

BVGer C-5025/2018 vom 24. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5025_2018

FR: TAF C-5025/2018 du 24 septembre 2020

IT: TAF C-5025/2018 del 24 settembre 2020

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 (BVGer-act. 4), ist auf die innert Frist und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in vier separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Materiell liegt nur eine Verfügung vor. Wird nur die Befristung der Leistung angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 125 V 417 E. 2d). Vorliegend beschränkt sich der Streitgegenstand damit nicht nur auf die mit der vierten Verfügung angeordneten Befristung der halben Invalidenrente bis zum 30. November 2017, sondern es werden auch die unbestritten gebliebenen Zeiträume ab 1. Dezember 2015 von der gerichtliche Überprüfungsbefugnis erfasst.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 8. August 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän-dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver-fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.2

Im Verhältnis Schweiz - Liechtenstein, das heisst bei (ehemaliger oder aktueller) Erwerbstätigkeit in der Schweiz und Wohnsitz in Liechtenstein, ist das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (SR 0.632.31; nachfolgend: EFTA-Übereinkommen) anwendbar. Gemäss Art. 21 Bst. a des EFTA-Übereinkommens werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 1 Anhang K-Anlage 2 sind die Mitgliedstaaten überein gekommen, im Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit untereinander die Rechtsakte der Europäischen Union anzuwenden. Bis zum 31. Dezember 2015 waren somit die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO Nr. 1408/71) und deren Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO Nr. 574/72) anwendbar. Ab dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des Freizügigkeitsabkommens ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m. H.; BASILE CARDIN-AUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteil des BVerfG C-998/2018 vom 19. Dezember 2019 E. 2.4. m. H.).

E. 4.1

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

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). 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. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

E. 4.4

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). 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. 4.5

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist.

E. 4.5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 4.5.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 m.H., BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H.).

E. 4.5.3

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

E. 4.5.4

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das

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

E. 5.1

Vorliegend wurde der Beschwerdeführerin mit vorinstanzlicher Verfügung vom 8. August 2018 rückwirkend für die Zeit vom 1. Dezember 2015 bis 30. November 2016 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Vorinstanz berechnete für den frühestmöglichen Entstehungszeitpunkt des Rentenanspruchs im Dezember 2015 einen Invaliditätsgrad von 40%. Die mit Verfügung vom gleichen Datum per 1. Dezember 2016 verfügte Rentenheraufsetzung auf eine ganze ordentliche Rente stützte die Vorinstanz auf die Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV, da sie für die Zeit ab September 2016 von einem Invaliditätsgrad von 100 % ausging. Gleichzeitig verfügte die Vorinstanz - wiederum in Anwendung von Art. 88a IVV - per 1. Mai 2017 eine Rentenherabsetzung auf eine Dreiviertelsrente, nachdem sie ab Februar 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % ausging. Ferner verfügte sie per 1. August 2017 eine Rentenherabsetzung auf eine halbe Rente nachdem sie ab Mai 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausging und befristete diese bis zum 30. November 2017, nachdem sie seit September 2017 eine Verbesserung der Arbeitsunfähigkeit auf 30 % annahm (Dok. 186 und 189)

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin war unbestrittenermassen ab dem 1. Dezember 2014 zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (vgl. Dok. 61 und 71). Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (E. 4.2) lief damit am 30. November 2015 ab. Wie bereits dargelegt (E. 4.4), entsteht der Rentenanspruch gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Vorliegend ging die 2. Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Bezug von IV-Leistungen am 2. Februar 2015 bei der IV-Stelle ein (Dok. 56). Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin konnte somit frühestens am 2. August 2015 entstehen vgl. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.3.2). Dass der Rentenbeginn von der Vorinstanz auf den 1. Dezember 2015 festgesetzt wurde, ist korrekt. Die für den Sachverhalt massgebenden Vergleichszeitpunkte sind somit der 1. Dezember 2015 (Rentenbeginn) sowie der 30. November 2017 (Rentenaufhebung).

E. 6.1

Die Vorinstanz nahm zur Prüfung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers vor der Begutachtung durch das G. _____ (hierzu vgl. hinten E. 6.2) namentlich folgende Unterlagen zu den Akten:

E. 6.1.1

Zur Skoliose und dem lumbovertebralen Schmerzsyndrom liegen folgende medizinische Berichte vor: - Bericht von Dr. med. J. _____, vis. von Dr. med. K. _____, Oberarzt der Orthopädischen Klinik L. _____ vom 26. Oktober 1981 (Dok. 30 S. 1 f.) mit der Diagnose

einer relativ ausgeprägten lumbale Skoliose, die in Anbetracht des Entwicklungsalters der Versicherten (15 Jahre) mit dem Wachstum noch zunehmen werde. - Bericht von Dr. med. M._____, Facharzt für Radiologie, vom 27. Februar 2008 (Dok. 19 S. 7) mit dem Befund einer deutliche, linkskonvexe Drehskoliose mit Scheitel zwischen BWK12 und LWK4 und eine mässige Degeneration der Intervertebralgelenke von LWK3 bis S1 mit Schwerpunkt LWK4 bis S1. - Bericht von Dr. med. N._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation des Medizinischen Zentrums O._____ vom 18. März 2009 (Dok. 19 S. 8 f.) mit der Diagnose chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bds. mit/bei: Fehlhaltung mit linkskonveker Torsionskoliose seit Kindheit, konsekutiv Beckenschiefstand links, Stand nach Korsettbehandlung im Alter von 14 - 19 Jahren, aktuell leichte Osteochondrose BWK 12 bis LWK 4 und Spondylarthrose LWK 3 - S 1. - Berichte von weiteren radiologischen Untersuchungen vom 2. und 14. Juli 2009 (Dok. 19 S. 10 f.). - Bericht von Dr. med. P._____, Leitender Arzt Rheumatologie des Rehabilitationszentrums der Klinik Q._____, vom 28. April 2011 (Dok. 19 S. 12 ff.) mit dem Befund muskulärer belastungsabhängiger Reaktionen der stabilisierenden Rückenmuskulatur, aktuell im thorakolumbalen Bereich aufgrund muskulärer Dysbalance, einer Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule sowie, allerdings etwas geringer zu gewichten, degenerativen Veränderungen der unteren LWS, aus prognostischen Gründen sei kein körperlicher Grund vorhanden, warum die Versicherte nicht in ihrer Tätigkeit als Operationsschwester weiterarbeiten könne. Ihre Idee, sich später mehr auf Bürotätigkeiten (z.B. Kodierung) zu konzentrieren sei eine gute Entlastungsmöglichkeit. - Bericht von Dr. med. R._____, Oberärztin für Rheumatologie, und Dr. med. S._____, Abteilungsärztin des Rehasentrums Q._____, vom 9. März 2012 (Dok. 18 S. 2 ff.) mit der Diagnose nach dem stationären Aufenthalt der Versicherten vom 20. Februar bis 10. März 2012, 1. Thorako/Lumbovertebrales Syndrom: aktuell muskuläre Dysbalancen, Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule, Rx BWS vom 14.07.2009: s-förmige thorakolumbale Skoliose, LWS vom 09.07.2010: linkskonvexe thorakolumbale Skoliose, geringe degenerative Veränderungen der unteren LWS, 2. Psychologische Einflussfaktoren, die den Verlauf bzw. die Behandlung der unter 1. Genannten Störungen beeinflussen, 3. Asymptomatisches Vorhofseptumaneurysma ED 2011. Für die Dauer des Aufenthaltes bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Anschliessend sei der Versicherten ihre bisherige Tätigkeit von 80 % als Operationsschwester wieder gut zumutbar. - Bericht von Dr. med. T._____, Facharzt für Radiologie, vom 19. März 2013 (Dok. 10 S. 2). - Stellungnahme des Vertrauensarztes der D._____ vom 6. August 2013 (Dok. 24 S. 8) mit der Beurteilung, aus somatischer Sicht läge nichts vor, was eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde. - Bericht von PD Dr. med. U._____, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie der Klinik L._____ diagnostizierte vom 19. November 2013 (Dok. 30 S. 4 f.) mit der Diagnose chronische, unspezifische Rückenschmerzen, altersentsprechende, degenerative Veränderungen der HWS und LWS, vorbestehende, idiopathische Skoliose lumbal linkskonvex von 27 Grad. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit sei nicht gerechtfertigt.

E. 6.1.2

Über das psychische Leiden liegen folgende Berichte vor: - Bericht von Dr. med. V._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. P._____, Leitender Arzt Rheumatologie des Rehabilitationszentrums der Klinik Q._____, vom 13. Mai 2011 (Dok. 19 S. 18 ff.): 1. Lumbovertebrales Syndrom: muskuläre Dysbalance, Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule, degenerative Veränderungen der unteren LWS (ICD-10 M54.5), 2. Psychologische Einflussfaktoren, die den Verlauf bzw. die Behandlung

der unter 1. genannten Störungen beeinflussen (ICD-10 F54), die objektiven muskuloskeletalen Befunde lägen durchaus noch im Rahmen dessen, was durch adäquate Behandlungsmassnahmen so weit kompensiert werden könne, dass medizinisch-theoretisch auch die Tätigkeit als Instrumentierschwester/OP-Schwester (im vorgesehenen Pensum von 80%) möglich sei. - Bericht von Dr. med. W. _____, Fachärztin für Psychotherapie und Psychiatrie, der Klinik X. _____ (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 29. Oktober 2013, act. 36) über die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vom 22. August bis zum 23. September 2011 mit den Diagnosen mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD10 F32.11) mit chronischen Kopf- und Rückenschmerzen bei bekanntem lumbovertebralem Syndrom mit muskulärer Dysbalance, Fehlhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule und degenerativen Veränderungen der unteren LWS (ICD10 M54.5) im Sinne einer dysfunktionalen Krankheitsbewältigung (ICD10 F54). Es wurde der Versicherten ein Einstieg in reduziertem Pensum und sukzessivem Aufbau der Belastung empfohlen. - Bericht von Y. _____, dipl. Psychologin der Klinik vom 15. November 2011 (Dok. 19 S. 21 f.) mit der Diagnose mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit chronischen Kopf- und Rückenbeschwerden im Rahmen dysfunktionalen Krankheitsbewältigung (ICD-10 F54). Die Versicherte sei aktuell zu 50 % arbeitsfähig. Es sei eine schrittweise erfolgende Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen. - Bericht von Dr. med. V. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Juli 2013 (Dok. 10 S. 6 f.) mit den Diagnosen Dysthymia (F34.1) mit wiederholten depressiven Episoden (F33), psychologische- und Verhaltensfaktoren (F54) bei lumbovertebralem Syndrom. Die voraussichtliche Dauer der weiteren Arbeitsunfähigkeit würde mehrere Monate betragen. - Bericht von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. September 2013 (Dok. 10 S. 10 ff.) mit den Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), schliesse nicht aus, dass eine Dysthymia (F34.1) vorliege. Für rezidivierende Depressionen habe er jedoch keinen Anhalt. Struktureller Hintergrund der Schmerzstörung seien möglicherweise akzentuierte Persönlichkeitszüge, hierbei vor allem narzisstische Charaktermerkmale. Die Versicherte sei im gegenwärtigen Zeitpunkt wieder voll arbeitsfähig. Er schlage vor, die Arbeitsfähigkeit stufenweise zu steigern, so dass ab Februar 2014 wieder vollständige Arbeitsfähigkeit (100%) vorliege. - Bericht von Dr. med. V. _____ vom 5. Mai 2015 (Dok. 61) mit dem Hinweis, es sei zu erneuten Exazerbation einer ausgeprägten depressiven Episode mit suizidaler Krise gekommen. Es sei eine mehrwöchige (Februar bis April) stationäre psychiatrisch-psychotherapeutisch Behandlung in der Klinik Z. _____ in (...) erfolgt. Inzwischen arbeite sie seit zwei Wochen zu 30%. Es sei in ein bis zwei Wochen eine Erhöhung des Pensums um weitere 10 % geplant. - Austrittsbericht von Dr. med. Aa. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. Bb. _____, leitende Psychologin, und lic. phil Cc. _____ der Klinik Z. _____ vom 11. Mai 2015 (Dok. 71) betreffend die Hospitalisation der Versicherten vom 16. Februar bis 22. April 2015 mit den Diagnosen F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es werde eine weitere ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und die regelmässige Einnahme der Medikation empfohlen. - Austrittsbericht von Dr. med. Aa. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. Bb. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie, sowie lic. phil Cc. _____, Psychologe, der Klinik Z. _____ vom 1. Dezember 2016 werden (Beilage 15 zu BVGer-act. 1) über die zweite Hospitalisation der Versicherten vom 26. September bis 1. Dezember 2016 mit

den Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Es werde eine weitere ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Die antidepressive medikamentöse Therapie werde als Erhaltungstherapie in unveränderter Dosierung fortgesetzt.

E. 6.1.3

Vom Hausarzt Dr. med. Dd._____ liegen folgende Berichte vor: - Bericht vom 3. Mai 2013 an den damaligen Arbeitgeber (Dok. 10 S. 3), dass er zusammen mit Dr. med. V._____, dem behandelnden Psychiater, es als sinnvoll erachte, das Arbeitspensum der Versicherten für einen Zeitraum von fünf Monaten von 80 auf 50 % zu reduzieren. Es werde vorgeschlagen, ein Case Management zu installieren. - Bericht vom 13. Mai 2013 (Dok. 10 S. 4 f.) mit den Diagnosen vertebrales Schmerzsyndrom bei S-förmiger thorako-lumbaler Skoliose und multisegmentalen Osteochondrosen sowie eine depressive Reaktion. - Bericht vom 4. September 2013 (Dok. 10 S. 8 f.) an den ehemaligen Arbeitgeber, dass das jetzige Pensum bis Ende Dezember bei 50 % belassen werden sollte, da eine Steigerung noch nicht realistisch sei. - Bericht vom 4. November 2013 (Dok. 10 S. 2 ff.) die Arbeitsunfähigkeit für den Beruf als Kodiererin betrage zur Zeit 40 %, bei einem von der Versicherten gewählten Arbeitspensum von 80 %. Es erscheine möglich, dass sie dieses Pensum wieder voll erreichen könne.

E. 6.1.4

Von Dr. med. F._____ des RAD liegen folgende Stellungnahmen vor: - Stellungnahme vom 24. Januar 2014 (Dok. 51 S. 5f.) mit der Angabe die empfundenen lumboschialgiformen Schmerzen seien deutlich höher als rein organmedizinisch begründet. Es sei davon auszugehen, dass eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit nicht vorliege, allerdings sei mit dem MRI-Befund von März 2013 für mehrere Monate eine verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule gut nachvollziehbar. - Stellungnahme vom 17. Februar 2014 (Dok. 51 S. 6) - Stellungnahme vom 23. Juni 2015 (Dok. 190 S. 5 f.): es liege im Vergleich zum Status beim letzten Fallabschluss formell eine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes vor. - Stellungnahme vom 27. November 2015 (Dok. 190 S. 6 f.): dass die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen ihr Arbeitspensum auf 60 % reduziert habe, sei versicherungsmedizinisch nicht unbedingt anzuerkennen. - Abschlussbericht vom 4. Mai 2016 (Dok. 190 S. 18 ff.): die Reduktion des beruflichen Pensums von ursprünglich 100 % auf zunächst 80 % und ab Dezember 2015 auf 60 % sei rein versicherungsmedizinisch nur in geringem Umfang, wenn überhaupt, anerkennenswert. Diese Reduktion sei mehrheitlich der freien Lebensgestaltung geschuldet.

E. 6.2

Dem Gutachten der G._____ vom 24. Mai 2017 (Dok. 155) können folgende Teilgutachten entnommen werden:

E. 6.2.1

Dr. med. Ee._____, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte ein Vorhof-Septumaneurysma, eine Polyallergie mit Rhinitis und Konjunktivitis, Colonpolypen, wiederholt reseziert und Varikosis links-betont, leichten Grades. Er hielt fest, aufgrund dieser Diagnosen bestünden keinerlei Gründe einer Arbeitsunfähigkeit (Dok. 155 S. 17 ff.).

E. 6.2.2

Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes (Dok. 155 S. 20 ff und 39 f.): - Chronisches vertebrogenes Schmerzsyndrom mit multisegmentalen belastungsabhängig aktivierten Facettenarthrosen, Ligamentosen und Tendomyosen bei dekompensierender Fehlstatistik - Skoliose mit Winkel nach Cobb thoracal 22°, rechtskonvex und 30° lumbal linkskonvex (Rx 19.11.2013) - Skoliose lumbal Cobb 40°, Facettenarthrosen lumbosacral (Rx 1.3.2017) - radiologisch fortgeschrittene Osteochondrose C5/6 und Facettenarthrose C6/Th1 (Rx 1.3.2017) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er: - Intermittierende unspezifische Gonalgie links ohne Funktionsstörung bei - Status nach Distorsionstrauma am 9.10.2016 - Grad II-Läsion des medialen Kollateralbandes, Chondropathie Grad II femoropatellär und in medialen femorotibialen Kompartiment (MRI linkes Knie 12.12.2016, Bad Ragaz) - Status nach Distorsionstrauma des rechten Kniegelenkes 2009 mit geringer unspezifischer Restsymptomatik, ohne Funktionsstörungen - Status nach Schleudertrauma der Halswirbelsäule 2010, folgenlos ausgeheilt. Er führte aus, es handle sich im Wirbelsäulenbereich um eine dekompensierende, thoracolumbale idiopathische Skoliose. Als schmerz erzeugend seien unter dynamischer und statischer Belastung die Wirbelgelenke im Cervicalbereich sowie vor allem lumbosacral zu identifizieren. Eine Progredienz dieser skoliotischen Verformung sei messbar. Die von der Versicherten genannten Wirbelsäulen-Symptome seien nachvollziehbar. Die statische und dynamische Belastbarkeit der Wirbelsäule sei in wesentlichem Grade eingeschränkt. Ihre früheren Tätigkeiten als Operationsschwester oder in der Krankenpflege könne sie nicht mehr durchführen. Die Beurteilung von PD Dr. U. _____ vom 19. November 2013 könne in keiner Weise nachvollzogen werden. Die vorliegende Skoliose disponiere zu einem Ermüdungsschmerz unter statischer Belastung z.B. als Operationsschwester. Es entstünden im Laufe der statischen Belastungen Facettenimitationen, Tendomyosen und Insertionstendinosen. Die mit Austrittsbericht der Klinik Q. _____ nach der Hospitalisation vom 20. Februar bis 10. März 2012 zuerkannte Arbeitsfähigkeit von 80 % erachte er als zu hoch eingeschätzt. Dies treffe auch für die Einschätzung vom 28. April 2011 der Schmerzsprechstunde der Klinik Q. _____ zu, wonach ein körperlicher Grund, weshalb die Versicherte ihre Tätigkeit als Operationsschwester nicht weiter ausüben solle, nicht bestehe. In diesen Berichten werde die schmerz erzeugende Bedeutung der dekompensierenden thoracolumbalen Skoliose erheblich unterschätzt. Die Winkelzunahme nach Cobb von 10° innerhalb von drei Jahren sei als erheblich einzustufen. Dies entspreche einer Winkelzunahme von mehr als 3° im Jahr. Als Faustregel werde statistisch durchschnittlich eine Progredienz im Erwachsenenalter von insgesamt ca. 1° im Jahr angenommen. Durch eine fachkundige Physiotherapie in einem Skoliose-Zentrum wäre mit einer Besserung der Beschwerden zu rechnen, jedoch nicht mit einer Steigerung der beruflichen Belastbarkeit. Aus orthopädischer Sicht sei die Tätigkeit als Codiererin zu 70 % möglich. Limitierend seien hierbei die Zwangshaltungen bei der PC-Arbeit und der erhöhte Pausenbedarf.

E. 6.2.3

Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie, stellte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen (Dok. 155 S. 29 ff. und 39) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, und Persönlichkeit mit akzentuierten Zügen (Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung

[depressiv/melancholisch, dependent]). Aus psychiatrischer Sicht stehe das depressive Leiden gegenüber der Schmerzerkrankung im Vordergrund. Das Schmerzerleben werde im Gegensatz zu Vorberichten heute mehr im Sinne des Organisch-Degenerativen denn im Sinne der psychogenen Überlagerung erklärt. Der Versicherten solle die Möglichkeit gegeben werden, mit einem langsam steigenden Pensum wieder in ihre Erwerbstätigkeit einzusteigen. Aktuell erachte er sie als ca. 40 % belastbar. Eine Steigerung sei erst nach Abklingen der aktuell mittelgradigen bis schweren depressiven Episode möglich. Längerfristig werde sie wieder eine hohe Arbeitsfähigkeit erreichen können.

E. 6.2.4

Polydisziplinärer wurde festgehalten (Dok. 155 S. 43) die Tätigkeit als Codiererin sei als optimal adaptiert zu betrachten. In anderen Tätigkeiten wäre keine Steigerung der Arbeitszeit oder - Leistung zu erwarten. Nach Abklingen der depressiven Episode könne die Arbeitsfähigkeit auf 70% gesteigert werden. Ihrer Meinung nach werde die schmerzzerzeugende Bedeutung der dekompensierenden thoracolumbalen Skoliose in vorangehenden Berichten erheblich unterschätzt. Die von der Versicherten geklagten Skoliose-Schmerzen seien unter Berücksichtigung des Verlaufs innerhalb der letzten Jahre als vollumfänglich nachvollziehbar zu betrachten. Entsprechend soll die früher gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren relativiert werden. Es sei von einer weiterhin raschen Progredienz der thoracolumbalen Skoliose auszugehen. Die Effekte der konservativen Therapie seien sehr begrenzt. Aus psychiatrischer Sicht sei bezüglich des affektiven Leidens die Prognose optimistisch zu stellen. Es empfehle sich im Rahmen der Therapie zur Rezidivprophylaxe ein Einbezug der unbewussten Konflikte. Die Reduktion des Arbeitspensums von 100 auf 80 und später auf 60% sei aus medizinischen Gründen erfolgt.

E. 6.3

Nach der Begutachtung befinden sich folgende medizinische Berichte und Stellungnahmen des RAD in den Akten:

E. 6.3.1

Dr. med. Ff._____, Facharzt für Rheumatologie, führte am 29. Mai 2017 aus (Dok. 161), in der aktuellen MRT der LWS zeige sich keine Kompression neuronaler Strukturen. Anamnetisch-klinisch seien die Beschwerden der Versicherten insofern eher lumbospondylogenen einzuordnen bei progredient degenerativen Veränderungen und vorbestehender ausgeprägter Wirbelsäulenfehlform mit entsprechenden muskulären Dysbalancen. Am 31. Mai 2017 werde eine Rx-gesteuerte Infiltration FG L3/4 und L4/5 rechts durchgeführt.

E. 6.3.2

In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2017 führte Dr. med. F.____ aus (Dok. 190 S. 8 und 13 ff.), das G.____-Gutachten sei mehrheitlich nachvollziehbar und angemessen. Dass akzentuierte Persönlichkeitszüge als relevant für die Arbeitsfähigkeit eingestuft worden sei, widerspreche der geltenden Rechtsprechung. Die psychiatrische Beurteilung einer gegenwärtig zumutbaren Arbeitsfähigkeit, das erwartete Abklingen der aktuellen depressiven Episode und die psychiatrische Prognose sei nachvollziehbar aus der Symptomatologie abgeleitet. Auf das G.____-Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. Somit ergebe sich zum Gutachtenszeitpunkt wie auch für die weitere Zukunft als optimaler leidensadaptierte Tätigkeit die gewesene Tätigkeit als medizinische

Codiererin oder eine Tätigkeit ähnlicher Ausgestaltung, nach Möglichkeit ohne Zwangshaltungen. Dadurch könne sogar, rein theoretisch, eine höhere Arbeitsfähigkeit als 70% erreicht werden. Prospektiv werde allerdings ein voranschreiten des orthopädischen Krankheitsgeschehens zu erwarten sein. Vom psychiatrischen her sei zum Zeitpunkt der Begutachtung eine 40%-ige Arbeitsfähigkeit adaptiert anerkannt worden, mit erwarteter weiterer Steigerung nach Abklingen der Depressivität bei vorhandener leidensadäquater Behandlung.

E. 6.3.3

Dem Abschlussbericht von Dr. med. Gg._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Mag. rer. nat. Hh._____, Psychologin des Psychiatrie-Zentrums Ii._____ vom 31. Mai 2017 betreffend die teilstationäre Behandlung vom 12. Januar bis 1. Mai 2017 können folgend Diagnosen entnommen werden (Dok. 160): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73). Es wurde ausgeführt, dass sich die depressive Symptomatik mit Dauer des Aufenthaltes zunehmend verringert habe. Die Versicherte habe sich erfolgreich um eine Stelle als Kodiererin beworben, welche sie im Juni antreten werde.

E. 6.3.4

Am 1. Juni 2017 hielt Dr. med. F._____ des RAD fest (Dok. 190 S. 8), eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2017 sei realistisch. Bei Weiterführung einer adäquaten, psychiatrischen Behandlung wäre prospektiv eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit als medizinische Codiererin wieder erreichbar. Es werde empfohlen in zwei Monaten ein Verlaufsbericht beim psychiatrischen Behandler einzuholen.

E. 6.3.5

Jj._____, lic. phil. Psychologin, visiert von Dr. med. Kk._____ des Psychiatrie-Zentrums Ii._____, diagnostizierten am 28. Dezember 2017 (Dok. 171) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (F33) seit einigen Jahren, eine Dysthymia (F34.1), bestehend seit ihrer Jugend, eine akzentuierende Persönlichkeit mit narzisstischen, depressiven und ängstlich-vermeidenden Zügen (Z73.1) seit der Adolozenz, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) seit ca. 12 Jahren und ein panvertebral-Syndrom (M54.8) seit ihrer Kindheit. Es wurde ausgeführt, aufgrund der seit Jahren bestehenden komplexen Störung und ihrer Beobachtungen und Befunde werde von einem aktuell erreichten psychischen Gleichgewicht ausgegangen, welches nach wie vor fragil sei. Die aktuell bestehende Arbeitsfähigkeit von einem 50%-Pensum in einer optimal angepassten Arbeit, mit genügend Raum für Erholung, therapeutischer Behandlungen und Selbstfürsorge sei nicht zu erhöhen, ohne dieses Gleichgewicht und damit den Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu gefährden. Am 3. Januar 2018 wurde die Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % bestätigt.

E. 6.3.6

Mit erneuter Abschlussbeurteilung vom 6. März 2018 führte Dr. med. F._____ des RAD aus (Dok. 190 S. 18 ff.), im polydisziplinären Gutachten sei die Limitierung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht bei 70% taxiert und eine schrittweise Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht prognostiziert worden. Dies habe nicht aus der realen Tätigkeit abgeleitet werden können, da die Versicherte nur eine

50%-Stelle habe. Der Behandlungsbericht des Psychiatrie-Zentrums II. _____ vom 3. Januar 2018 sei nur teilweise eine Hilfe. Die Behandler hätten eine plötzliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 50% exakt zum Zeitpunkt des Stellenantritts attestiert und dann keine weitere mögliche Steigerung mehr. Dabei habe die Versicherte bereits in der Probezeit vor dem 1. Juni 2017 50% gearbeitet. Zudem seien fachfremde somatische Aspekte mitberücksichtigt worden, weshalb nicht bekannt sei, in welchem Umfang eine Minderung der Arbeitsfähigkeit psychiatrisch begründet sei. Zudem seien als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowohl eine Dysthymia und akzentuierte Persönlichkeitszüge aufgeführt und mitberücksichtigt worden. Diese Diagnosen seien nach geltender Rechtsprechung nicht "IV-relevant". Bei der Diagnose rezidivierende depressive Störung hätten die Behandler die Ausprägung der Störung nicht genannt. Am ehesten dürfte sich die rezidivierende passive Störung inzwischen weitestgehend zurückgebildet haben. Alles andere wäre doch in einem "rentenbefürwortenden" Bericht aufgeführt worden. Es verwundere auch nicht, dass die Behandler bei der Versicherten mit derart intensivem Leidensbeklagen in eine schützende Position kämen und eine Arbeitsunfähigkeit unterhalb der von den Gutachtern eingeschätzten zumutbaren Arbeitsfähigkeit attestierten. Ab wann die Versicherte eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit erreicht habe, sei bei dieser Datenlage schwer einzuschätzen. Gutachterlich wäre eine Arbeitsfähigkeit von 40% ab Februar 2017, von real 50% spätestens ab Mai 2017, aus psychiatrischer Sicht von 60% ab Juli 2017 sowie 70% ab September 2017 einzuschätzen. Im G. _____-Gutachten sei die Reduktion der Stellenprozentage von 100 % auf 80 % und dann auf 60 % krankheitsbedingt beurteilt worden. Allerdings unterschreite die Reduktion auf 60 % die grundsätzlich zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 % und sei deswegen nicht anzuerkennen.

E. 6.3.7

Am 7. März 2018 bezog sich Dr. med. F. _____ des RAD auf seine Stellungnahme vom 4. Mai 2016 worin er angab, die Reduktion auf 60 Stellenprozent sei als freie Lebensentscheidung zu beurteilen. Er führte weiter aus, vorübergehend habe eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Depressivität und psychischen Verletzlichkeit bestanden. Inzwischen greife die orthopädisch attestierte Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule, die eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Operationsschwester aber auch als Krankenpflegekraft begründe und in der leidensangepassten Tätigkeit als medizinische Kodiererin wegen Zwangshaltungen bei der PC-Tätigkeit und handkehrum erhöhtem Pausenbedarf eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 30% begründe. Eine entsprechende Minderung der Arbeitstätigkeit sei auch in einer möglichst "optimal leidensadaptierten Tätigkeit" nahezu ähnlich hoch zu taxieren.

E. 6.3.8

Dr. med. V. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nahm am 4. Mai 2018 auf Nachsuchen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wie folgt Stellung zur RAD-Abschlussbeurteilung (Dok. 183 S. 6 ff.): Aus psychiatrischer Sicht bestünden neben der rezidivierenden depressiven Störung weitere psychische Einflussfaktoren (namentlich die komplexe Persönlichkeit) auf das Gesamtkrankheitsbild. Diese seien überdauernd auch zwischen den einzelnen depressiven Episoden relevant. Dies sei im Gutachten (G. _____ 02/2017) eindrücklich beschrieben, jedoch hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend diskutiert und von Dr. med. F. _____ zwar angedeutet, aber pauschal als "IV-irrelevant" ausser Acht gelassen. Völlig haltlos sei die Behauptung,

die Reduktion des Arbeitspensums auf 60 % ab Dezember 2015 sei mehrheitlich der freien Lebensgestaltung geschuldet gewesen. Seit dem 1. Juni 2017 arbeite die Versicherte 50% und befinde sich permanent an den Grenzen ihrer Belastbarkeit. Verschiedene Aspekte der auffallenden Verarbeitungs- und Verhaltensmuster sowie "auch erhebliche akzentuierte Persönlichkeitszüge, in ihrem Ausmass differentialdiagnostisch auch einer Persönlichkeitsstörung entsprechend" seien im G. _____-Gutachten treffend beschrieben, aber im Gesamtkontext der vorliegenden komplexen Psychosomatischen Erkrankung sowie auch hinsichtlich deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend diskutiert worden. Seiner Einschätzung nach sei die Versicherte maximal zu 50 % arbeitsfähig. 7.7.1 Die Vorinstanz geht für die Zeit ab Dezember 2015 von einer 40 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus (Dok. 186), welche sich per September 2016 verschlechtert habe, so dass eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Anschliessend habe sich der Gesundheitszustand ab Februar 2017 auf eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %, ab Mai 2017 auf eine solche von 50 % und ab Juli 2017 auf eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % verbessert. Im September 2017 sei die die letzte Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und es bestehe nunmehr eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Als Kodiererin sei die Beschwerdeführerin noch zu 70 % arbeitsfähig. 7.2 Sie stütze sich im Rahmen des Erlasses der Verfügungen vom 8. August 2018 u.a. auf das polydisziplinäre Gutachten der G. _____ vom 24. Mai 2017 und die Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. med. F. _____ ab. Zu prüfen ist nachfolgend, ob sie zu Recht darauf abstellen konnte. 7.3 Die polydisziplinäre Expertise der G. _____ erfüllt die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien (vgl. E. 4.4.1 f.). Sie beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, eingehender internistischer, orthopädischer und psychiatrischer Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden, dem Verhalten der Beschwerdeführerin und auch den vorangehenden ärztlichen Beurteilungen eingehend auseinander. 7.3.1 Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, (Dok. 155 S. 20 ff., 39 f. und 43) diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der seit Geburt bestehenden Skoliose ein chronisches vertebrogenes Schmerzsyndrom mit multisegmentalen belastungsabhängig aktivierten Facettenarthrosen, Ligamentosen und Tendomyosen bei dekompensierender Fehlstatistik. Diese Beurteilung ist aufgrund der anamnetischen Angaben und erhobenen Befunde nachvollziehbar. So hat er ein Belastungsprofil definiert, indem er angab, die statische und dynamische Belastbarkeit der Wirbelsäule sei in wesentlichem Grade eingeschränkt. Die Versicherte könne keine Tätigkeiten mit stereotyper Belastung durchführen. Sie sei auf häufigen Positionswechsel angewiesen. Die regelmässige körperliche Belastbarkeit sei auf maximal 10 Kg beschränkt. Tätigkeiten mit häufigem Bücken seien zu vermeiden. Die früheren Tätigkeiten als Operationsschwester oder in der Krankenpflege könnten nicht mehr durchgeführt werden. Er hat auch eine fachgerechte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgenommen (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). So gab er an, die Funktion der Wirbelsäule sei im Hals- und Lendenwirbelbereich leicht eingeschränkt und im Brustwirbelbereich stark vermindert bei aufgehobener Kyphosierung. Als schmerzzerzeugend seien unter dynamischer und statischer Belastung die Wirbelgelenke im Cervicalbereich sowie vor allem lumbal zu identifizieren. Eine Progredienz dieser skoliotischen Verformung sei messbar und die von der Versicherten genannten Symptome nachvollziehbar. Die Einschätzung des Gesundheitszustandes und die aus orthopädischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden umfassend dargelegt und erläutert. Insgesamt erfüllt das orthopädische Teilgutachten die vom Bundesgericht

festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise. 7.3.2 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie, hat in Übereinstimmung mit vorbehandelnden Psychiatern (vgl. E. 6.1.3) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode und ergänzend eine Persönlichkeit mit akzentuierten Zügen (Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung [depressiv/melancholisch, dependent]) diagnostiziert, was aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde ohne Weiteres nachvollziehbar ist. Der Gutachter hat unter Bezugnahme auf die klassifikatorischen Kriterien gemäss ICD-10 sodann detailliert und überzeugend dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach die depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin aktuell den Grad einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode erfüllt. Weiter hat Dr. med. I. _____ akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert und hat aufgezeigt, dass diese in ihrem Ausmass differentialdiagnostisch auch einer Persönlichkeitsstörung entsprechen (act. 155 S. 35 f.). Die Einschätzung des Gesundheitszustandes und die aus psychiatrischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden umfassend dargelegt und erläutert (vgl. auch nachfolgend E. 7.3). Insgesamt erfüllt auch das psychiatrische Teilgutachten die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise. 7.3 Angesichts der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.1/F33.2), hat grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Der psychiatrische Gutachter hat sich entsprechend dem Fragekatalog der kantonalen IV-Stelle an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert, weshalb seine diesbezüglichen Feststellungen im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung eine genügende Grundlage bilden, um im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren zu prüfen, ob die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt. 7.4 Hinsichtlich des in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» zu prüfenden Komplexes «Gesundheitsschädigung» ergibt eine Analyse des Gutachtens von Dr. med. I. _____ folgendes Bild: 7.4.1 Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» ist festzuhalten, dass der Gutachter die depressive Störung als mittelgradig bis schwer eingestuft hat, was sich mit den im objektiven Psychostatus beschriebenen Befunden in Einklang bringen lässt. So nannte der Gutachter insbesondere im Affektiven depressive Stimmungslage, verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, kaum Durchsetzungsfähigkeit, rigide, strenge Persönlichkeitszüge mit erheblicher Selbstwertproblematik, Schuld- und Schamgefühle und deutliche Selbstentwertungstendenzen. Weiter beschrieb er auf der Ebene der Persönlichkeit hilfsbereite, strenge, anankastische Persönlichkeitszüge und deutliche negative Kognitionen. Ferner gab er an, die Versicherte sei wenig abgegrenzt, teilweise dependent wirkend, anamnestisch bestehe ein erheblich dysfunktionaler Umgang mit den somatischen Beschwerden. Im Beck-Depressionsinventar werde ein Score von 30, entsprechend einer schweren Depression, erreicht. In einem weiteren Schritt hat der Gutachter die daraus resultierenden Funktionsstörungen beurteilt. Diese Analyse ergab, dass die Beschwerdeführerin insbesondere in ihrer Durchsetzungsfähigkeit, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und in ihrer Flexibilität und Umstellfähigkeit eingeschränkt sei, wobei die Einschränkung der Durchhaltefähigkeit sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit am ehesten und meisten auswirke. Damit verbunden sei auch eine verminderte Selbstbehauptungsfähigkeit und eine verminderte Konfliktfähigkeit gegenüber Dritten. 7.4.2 In Zusammenhang mit dem Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» ist

festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit 2011 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht. Überdies war sie drei Mal in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (22. August bis 23. September 2011, 16. Februar bis 22. April 2015 und 26. September bis 1. Dezember 2016). Der Gutachter hielt fest, dass das depressive Leiden der Versicherten behandelt werden müsse. Bei offensichtlich vorhandener, erheblicher Konflikthaftigkeit der Versicherten (depressiver Grundkonflikt, Autonomieproblematik) empfehle sich eine intensive Psychotherapie, welche diese Konflikthaftigkeit miteinbeziehe. Die Psychopharmaka-Therapie empfehle er wie bereits etabliert. Der Gutachter ist der Ansicht, dass nach Abklingen der mittelgradigen bis schweren depressiven Episode eine Steigerung der Belastbarkeit möglich und längerfristig eine hohe Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Die Versicherte arbeitet seit dem 1. Juni 2017 zu 50 % als Kodiererin. Demzufolge ist nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen.

7.4.3 Zum Indikator «Komorbiditäten» ist dem Gutachten zu entnehmen, dass individuelle Belastungsfaktoren im Sinne der Skoliose und dem daraus resultierenden Schmerzerleben und den auch notwendigen praktischen Behandlungen bestünden.

7.4.4 Im Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) sind die vom Gutachter diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) zu berücksichtigen, da sie den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen beeinflussen können (Urteile des BGer 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.; 9C_345/2017 vom 30. August 2017 E. 3.3.3). Hierzu lässt sich dem Gutachten eine zuverlässige Aussage entnehmen, zumal sich der Gutachter ausführlich mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat. Er gab an, dass die Versicherte eine schwierige Jugend erlebt habe, da sie wegen ihrer Skoliose ein Korsett habe tragen müssen und dies als traumatisch erlebt habe. Daneben sei sie in schwierigen emotionalen Verhältnissen aufgewachsen. Insgesamt erscheine sie effektiv wenig abgegrenzt. Auf dem Boden melancholischer und anankastischer Persönlichkeitszüge sei es offensichtlich zu Überforderungen im beruflichen Umfeld gekommen. Die Versicherte habe ausserhalb ihres familiären Rahmens (Zwillingsschwester) keine private Beziehung gepflegt. Sie habe sich in den Dienst ihrer Familie gestellt und dabei eigene Bedürfnisse vernachlässigt. In diesem Rahmen sei die Dekompensation im Sinne des Depressiven bei der Versicherten zu verstehen. Diese sei unter psychodynamischen Gesichtspunkten ohne weiteres nachvollziehbar. Der Gutachter eruierte zudem differenzialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung. Er zeigte somit nachvollziehbar auf, dass die innerpsychische Struktur der Beschwerdeführerin die depressive Entwicklung begünstigt (vgl. Urteil des BGer 9C_671/2018 vom 12. September 2019 E. 2.5). Der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ist daher ressourcenhemmende Wirkung zuzusprechen. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge der Versicherten wurden somit - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - vom Gutachter hinreichend diskutiert.

7.4.5 Mit Blick auf den Komplex «sozialer Kontext» der Kategorie «funktio-neller Schweregrad» ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin alleine in einer 3 1/2 -Zimmer-Eigentumswohnung lebt. Seit eineinhalb Jahren habe sie zusammen mit ihrer Zwillingsschwester, welcher sie sehr nahestehe, ein Pferd. Sie sei daran, wieder einen Kollegenkreis aufzubauen, habe aber zwei gute Freundinnen, einen Freund sowie einige Bekannte. Aus diesem Umfeld verfügt die Beschwerdeführerin trotz gewisser Rückzugstendenzen über mobilisierbare Ressourcen, die eine Teilerwerbstätigkeit unterstützen könnten.

7.4.6 Bezüglich der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens: «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren

Lebensbereichen» und «Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen») gab der Gutachter an, dass keine Hinweise auf Inkonsistenzen bestünden. 7.5 Die Gutachter kommen zum Schluss (Vgl. Dok. 155 S. 44), dass die früheren Tätigkeiten als Operationsschwester oder in der Krankenpflege nicht mehr durchgeführt werden können. Aus psychiatrischer Sicht solle der Versicherten die Möglichkeit gegeben werden, mit einem langsam steigenden Pensum wieder in ihrer Erwerbstätigkeit einzusteigen. Aktuell erachtet Dr. med. I. _____ die Versicherte als ca. 40 % belastbar. Eine Steigerung dieser Belastbarkeit sei erst nach Abklingen der aktuell mittelgradigen bis schweren depressiven Episode möglich. Längerfristig würde eine hohe Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden können. Aus orthopädischer Sicht sei die Tätigkeit als Kodiererin zu 70 % möglich. Limitierend sei hierbei die Zwangshaltung bei der PC-Arbeit und der erhöhte Pausenbedarf. Die Tätigkeit als Kodiererin sei als optimal adaptiert zu betrachten. In anderen Tätigkeiten wäre keine Steigerung der Arbeitszeit oder Arbeitsleistung zu erwarten. 7.6 Angesichts des mittleren bis schweren Grads des diagnostizierten Gesundheitsschadens mit Komorbiditäten, der festgestellten Konsistenz und der ressourcenhemmenden Persönlichkeitsstruktur sowie des gewissen sozialen Rückzugs, ist diese Einschätzung nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. 7.7 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Abstufung und Befristung der Rente hinreichend begründet wurde. 7.7.1 Nachdem sich die Versicherte vom 16. Februar bis zum 22. April 2015 aufgrund der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode in stationärer psychiatrischer Behandlung befand (Dok. 71), teilte der behandelnde Psychiater am 5. Mai 2015 mit, dass die Versicherte seit zwei Wochen zu 30 % arbeite und eine Erhöhung des Pensums um weitere 10 % geplant sei (Dok. 61). Gemäss dem Bericht der Eingliederungsberaterin der IV-Stelle vom 9. Juli 2015 konnte die Versicherte das Pensum am 18. Mai 2015 auf 40 % und am 8. Juni 2015 auf 50 % steigern (Dok. 70). Im Juli 2015 erreichte die Versicherte eine Steigerung des Arbeitspensums auf 60 % (vgl. Dok. 73 f., 78). Nach einer geplanten weiteren Steigerung ihres Arbeitspensums auf 80 % (Dok. 79) und einem kurzzeitigen Erreichen von einem Pensum von 70 % ab 1. Oktober 2015, reduzierte die Versicherte ihr Pensum auf 60 % und erhielt einen neuen Arbeitsvertrag (Dok. 95). Seit dem 1. Dezember 2015 arbeitete sie sodann in einem 60 % Pensum (Dok. 96). Die Aussage des RAD-Arztes in seiner Stellungnahme vom 7. März 2018, in welcher er sich auf seine Stellungnahme vom 4. Mai 2016 bezog, wonach seiner Einschätzung nach die Reduktion auf 60 Stellenprozent als freie Lebensentscheidung zu beurteilen sei, widerspricht den Angaben der Gutachter. Diese führten aus, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit der letzten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 2. Juni 2014 relevant verändert. Einerseits hätten die skoliotischen Veränderungen kontinuierlich zugenommen. Es bestehe heute ein Cobb-Winkel von 40°, 2013 sei dieser bei 30° gestanden. Darüber hinaus sei die Versicherte seither mehrfach psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Es hätten depressive Episoden einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradig bis schweren Grades diagnostiziert werden müssen. Im Rahmen der Konsenskonferenz seien sie sich einig gewesen, dass die Reduktion des Arbeitspensums von 100 % auf 80 % und später auf 60 % aus medizinischen Gründen erfolgt sei (vgl. Dok. 155 S. 47 f.). Diesbezüglich hielt auch der behandelnde Psychiater Dr. med. V. _____ am 4. Mai 2018 fest, die Versicherte sei damals aus gesundheitlichen Gründen erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen, so dass er selbst ein 60%-Pensum als grenzwertig erachtet habe. Die Beschwerdeführerin habe sich gefürchtet, bei einer erneuten Krankschreibung ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Die Viertelsrente ab 1. Dezember 2015 ist demzufolge nicht zu

beanstanden und ist überdies auch nicht strittig. 7.7.2 Die volle Arbeitsunfähigkeit ab September 2016 ist aufgrund der erneuten stationären psychiatrischer Behandlung der Versicherten vom 26. September bis zum 1. Dezember 2016 belegt (Beilage 15 zu BVGer-act. 1). Die ganze Rente ab 1. Dezember 2016 ist ebenfalls unstrittig und nicht zu beanstanden. 7.7.3 Am 12. Januar 2017 begann die Versicherte eine teilstationäre Behandlung im Psychiatrie-Zentrum Li._____, welche bis zum 1. Mai 2017 dauerte. Der RAD-Arzt schätzte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab Februar 2017 "gutachterlich" auf 40 %. Die Gutachter hingegen waren nach der stationären Untersuchung vom 27. Februar bis zum 2. März 2017 der Ansicht, dass der Versicherten aus psychiatrischer Sicht die Möglichkeit gegeben werden müsse, mit einem langsam steigenden Pensum wieder in ihre Erwerbstätigkeit einzusteigen. Die angegebene Belastbarkeit der Gutachter von aktuell ca. 40 % wäre somit in jenem Zeitpunkt die Höchstgrenze gewesen. Demzufolge ist die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 60 % seit Februar 2017 und die gesprochene Rentenreduktion auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2017 nicht nachvollziehbar begründet.

7.7.4 Dr. med. F._____ des RAD ist der Ansicht, dass die Versicherte aus psychiatrischer Sicht ab Mai 2017 zu 50 %, ab Juli 2017 zu 60% und ab September 2017 zu 70 % arbeitsfähig sei (vgl. E. 6.3.6). Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob ein Abklingen der rezidivierenden depressiven Störung (mittelgradige bis schwere Episode), wie von den Gutachtern prognostiziert, nachgewiesen ist.

7.7.4.1 Jj._____, lic. phil. Psychologin, visiert von Dr. med. Kk._____, des Psychiatrie-Zentrums Li._____, diagnostizierten am 28. Dezember 2017 (Dok. 171) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (F33), eine Dysthymia (F34.1), bestehend seit ihrer Jugend, eine akzentuierende Persönlichkeit mit narzisstischen, depressiven und ängstlich-vermeidenden Zügen (Z73.1) seit der Adoleszenz und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Wie der RAD-Arzt zu Recht festgestellt hat, haben die Behandler bei der Diagnose rezidivierende depressive Störung die Ausprägung der Störung nicht genannt. Sie haben lediglich den ICD-10 Code F33 angegeben (vgl. E. 6.3.6). Die Schlussfolgerung von Dr. med. F._____, dass sich diese rezidivierende depressive Störung inzwischen am ehesten weitestgehend zurückgebildet haben dürfte, da alles andere doch in einem "rentenbefürwortenden" Bericht aufgeführt worden wäre, widerspricht dem Inhalt dieses Berichtes. So wurde ausgeführt, dass die Versicherte auf Stressoren mit depressiven Denk- und Abwertungsmustern, die zu resignativen und suizidalen Gedanken und Impulsen führten, reagiere. Hohe Selbstansprüche, beziehungsweise Nichterfüllung derselben, würden jeweils ebenso zu Selbstabwertungen mit daraus folgenden depressiven Einbrüchen und Selbstwertkrisen, bis hin zu suizidalen Krisen, führen (vgl. Dok. 171 S. 3). Dies deutet eher auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Zeitpunkt der Begutachtung hin, da suizidale Gedanken damals kein Thema waren.

7.7.4.2 Der RAD-Arzt moniert des Weiteren, die Behandler hätten fachfremde somatische Aspekte mitberücksichtigt, weshalb nicht bekannt sei, in welchem Umfang eine Minderung der Arbeitsfähigkeit psychiatrisch begründet sei. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass im Bericht tatsächlich die somatische Diagnose Panvertebral-Syndrom (M54.8) aufgeführt ist. Die Behandler haben die Arbeitsfähigkeit von 50 % jedoch lediglich mit eigenen und nicht mit fachfremden Beobachtungen und Befunden begründet (vgl. Dok. 171 S. 3). Ferner brachte der RAD-Arzt vor, die Diagnosen Dysthymia und akzentuierte Persönlichkeitszüge seien nach geltender Rechtsprechung nicht "IV-relevant". Die Diagnose einer Dysthymie ist lediglich nicht invalidisierend, wenn sie nicht das Ausmass einer Depression annimmt, wie im

vorliegenden Fall (vgl. I 649/06 E. 3.3.1; 8C_327/2011 E. 3.1). Z-codierte Diagnosen, wie bspw. akzentuierte Persönlichkeitszüge, stellen zwar keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Urteil des BGer 9C_542/2019 E. 3.2 m. H.), können jedoch den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen - wie vorliegend - ebenfalls beeinflussen (vgl. E. 7.4.4).

7.7.4.3 Ferner steht die Aussage von Dr. med. F._____, dass es ihn nicht verwundere, dass die Behandler bei der Versicherten mit derart intensivem Leidensbeklagen in eine schützende Position kämen und eine Arbeitsunfähigkeit unterhalb der von den Gutachtern eingeschätzten zumutbaren Arbeitsfähigkeit attestierten, im Widerspruch zu den Angaben der Gutachter. So gaben diese übereinstimmend an, dass keinerlei Hinweise auf Inkonsistenzen bestehen würden. Der Allgemeinmediziner und Internist Dr. med. Ee._____ führte zusätzlich aus, die Versicherte sei stets bemüht gewesen, adäquat, klar und präzise Auskunft zu geben. Es bestünden keinerlei Hinweise auf Symptomverdeutlichung, Aggravation oder gar Simulation (Dok. 155 S. 19). Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädie, gab diesbezüglich an, die anamnetischen Angaben und klinischen sowie bildgebenden Befunde seien in sich konsistent (Dok. 155 S. 27). Auch der Psychiater Dr. med. I._____ stellte keine Hinweise auf Inkonsistenzen fest (Dok. 155 S. 37).

7.7.4.4 Der Beurteilung des RAD-Arztes, wonach die Versicherte ab Mai zu 50 %, ab Juli 2017 zu 60 % und ab September 2017 zu 70 % arbeitsfähig sein soll, kann somit nicht gefolgt werden. So gab selbst Dr. med. F._____ an, ab wann die Versicherte eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit erreicht habe, sei bei dieser Datenlage schwer einzuschätzen. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem Zeitpunkt der Begutachtung verbessert hat. Die behandelnden Psychiater gehen zwar von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung von 10 % aus, indem sie angeben, die Versicherte sei zu 50 % arbeitsfähig (vgl. E. 6.3.5 und 6.3.8). Aus den Berichten ist jedoch nicht ersichtlich, ob sich die rezidivierende depressive Störung (mittelgradig bis schwere Episode) seit dem Begutachtungszeitpunkt verbessert hat, da die Angabe der Ausprägung der Störung fehlt. Ferner ist aufgrund der erwähnten suizidalen Gedanken der Versicherten eher von einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes auszugehen.

7.7.4.5 Der Verlauf dieser Beschwerden vom Zeitpunkt der Begutachtung vom 24. Mai 2017 bis zur angefochtenen Verfügung vom 8. August 2018 sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist aus den Akten somit nicht ersichtlich. Ein lückenloser Befund, der eine vollständige Feststellung des medizinischen Sachverhalts ermöglichen würde, liegt damit nicht vor. In der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen von Dr. med. F._____, welcher die Beschwerdeführerin nicht selber untersucht hatte, bestehen somit Zweifel.

7.7.4.6 Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz für diesen Zeitraum nicht mit den RAD-Aktenberichten begnügen dürfen und ist ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen. Indem sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

E. 8.1

Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Verfügung einer Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2017 und die Verfügung einer halben Rente ab 1. August 2017 sowie deren Befristung bis zum 30. November 2017 zu Recht erfolgt ist. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden.

E. 8.2

Angezeigt ist für den Verlauf ab Mai 2017 eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 8.3

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVerfG C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1).

E. 8.3.1

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 8.3.2

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVerfG C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je m.H. auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Zudem hat die Begutachtung unter Beachtung der Verfahrensrechte der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9) und der gutachterlichen Pflichten (BGE 139 V 349 E. 3.3) zu erfolgen. 9. Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin zufolge ihres Gesundheitszustandes auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei

ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 m.H.). 10.Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz unterliess, eine umfassende medizinische Abklärung zu veranlassen. Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die beiden Verfügungen vom 8. August 2018, wonach der Beschwerdeführerin vom 1. Mai 2017 bis 31. Juli 2017 eine Dreiviertelsrente und ab 1. August 2017 bis 30. November 2017 eine halbe Rente zugesprochen wurde, aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass neuer Verfügungen zurückzuweisen ist. Mit der Aufhebung dieser Verfügungen und Rückweisung der Sache zu neuem Entscheid besteht die Gefahr der reformatio in peius. Der Beschwerdeführerin wurde daher mit Verfügung vom 18. August 2020 das rechtliche Gehör gewährt und Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde gegeben (BGE 137 V 314 E. 3.2.4). 11.Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der geleistete Vorschuss von Fr. 800.- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 11.2 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Der Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt. (Dispositiv nächste Seite)

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