses rechtsseitig mit einhergehender Calcaneodnie bei Fersensporn; Bakerzyste Kniegelenk rechtsseitig, septiert mit soliden Anteilen; Nichtmalignitätsverdächtige Zyste Tibiakopf Kniegelenk rechtsseitig; Z.n. Knie-TEP beidseits; Anamnestisch Z.n. operativer Entfernung der Patella rechtsseitig im Kindesalter; Z.n. älterer distaler Radiusfraktur mit Ulnarvorschub sowie Abriss des Processus styloideus ulnae rechts; Polyarthrose; Arterielle Hypertonie; Hypercholesterinämie; Hyperurikämie; Chlorallergie. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde in diesem Bericht nicht vorgenommen.

E. 6.5

Nachdem IV-Arzt Dr. med. E._____ in seinen Beurteilungen vom 4. März 2017 (act. 42-1 ff.) und vom 25. Mai 2017 (act. 47) von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 25. Mai 2016 bis zum 2. Februar 2017 bzw. von einer Arbeitsunfähigkeit von 0 % für sämtliche Tätigkeiten ab dem 2. Februar 2017 ausging, übernahm er in seiner Stellungnahme vom 9. März 2018 (BVGer act. 19) die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Gutachtens der Deutschen Rentenversicherung vom 13. Oktober 2017. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Pflegerin von 0 % seit Juni 2016 bzw. von 100 % seit dem 13. Oktober 2017 festgehalten. Für leichte Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % seit Juni 2014 und 13. Oktober 2017 (vgl. vorstehende E. 5.5). Die Gutachterin bezog sich im Gutachten der Deutschen Rentenversicherung bei ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung jedoch auf den Zeitpunkt der Antragsstellung gegenüber der Deutschen Rentenversicherung, die am 7. September 2016 erfolgte (act. 11-3, 12-9). Es kann daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die genannten Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung vorgelegen haben, sodass das Gutachten der Deutschen Rentenversicherung in vorliegendem Verfahren berücksichtigt werden kann.

E. 7

Zu prüfen bleibt, ob das Gutachten der Deutschen Rentenversicherung vom 13. Oktober 2017 sowie die weiteren im Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen eine rechtsgenügende Grundlage für die abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs bilden.

E. 7.1

Im Gutachten der Deutschen Rentenversicherung wurden Diagnosen aus dem syndromalen und depressiven Formenkreis aufgeführt. So wurden etwa die Diagnosen Chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (F46.41) sowie mittelgradige depressive Episode genannt. Im Bericht des Klinikums Wilhelmshafen wurde sodann ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert.

E. 7.2

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352; 131 V 39 E. 1.2; 139 V 547 E. 3.2.3).

E. 7.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2; Urteil des BGer 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

E. 7.4

Mit BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis im Zusammenhang mit Leiden aus dem depressiven Formenkreis insofern ab, als es erkannte, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 f.). Weiter stellte es klar,

dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2). Sodann soll E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 fortan so verstanden werden, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1). Des Weiteren führte es aus, dass die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern vermag. Folgerichtig entschied das Bundesgericht gleichentags mit BGE 143 V 409 - ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung -, dass die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur grundsätzlich ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 4.5). Dieses bleibt nur dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 409). Diese geänderte Rechtsprechung ist vorliegend anwendbar (vgl. statt vieler Urteil des BGer 9C_700/2015 vom 18. Juli 2016 E. 3.2).

E. 7.5

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» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), «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. 7.6

Das Gutachten der Deutschen Rentenversicherung sowie die restlichen medizinischen Unterlagen erlauben keine schlüssige Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der Beurteilungsindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren sowie das Fibromyalgie-Syndrom und die fehlende Objektivierbarkeit der daraus geltend gemachten Beschwerden an sich, lassen weder Rückschlüsse auf Schweregrad der Schmerzstörung bzw. des Syndroms noch über die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu. Das Spektrum des Schweregrads somatoformer und verwandter Störungen ist nämlich gross - es reicht von leichten, funktionell kaum beeinträchtigenden Störungen bis zu schwerst behindernden (vgl. das Gutachten des Prof. Dr. Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen, S. 20). Im Gutachten findet keine substantiierte Auseinandersetzung mit dem Schmerzgeschehen bzw. eine Überprüfung der geltend gemachten schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag statt (vgl. etwa Urteil des BGer 9C_125/2015 E. 5.3 und 7.1). Des Weiteren fehlt eine Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der mittelgradigen

depressiven Episode. Somit fehlen Ausführungen zum funktionellen Schweregrad der syndromalen und depressiven Beschwerden, sodass sich deren Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht beurteilen lässt. Ebenso wenig lässt sich der für die Kategorie "Konsistenz" relevante Indikator gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen rechtsgenügend beurteilen. Ausführungen zu den Indikatoren "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) und "sozialer Kontext" bleiben spärlich. Die relevanten Indikatoren lassen sich auch nicht aus den übrigen ins Recht gelegten medizinischen Berichten erschliessen. Die Aktenlage ist insofern nicht umfassend, als sie keine fundierte Prüfung der Diagnosen unter dem Gesichtspunkt allfälliger Fallumstände zulässt, die die Gesundheitsschädigung als nicht rechtserheblich erscheinen lassen (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 2.2).

E. 7.7

Nach dem Dargelegten wurde im vorliegend zu beurteilenden Verfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen angezeigt, da sich die Notwendigkeit weiterer Abklärungen einerseits aus dem Kontext der gesamten Aktenlage und andererseits in Nachachtung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung ergibt. Hinzu kommt, dass im vorliegenden Fall eine Aktenbeurteilung durch den IV-ärztlichen Dienst und ein versicherungsinternes Gutachten der Deutschenrentenversicherung (und nicht etwa ein Administrativgutachten nach Art. 44 ATSG) zu überprüfen war. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz bleibt daher auch in Nachachtung von BGE 137 V 210 möglich (vgl. dazu Urteil des BVerfG C-3362/2013 vom 16. Februar 2016 E. 10.2 f.). Aufgrund der Aktenlage wird die Vorinstanz ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen haben. Eine polydisziplinäre Expertise ist nämlich auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein (zur Interdisziplinarität der Begutachtung vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4) noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsgutachten erfüllt sein (BGE 139 V 349, 352, E. 3.2). Die Voraussetzungen zur Einholung eines mono- oder bidisziplinären Gutachtens sind vorliegend nicht erfüllt, da die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik - wie sich in vorstehenden Erwägungen gezeigt hat - noch nicht vollends gesichert ist und die medizinische Situation nicht offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt. Mit Blick auf die geltend gemachten Beschwerden am Bewegungsapparat (wie z.B. Kniebeschwerden und Impingementsyndrom) erscheint eine orthopädische, aufgrund der Fibromyalgie eine rheumatologische (zur Begutachtung der Fibromyalgie durch einen Rheumatologen vgl. Urteil des BVerfG 9C_89/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 4.1) und infolge der depressiven Problematik eine psychiatrische Begutachtung notwendig (weitere oder andere Fachgebiete sind der Vorinstanz von den Gutachtern zu benennen). Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie unter Wahrung der

Partizipationsrechte gemäss BGE 137 V 210 ein polydisziplinäres orthopädisches, rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten in der Schweiz einhole und gestützt auf die daraus gewonnenen Erkenntnisse über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente im Lichte der geänderten Rechtsprechung neu entscheide. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten sowie eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Die Verfahrenskosten sind in der Regel von der unterliegenden Partei zu tragen. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der bereits geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Ebenso wenig sind bei der Vorinstanz Verfahrenskosten zu erheben (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG; BGE 132 V 215 E. 6.1).

E. 8.2

Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 73.320.2]). Der anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführerin sind nur verhältnismässig geringe notwendige Kosten entstanden, weshalb keine Parteientschädigung auszurichten ist (vgl. Art. 7 Abs. 4 VGKE).

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