

# **BVGer C-5137/2017 vom 7. Januar 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5137\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5137_2017)

FR: TAF C-5137/2017 du 7 janvier 2020

IT: TAF C-5137/2017 del 7 gennaio 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die fristgemäss (Art. 60 ATSG und Art. 22a Abs. 1 Bst. c VwVG) sowie formgerecht (Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten.

### **E. 2.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.2**

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

### **E. 2.3**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im

Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

### **E. 3.1**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 15. August 2017 in Kraft standen. Weiter sind aber auch Vorschriften zu beachten, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 15. August 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des BGer 9C\_534/2018 vom 15. Februar 2019 E. 2.1 m.H. auf BGE 121 V 362 E. 1b in fine). Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, sollen daher im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche 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, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **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 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**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 4.4**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt.

#### **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 (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

##### **E. 4.5.1**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

##### **E. 4.5.2**

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). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

#### **E. 4.5.3**

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, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

#### **E. 4.5.4**

Der Beweiswert von Berichten der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) nach Art. 49 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann allerdings nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m.H.)

#### **E. 4.5.5**

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

#### **E. 5**

Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Zunächst ist zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend

abgeklärt ist.

### **E. 5.1**

Nach Fällung des Rückweisungsurteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 28. September 2016 (IV-act. 182) wurden hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin namentlich die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen: Berichte, Kantonsspital E.\_\_\_\_\_, Frauenklinik, vom 18. Juli 2011 (IV-act. 207), 12. August 2011 (IV-act. 208); Bericht, Dr. F.\_\_\_\_\_, FA Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (...), vom 16. April 2013 (IV-act. 209); Bericht, Privatklinik G.\_\_\_\_\_, Abteilung für Radiologie, (...), vom 21. Mai 2013 (IV-act. 210); Bericht, Dr. H.\_\_\_\_\_, FMH Medizinische Onkologie und Innere Medizin, (...), vom 13. Juni 2013 (IV-act. 279); Ärztliche Stellungnahmen, Dr. I.\_\_\_\_\_, Unfall-/Chirurg, (...) (D), vom 23. September 2014 (IV-act. 212), Dr. J.\_\_\_\_\_, Sozialmedizin, vom 19. Mai 2015 (IV-act. 219); Atteste/Berichte/Verordnungen, Dr. K.\_\_\_\_\_, Prakt. Arzt, Ernährungsmediziner, (...) (D), vom 21. Oktober 2014 (IV-act. 213, 214), 14. April 2015 (IV-act. 216), 17. April 2015 (IV-act. 217); Berichte, Dr. L.\_\_\_\_\_, FÄ für Allgemeinmedizin, (...) (D), vom 22. September 2015 (IV-act. 223), 10. August 2016 (IV-act. 238); Berichte, Dr. M.\_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, (...) (D), vom 29. September 2014 (IV-act. 211), 15. November 2014 (IV-act. 215), 10. März 2016 (IV-act. 232), 7. April 2016 (IV-act. 233); Berichte, N.\_\_\_\_\_, FA für Neurologie, (...) (D), vom 21. September 2015 (IV-act. 277, 278, 222), 30. September 2015 (IV-act. 226); Berichte, Krankenhaus O.\_\_\_\_\_, Frauenklinik, (...) (D), vom 22. April 2016 (IV-act. 275), 9. Juni 2016 (IV-act. 235, 236), 17. August 2016 (IV-act. 239); Berichte, Dipl.-Med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie/Psychiatrie/Chirotherapie/Homöopathie, (...) (D), vom 2. März 2016 (IV-act. 276, 230), 13. Oktober 2016 (IV-act. 240-242); Ärztliche Stellungnahmen, Versorgungsamt, (...) (D), vom 15. Juni 2015 (IV-act. 220), 11. Oktober 2015 (IV-act. 227), 3. November 2016 (IV-act. 243); Berichte, Q.\_\_\_\_\_, Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin, (...) (D), vom 24. Februar 2016 (IV-act. 229), 13. Juli 2016 (IV-act. 237); Berichte, Dr. R.\_\_\_\_\_, FA für Innere Medizin/Kardiologie/Sportmedizin, (...) (D), vom 26. April 2016 (IV-act. 234), 13. Juli 2016 (IV-act. 238); Sozialmedizinische Stellungnahme, Dr. S.\_\_\_\_\_, Chirurg, Sozialmedizin, (D), vom 15. Dezember 2016 (IV-act. 244); Antwort/Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, Dr. T.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 30. Dezember 2016 (IV-act. 246), 19. Mai 2017 (IV-act. 300); Gutachten der D.\_\_\_\_\_, AG, (...), vom 5. Mai 2017 (IV-act. 297). Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin in Bezug auf ihren Gesundheitszustand neu die folgenden medizinischen Dokumente ein: Bericht, Dr. F.\_\_\_\_\_, FA Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (...), vom 22. Oktober 2013 (BVGer-act. 13/4); Klinikum U.\_\_\_\_\_, Akutrheumatologie und klinische Immunologie, (...) (D), vom 19. August 2014 (BVGer-act. 6/5); Berichte, Krankenhaus O.\_\_\_\_\_, Frauenklinik, (...) (D), vom 8. März 2017 (BVGer-act. 1/1), 26. Oktober 2017 (BVGer-act. 11), 3. November 2017 (BVGer-act. 13/6); Medikationsplan, Dr. L.\_\_\_\_\_, FÄ für Allgemeinmedizin, (...) (D), vom 10. März 2017 (BVGer-act. 6/4/2); Bericht, Dr. V.\_\_\_\_\_, FÄ für Pathologie, (...) (D), vom 26. Oktober 2017 (BVGer-act. 12); Berichte, Dipl.-Med. W.\_\_\_\_\_, FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe, (...) (D), vom 23. November 2017 (BVGer-act. 14/6), 22. Januar 2018 (BVGer-act. 20/1); Ärztlicher Entlassungsbericht, Klinik X.\_\_\_\_\_, (...) (D), vom 7. Februar 2018 (BVGer-act. 25/1); Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Y.\_\_\_\_\_, (D), vom 23. Januar 2019 (BVGer-act. 29/1). Seitens der Vorinstanz wurden im Beschwerdeverfahren die folgenden

medizinischen Unterlagen eingereicht: Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, Dr. T. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 6. Januar 2018 (BVGer-act. 18/2), 2. Februar 2018 (BVGer-act. 23/2).

## **E. 5.2**

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2017 auf das bei der D. \_\_\_\_\_ AG eingeholte polydisziplinäre Gutachten sowie die sich darauf beziehende Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Vorinstanz. In diesen Unterlagen werden der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit wie folgt beurteilt:

### **E. 5.2.1**

Das Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG vom 5. Mai 2017 (IV-act. 297 ff.) basiert auf einer allgemeininternistischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung, welche am 23. März 2017 durchgeführt wurde. Die neurologische Untersuchung oblag dem fallführenden Hauptgutachter Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt Neurologie FMH. Die allgemeininternistische Untersuchung nahm Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, vor. Für die psychiatrische Untersuchung war schliesslich Dr. med. Bb. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zuständig.

#### **E. 5.2.1.1**

Das polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG enthält die nachstehenden polydisziplinären Diagnosen (Ziff. 7.1 des Gutachtens): Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit: Geringe tumorassoziierte Fatigue (bei St. n. Therapie eines invasiv duktales Mammakarzinoms links) Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Sensorische Polyneuropathie mit multiplen Ursachen (Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol, Status nach Chemotherapie, Diabetes mellitus) Anhaltende affektive Störung, Dysthymia (ICD-10: F34.1) Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) (emotional instabile, histrionische, anankastische und sensitive Züge) Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.10) Adipositas mit BMI von 32.2 kg/m<sup>2</sup> Diabetes mellitus, zurzeit unter Trulicity 1.5 mg 1 x wöchentlich und Metformin 1000 mg gut eingestellt Arterielle Hypertonie, unter Amiloridhydrochlorid und Ramipril gut eingestellt Dyslipoproteinämie unter Atorvastatin-Behandlung Status nach Behandlung eines tripel negativen invasiv duktales Mammakarzinoms links im oberen äusseren Quadranten mit Status nach neoadjuvanter Chemotherapie, Tumorektomie und adjuvanter Radiotherapie (Dezember 2008 bis Oktober 2009), zurzeit ohne Anhaltspunkte für Rezidiv oder Metastasierung

#### **E. 5.2.1.2**

Zur Begründung der hauptgutachterlichen und polydisziplinären Diagnosefindungen führt das Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG im Wesentlichen Folgendes aus (Ziff. 7.2 des Gutachtens): Die neurokognitiven Leistungseinschränkungen der Beschwerdeführerin seien von neurologischer Seite nicht zu erklären, sondern seien am ehesten Folge einer Tumor- bzw. Chemotherapie-assoziierten Fatigue-Symptomatik. Weiter bestehe bei der Beschwerdeführerin der typische Befund einer nach der Chemotherapie aufgetretenen Polyneuropathie, welche - ohne Nervenschmerzsyndrom - nur qualitative Einschränkungen für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewicht bedinge. Eine typische Symptomatik eines Carpaltunnelsyndroms bestehe nicht. Bei der aktuellen Untersuchung

im Rahmen der Begutachtung habe sich eine etwas dysthyme, aber nicht depressive Frau gezeigt. Es hätten weder Müdigkeit noch kognitive Störungen festgestellt werden können und es liege auch keine Erklärung für eine psychiatrische Fatigue vor. Die Symptomausprägung der psychiatrischen Symptome sei leicht. Es sei anzunehmen, dass eine Wechselwirkung zwischen der psychischen Befindlichkeit und der psychosozialen Situation bestehe. Hinweise auf Aggravation oder Simulation bestünden nicht. Für ein aktives Suchtleiden seien keine Hinweise gegeben. Eine Persönlichkeitsakzentuierung liege vor, jedoch nicht im Ausmass einer Persönlichkeitsstörung. Für die früher gestellten Diagnosen einer bipolaren Störung und eines rapid cycling gebe es keine Hinweise. Die vormals diagnostizierten leichten depressiven Episoden könnten im Rahmen einer Dysthymie aufgetreten sein. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht nachvollziehbar. Gleiches gelte für eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, da die in Frage kommende Traumatisierung in einem Alter stattgefunden habe, in welchem die Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Auch für die mehrmals diagnostizierten Angststörungen gebe es keine genügenden Kriterien. Die Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom seien gut unter Kontrolle. Von onkologischer Seite werde - bei Status nach triple negativem invasiv duktalem Mammakarzinom - von Vollremission gesprochen. Nach den aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen bestünden gewisse qualitative Leistungseinschränkungen. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei zudem durch die Tumor- bzw. Chemotherapie-assoziierte Fatigue geringer Ausprägung leicht reduziert.

#### **E. 5.2.1.3**

Die gutachterlichen Fragen und Zusatzfragen werden im Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG zusammengefasst wie folgt beantwortet (Ziff. 3 des Gutachtens): Die Beschwerdeführerin wird seit 2008 sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellte im Verwaltungsbereich als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig erachtet, bedingt durch eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 %. Als zumutbar werden Tätigkeiten erachtet, die körperlich leicht, nicht repetierend sind und vorwiegend im Sitzen erfolgen können mit der Möglichkeit, die Sitzposition selbstbestimmt kurz zu unterbrechen. Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die Gleichgewichtsregulation könnten nicht zugemutet werden, wobei Treppensteigen in begrenztem Umfang möglich sei. Es sollte sich gemäss Gutachten um Tätigkeiten ohne besondere Verantwortung und ohne Zeitdruck handeln. Solche Tätigkeiten könnten in freier Wirtschaft umgesetzt werden. Betreffend Prognose führen die Gutachter aus, die somatischen Leiden könnten nicht verbessert werden. Trotz effektiver Therapie der Schlafstörungen und Verbesserung der psychophysischen Leistungsfähigkeit sei die tumorassoziierte Fatigue nicht wesentlich besserbar. Eine stützende Psychotherapie könnte jedoch hilfreich sein. Die Fatigue der Beschwerdeführerin sei allerdings nicht ausschliesslich tumorassoziiert.

#### **E. 5.2.2**

Der Allgemeinmediziner Dr. med. T. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz geht in seiner medizinischen Stellungnahme vom 19. Mai 2017 - gestützt auf das besagte Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG - von nachstehenden Diagnosen und Beurteilungen aus (IV-act. 300): Hauptdiagnose: Geringe tumorassoziierte Fatigue (bei St. nach Therapie eines invasiv duktales Mammakarzinoms links) Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Sensorische Polyneuropathie mit multiplen Ursachen (Status nach

schädlichem Gebrauch von Alkohol, St. nach Chemotherapie, Diabetes mellitus)  
Anhaltende affektive Störung, Dysthymie (ICD-10: F34.1) Akzentuierte  
Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1, emotional instabile, histrionische, anankastische und  
sensitive Züge) Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch,  
gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.10) Adipositas BMI 32.2 kg/m<sup>2</sup> Diabetes mellitus, gut  
eingestellt Der IV-Stellenarzt attestiert der Beschwerdeführerin - entsprechend dem  
Gutachten der D.\_\_\_\_\_ AG - seit 2008 und "trotz der Fatigue nach Tumorbehandlung"  
eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % im angestammten Beruf sowie in einer Verweistätigkeit.  
In seiner im Laufe des Beschwerdeverfahrens erstellten Stellungnahme vom 2. Februar  
2018 erachtet der IV-Stellenarzt Dr. T.\_\_\_\_\_ - trotz der im Oktober 2017 durchgeführten  
Operation der Beschwerdeführerin - eine Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit  
oder eine ergänzende medizinische Abklärung nicht als notwendig (BVGer-act. 23/2).

### **E. 5.3.1**

Die Beschwerdeführerin kritisiert das Gutachten der D.\_\_\_\_\_ AG sowie die  
Stellungnahmen des IV-Stellenarztes. Wie bereits in der Einsprache (IV-act. 302/2), macht  
sie auch in der Beschwerde namentlich geltend, die Gutachter seien nicht darauf  
eingegangen, dass sie sich im Oktober 2017 - wegen immerwährender Schmerzen und einer  
misslungenen Narbenkorrektur - ihre linke Brust entfernen lassen müsse (BVGer-act. 1 S.  
2). Ausserdem weist sie in der Beschwerde auf ihre anhaltenden Körperschmerzen, ihre  
Gedächtnisprobleme, die Folgekrankheiten aufgrund der Krebsbehandlung (Diabetes und  
Bluthochdruck), das Fatigue-Syndrom, ihre Angstattacken sowie Depressionen hin,  
weshalb sie körperlich und seelisch nicht in der Lage sei, in einem Callcenter oder im  
kaufmännischen Beruf zu arbeiten. Ihre körperlichen Kräfte habe sie nur zu 30 %  
wiedererlangt (BVGer-act. 1). Im Laufe des Beschwerdeverfahrens reicht die  
Beschwerdeführerin weitere Eingaben ein, in welchen sie nochmals die bevorstehende  
Brust-Operation betont und den Hinweis auf ihre Körperschmerzen, Gedächtnisprobleme,  
Müdigkeit, Neuropathien und psychischen Probleme wiederholt (BVGer-act. 6). In ihrer  
Replik erneuert die Beschwerdeführerin die erwähnten körperlichen und psychischen  
Beschwerden bzw. Diagnosen (u.a. Depression, Fatigue-Syndrom und Fibromyalgie) und  
weist insbesondere auf die im Oktober 2017 erfolgte beidseitige Brustamputation hin  
(BVGer-act. 14). Schliesslich zweifelt die Beschwerdeführerin die fachliche Kompetenz  
des IV-Stellenarztes an, da dieser als Allgemeinmediziner den Bericht der behandelnden  
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe beurteilt habe (BVGer-act. 25).

### **E. 5.3.2**

Die Beschwerdeführerin reicht im Beschwerdeverfahren als Belege ihrer Leiden diverse  
medizinische und behördliche Unterlagen aus Deutschland ein (BVGer-act. 1/3, 6/4-6/8,  
11-13, 14/1-14/6, 20/1, 25/1, 27/1, 29/1).

#### **E. 5.3.2.1**

Die im Beschwerdeverfahren vorgelegten medizinischen Berichte betreffen zum einen ihren  
psychischen Gesundheitszustand. Sie stammen insbesondere vom behandelnden Psychiater  
Dr. F.\_\_\_\_\_ in der Schweiz aus dem Jahre 2013 (BVGer-act. 6/7 = 13/3 = 14/2, 13/4 =  
14/3). Dieser stellte bei der Beschwerdeführerin - in psychischer Hinsicht - eine  
Traumafolgestörung (ICD-10: F43.9) bei schweren multiplen Traumatisierungen in  
Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter (v.a. Adoptionsfreigabe, Heimaufenthalte,  
mehrfacher sexueller Missbrauch durch den Pflegevater) sowie eine bipolare affektive

Störung (ICD-10: F31.8) fest und ging bei der Beschwerdeführerin aufgrund der genannten Problematik von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % aus. Ausserdem legt die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren einen Bericht des in Deutschland praktizierenden Psychiaters Dr. M. \_\_\_\_\_ vor, welcher im Jahre 2014 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1G), eine sonstige depressive Episode (ICD-10: F32.8G), Kontrollzwänge (ICD-10: F42.1G) sowie spezifische (isolierte) Phobien (Platzangst; ICD-10: F40.2G) diagnostizierte und die Fortsetzung der (in der Schweiz begonnenen) ambulanten Psychotherapie empfahl (BVGer-act. 6/6).

#### **E. 5.3.2.2**

Der im Beschwerdeverfahren sodann eingereichte rheumatologische Bericht des Klinikums U. \_\_\_\_\_ aus dem Jahre 2014 nennt als rheumatologische Diagnose ein chronisches polysymptomatisches Schmerzsyndrom im Sinne einer Fibromyalgie, welches eine multimodale Schmerztherapie erforderte. Die Beschwerdeführerin war vom 29. Juli 2014 bis 13. August 2014 in der Akutrheumatologie des Klinikums U. \_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung (BVGer-act. 6/5).

#### **E. 5.3.2.3**

Die weiteren im Beschwerdeverfahren vorgelegten Berichte beziehen sich auf die von der Beschwerdeführerin erlittene Brustkrebserkrankung bzw. deren Behandlung (Operation, Chemo- und Radiotherapie) in den Jahren 2008 und 2009 sowie die entsprechenden Folgen bzw. Nachbehandlungen: Der Onkologe Dr. H. \_\_\_\_\_ aus (...) erwähnt im aktenkundigen Bericht aus dem Jahre 2013 als Spättoxizität der durchgeführten Chemotherapie eine chronische Müdigkeit im Sinne eines Fatigue-Syndroms, eine kognitive deutliche Leistungsbeeinträchtigung sowie eine persistierende sensorische Neuropathie mit Hyp-/Dysästhesien an den Akren (BVGer-act. 6/8 = 14/1). Aufgrund einer Narbenkontraktur mit massiven Beschwerden der linken Brust (vgl. auch BVGer-act. 1/3) sowie der Karzinomangst der Beschwerdeführerin erfolgte im Oktober 2017 im Krankenhaus O. \_\_\_\_\_ eine beidseitige Mastektomie (BVGer-act. 11, 12, 13/5 = 14/4, 13/6 = 14/5, 14/6). Die in Deutschland behandelnde Frauenärztin Dr. W. \_\_\_\_\_ nennt in ihrem Bericht vom 22. Januar 2018 postoperative Komplikationen (Se-rombildungen, Adhäsionen) und erachtet die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Problematik als arbeitsunfähig, weshalb eine Berentung anzustreben sei (BVGer-act. 20/1). Der ebenfalls neu vorgelegte ärztliche Entlassungsbericht der Klinik X. \_\_\_\_\_ (BVGer-act. 25/1), wo sich die Beschwerdeführerin vom 17. Januar bis 7. Februar 2018 aufgehalten hat, datiert vom 7. Februar 2018 und nennt als Diagnosen: Mamma-Ca li. (ED: 2008) mit Chemotherapie und Radiatio sowie BET und SNE (ICD-10: C509), Narbenkorrektur der li. Mamma und angleichende Rekonstruktionsplastik re. Mamma 3.6.16 (ICD-10: Z924), Mastektomie bds. (li. wg. schmerzhafter Narbeneinziehung, re. prophylaktisch) 20.10.17 (ICD-10: Z901), PNP der Hände und Füsse (ICD-10: G620), Lymphstau li. OA (ICD-10: I97.20), Hypertonie, Diabetes mellitus, HLP, Adipositas mit BMI 32.5 kg/m<sup>2</sup>. Laut sozialmedizinischer Epikrise ist das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin im Erwerbsleben aufgrund der geklagten Beschwerden und der psychischen Instabilität aufgehoben (Bl. 1a-2). Die Ziele der stationären Behandlung konnten - laut Entlassungsbericht - aber nur teilweise erreicht werden (Bl. 2/6). Im dazugehörigen psychologischen Kurzbericht wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin dringend therapeutische Unterstützung benötige (BVGer-act. 2/9). Die Beschwerdeführerin legt in der Folge den Änderungsbescheid des Sozialamts des

Landkreises (...) vom 16. Mai 2018 vor, wonach bei der Beschwerdeführerin eine Behinderung von 60 % festgestellt wurde aufgrund der folgenden Funktionseinschränkungen: 1. Verlust der Brust beidseitig, 2. seelische Störung, posttraumatische Belastungsstörung, Fatigue, 3. Polyneuropathie, 4. Schwellung des Armes links (Lymphödem), 5. Fibromyalgie-Syndrom, Neuropathie, 6. Bluthochdruck, 7. Schuppenflechte (BVGer-act. 27/1). Schliesslich beruft sich die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren auf das eingereichte deutsche Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 23. Januar 2019, wonach seit September 2018 ein Pflegegrad 1 vorliegt. Im gutachterlichen Befund ist die Rede von verlangsamten Bewegungsabläufen, im gesamten Körper wechselnd auftretenden Schmerzen, einer Gleichgewichtsstörung mit Sturzgefahr, Störungen der Feinmotorik beider Hände, gelegentlicher Harninkontinenz, Diabetes mellitus, einer Antriebsminderung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Angstzuständen (vor allem in der Nacht). Im Gutachten werden die nachstehenden pflegebegründenden Diagnosen erwähnt: "Z.n. Operation eines Mamma-CA 2008 - Chemo- und Strahlentherapie sowie Mastektomie beidseits 2017 mit Bewegungseinschränkungen, Feinmotorikstörungen bei Polyneuropathie, Lymphstau, Konzentrations- und Gedächtnisstörung, Bipolare affektive Störung und Depression mit Antriebsminderung und Panikstörung". Als weitere Diagnosen werden genannt: "Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in der Kindheit und Jugend, schmerzhaftes Narbenstriktur, Narbenschmerzen mit Einschränkung der Schulter-Armbeweglichkeit, Adhäsionen im Brustbereich, Fibromyalgie, Diabetes" (BVGer-act. 29/1).

#### **E. 5.4**

Zum Beweiswert des von der Verwaltung eingeholten medizinischen Gutachtens und der entsprechenden Stellungnahmen des RAD sowie der weiteren seitens der versicherten Person eingereichten ärztlichen Unterlagen ist grundsätzlich auf das vorne Dargelegte (vgl. E. 4.5) zu verweisen.

#### **E. 5.5**

Im Zusammenhang mit der Beweiswürdigung eines medizinischen Gutachtens ist ausserdem Folgendes zu beachten: Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert.

##### **E. 5.5.1**

Nach der mit BGE 141 V 281 teilweise geänderten Rechtsprechung kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 m.H. auf BGE 130 V 396). Der Rentenanspruch wird - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.2; 139 V 547 E. 5.9), und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Das Bundesgericht hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht länger fest (BGE 141 V 281 E. 3.5). Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. 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. 3.6 ff.; Urteile des BGer 8C\_344/2016 vom 23. Februar 2017 E. 3.2 und 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

#### **E. 5.5.2**

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 [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "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). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1). 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 (BGE 141 V 281 E. 6 in fine; zum Ganzen: Urteil des BGer 9C\_534/2015 E. 2.2.1).

#### **E. 5.5.3**

Das indikatorengeleitete Beweisverfahren ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich auf alle psychischen Störungen anzuwenden. Auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, werden dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt (BGE 143 V 418 E. 7.1 m.H. auf BGE 143 V 409). Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (BGE 143 V 418 E. 7.1). Nach der neusten Praxis des Bundesgerichts sind auch primäre Abhängigkeitssyndrome - wie sämtliche psychischen Erkrankungen - grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 145 V 215 E. 5 und 6.2).

#### **E. 5.5.4**

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss dort, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). Gleiches gilt, wenn etwa die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 9C\_534/2015 E. 2.2.2 m.H.). Wie das Bundesgericht im Urteil 9C\_899/2014 festgehalten hat, ist aber die

Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz - welche nicht gleichgesetzt werden dürfen - heikel. Zum einen prägt die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mit, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. Zum andern dürfen die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens nicht ausser Acht gelassen werden. Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezweckt, wird vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) - bewusst oder unbewusst - ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (Urteil des BGer 9C\_899/2014 E. 4.2.1 m.H. auf Rechtsprechung und Literatur). Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (BGE 143 V 418 E. 7.1).

#### **E. 5.5.5**

Intertemporalrechtlich gilt es zu beachten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des BGer 9C\_534/2015 E. 2.2.3).

#### **E. 5.6**

Die Würdigung des vorliegenden polydisziplinären Gutachtens der D.\_\_\_\_\_ AG ergibt Folgendes:

##### **E. 5.6.1**

Bei der D.\_\_\_\_\_ AG handelt es sich um eine vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) anerkannte Gutachterstelle (MEDAS). Gutachten der MEDAS-Stellen, welche rechtsprechungsgemäss als unabhängig und unparteiisch gelten, sind als Gutachten versicherungsexterner Ärzte zu betrachten (vgl. BGE 132 V 376 E. 6.2; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25 Rz. 1723). Nicht zu hören sind deshalb die seitens der Beschwerdeführerin gegen die D.\_\_\_\_\_ AG als Gutachterstelle angedeuteten generellen und nicht einzelfallbezogenen Bedenken hinsichtlich deren Unparteilichkeit (vgl. BVGer-act. 1 S. 3, 6/1 S. 1; siehe dazu auch BGE 137 V 210 E. 2.4 und 2.5; 138 V 271 E. 2.2.2).

##### **E. 5.6.2.1**

Das vorliegende polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_\_ AG basiert - wie erwähnt - auf einer am 23. März 2017 ambulant durchgeführten allgemeinmedizinischen/internistischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchung. Am 20. April 2017 setzte die

D.\_\_\_\_\_ AG auf den 3. Mai 2017 zusätzlich eine medizinisch-onkologische Begutachtung der Beschwerdeführerin an, welche durch den Onkologen PD Dr. Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Facharzt für Hämatologie und Allgemeine Innere Medizin, wiederum in (...) hätte durchgeführt werden sollen (IV-act. 292). Allerdings ersuchte die Vorinstanz um Annullierung des vorgesehenen Begutachtungstermins, da der angesetzte Termin zu kurzfristig angesetzt sei, und stellte der D.\_\_\_\_\_ AG in Aussicht, nach Rücksprache darauf zurückzukommen (IV-act. 294). Aus den Vorakten ist nicht ersichtlich, ob und gegebenenfalls mit wem die Vorinstanz Rücksprache genommen hat (vgl. auch IV-act. 299). Die D.\_\_\_\_\_ AG schloss das Gutachten in der Folge jedenfalls ohne Beizug der Fachdisziplin Onkologie ab (IV-act. 294, 295).

#### **E. 5.6.2.2**

In der internistischen Beurteilung hält das Gutachten der D.\_\_\_\_\_ AG fest, dass der Beschwerdeführerin "die Müdigkeit, die Verzagtheit und das Vorliegen von ubiquitären Muskelschmerzen Sorgen" bereiten würden, weshalb es "hier ein onkologisches Gutachten zu Evaluierung der Wertigkeit eines allfällig vorhandenen Fatigue-Syndroms" zur Sprache bringt (IV-act. 297/48-49). In der polydisziplinären Beurteilung wird entsprechend darauf hingewiesen, dass die Fatigue-Problematik der Beschwerdeführerin nur teilweise tumorassoziiert sei bzw. sein könne (IV-act. 297/57 und 297/60). Andererseits wird in der polydisziplinären Beurteilung an anderer Stelle ausgeführt, dass die chronische Fatigue-Symptomatik "von neurologischer Seite nicht zu erklären" sei und auch "keine Erklärung für eine psychiatrische Fatigue" vorliege (IV-act. 297/56). Damit geht aus dem vorliegenden Gutachten nicht klar hervor, wie die bei der Beschwerdeführerin festgestellte Fatigue einzuordnen ist, zumal Hinweise auf Aggravation oder Simulation im Gutachten ausdrücklich verneint werden (IV-act. 297/56). Die Beurteilung dieser Frage durch eine Facharztperson für medizinische Onkologie fehlt. Laut internistischer Beurteilung wäre eine medizinisch-onkologische Untersuchung erforderlich, um "die Abgrenzung der kognitiven Störungen und der extremen Müdigkeit gegenüber einer vorhandenen Depression durchführen zu können" (IV-act. 297/49). Der internistische Gutachter führt in diesem Zusammenhang aus, die extreme Müdigkeit der Beschwerdeführerin könne sowohl depressionsbedingt sein, allenfalls spiele eine Grundkrankheit, eine karzinombedingte Fatigue eine Rolle, nebst den neurologischen Defiziten im Zusammenhang mit einer durch die Chemotherapie bedingten Neuropathie (IV-act. 297/48). Auf die von der D.\_\_\_\_\_ AG vorgesehene medizinisch-onkologische Begutachtung der Beschwerdeführerin hätte unter diesen Umständen nicht verzichtet werden dürfen. Bereits das kantonale Versicherungsgericht erwog übrigens in seinem Rückweisungsurteil vom 22. April 2014, die (bisherigen) Gutachter der C.\_\_\_\_\_ - wozu auch ein Facharzt für Innere Medizin und Onkologie FMH gehörte (IV-act. 80 ff.) - hätten die Folgen der Krebserkrankung bzw. -therapie zu berücksichtigen und sich mit den Berichten des behandelnden Onkologen Dr. H.\_\_\_\_\_ auseinandersetzen müssen (IV-act. 107/12). Die Begutachtung durch die C.\_\_\_\_\_ erstreckte sich somit - im Unterschied zur Begutachtung durch die D.\_\_\_\_\_ AG - auch auf eine Untersuchung im Fachgebiet Innere Medizin-Onkologie. Die entsprechende Beurteilung war gemäss dem erwähnten Urteil des kantonalen Versicherungsgerichts aber nicht hinreichend und hätte ergänzt werden müssen (IV-act. 107/12). Eine erneute medizinisch-onkologische Begutachtung der Beschwerdeführerin fand im weiteren Verlauf des Vorverfahrens aber nicht statt, obwohl das Bundesverwaltungsgericht im erwähnten Rückweisungsurteil vom 28. September 2016 eine erneute umfassende Begutachtung der Beschwerdeführerin als notwendig erachtete (IV-act.

182/13, E. 6.5). Dass die Beschwerdeführerin bis heute in verschiedener Hinsicht an den Folgen der Krebserkrankung und -behandlung leidet, ist aufgrund der Akten erwiesen und auch unbestritten. Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung stand die Beschwerdeführerin sogar kurz vor einer neuen Operation (beidseitige Brustamputation; vgl. E. 5.3.2.3 m.H.).

### **E. 5.6.2.3**

Nach dem Gesagten fehlt im vorliegenden Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG somit eine medizinisch-onkologische Beurteilung, welche notwendig gewesen wäre für eine umfassende ärztliche Gesamtbeurteilung der Beschwerdeführerin.

### **E. 5.6.3.1**

Das vorinstanzlich eingeholte Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG enthält keine rheumatologische Beurteilung der Beschwerdeführerin. Aus den medizinischen Vorakten geht allerdings hervor, dass der Beschwerdeführerin auch rheumatologische Diagnosen gestellt wurden: In den aktenkundigen Berichten des Klinikums U. \_\_\_\_\_ (D) vom 13. Juni 2014 (Klinik für Nephrologie mit Dialyse, Angiologie, Rheumatologie) und 30. Juli 2014 (Akutrheumatologie) wurden eine exacerbierte Ganzkörperschmerzsymptomatik bei hochgradigem Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert (IV-act. 118/2) bzw. die sichere Diagnose eines Fibromyalgiesyndromes gestellt (IV-act. 118/8). In dem im Beschwerdeverfahren vorgelegten Austrittsbericht des Klinikums U. \_\_\_\_\_ (Akutrheumatologie) vom 19. August 2014 wurde - nach einer zweiwöchigen stationären Behandlung der Beschwerdeführerin - die Diagnose eines chronischen polysymptomatischen Schmerzsyndroms im Sinne einer Fibromyalgie sodann bestätigt und begründet (BVGer-act. 6/5). Die entsprechende Diagnose wurde auch in später erstellten Arztberichten übernommen bzw. erneuert (vgl. z.B. IV-act. 223, 234, 240 f.) und seitens der Beschwerdeführerin werden bis heute starke Ganzkörperschmerzen geltend gemacht (vgl. z.B. IV-act. 297/29, BVGer-act. 1, 6, 14). Weitere rheumatologische Berichte liegen nicht bei den Akten. Aufgrund ihrer Schmerzsymptomatik war die Beschwerdeführerin im Jahre 2016 aber beim Q. \_\_\_\_\_ (...) Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin des Krankenhauses O. \_\_\_\_\_ in (...) (D) in Behandlung, in dessen Berichten - neben einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - u.a. ein Fibromyalgiesyndrom (ICD-10: F79.70) diagnostiziert wurde (IV-act. 229, 237).

### **E. 5.6.3.2**

Im vorliegenden Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG wird auf die in den (v.a. rheumatologischen) Vorakten diagnostizierte Fibromyalgie eingangs zwar hingewiesen (vgl. IV-act. 2917/18 f.), eine diesbezügliche Stellungnahme oder Diskussion findet sich im interdisziplinären Gutachten jedoch in keiner Weise. Insbesondere der psychiatrische Teilgutachter hätte sich aber äussern müssen zu der mehrfach diagnostizierten Fibromyalgie, deren Ursache unbekannt ist und die mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte aufweist (BGE 132 V 65 E. 3.3 und 4). Da rheumatologische Schmerzzustände oft kaum von symptomgleichen somatoformen Symptomatiken abzugrenzen sind, hätte er den Leidenskomplex der Beschwerdeführerin bei seiner Beurteilung als Einheit behandeln müssen (vgl. Urteil des BGer 9C\_621/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 2.2.1). Dies gilt umso mehr, als im Rahmen der Begutachtung durch die D. \_\_\_\_\_ AG keine rheumatologische Abklärung stattfand. Da die rheumatologische Diagnose der Fibromyalgie aber mit der psychiatrischen Kategorie der somatoformen Schmerzstörung

abschliessend klassifiziert werden kann, genügt laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine psychiatrische Expertise, wenn das Beschwerdebild keine weiteren Befunde einschliesst, die originär rheumatologischer Natur wären (BGE 141 V 281 E. 10.2). Vorliegend wurden in den Vorakten - abgesehen von der Fibromyalgie - bislang keine weiteren rheumatologischen Diagnosen gestellt, weshalb nach der dargelegten Rechtsprechung im Begutachtungszeitpunkt der Verzicht auf ein rheumatologisches Teilgutachten vertretbar war (vgl. auch Urteil des BGer 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5). Das in Auftrag gegebene psychiatrische Teilgutachten verneint aber ohne Bezugnahme auf die aktenkundigen rheumatologischen Berichte bzw. Diagnosen und ohne vertiefte Auseinandersetzung mit dem Schicksal der Beschwerdeführerin das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung, indem es diesbezüglich vor allem auf fehlende Symptome im Begutachtungszeitpunkt hinweist (vgl. IV-act. 297/36), was nicht ausreichend ist (vgl. dazu Urteil des BVGer C-5518/2015 vom 22. Februar 2018 E. 10.7.2.1.2). Entsprechendes gilt im Übrigen auch in Bezug auf die diagnostizierte Fatigue, welche laut der polydisziplinären Beurteilung nur teilweise tumorassoziiert sein kann (vgl. E. 5.6.2), im psychiatrischen Teilgutachten aber nicht näher diskutiert wird bzw. gemäss der polydisziplinären Beurteilung aus psychiatrischer Sicht als nicht erklärbar gilt (IV-act. 297/56). Dieser Schluss überzeugt angesichts der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin nicht ohne Weiteres.

#### **E. 5.6.3.3**

Schliesslich wird im psychiatrischen Teilgutachten auch kein indikatorengeleitetes Beweisverfahren angewendet. Dieses gilt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. E. 5.5) nicht nur für somatoforme Schmerzstörungen oder die Fibromyalgie (BGE 141 V 281 E. 10.2; 132 V 65 E. 3.3 und 4) sowie damit vergleichbare Beschwerden wie etwa die somatisch nicht erklärbare chronische Fatigue (Urteil des BGer 9C\_106/2019 vom 6. August 2019 E.2.3.3 m.H. auf BGE 139 V 346 E. 2 und 3.4), sondern findet - wie erwähnt (E. 5.5.3) - auch bei affektiven Störungen, mithin bei der diagnostizierten Dysthymia, und Substanzkonsumstörungen Beachtung. Vorliegend ist der medizinische Sachverhalt aber nicht hinreichend erstellt, um gestützt auf die vorhandenen Akten eine Beurteilung im Lichte der Indikatoren bzw. allfälliger Ausschlussgründe im Sinne von BGE 141 V 281 vorzunehmen.

#### **E. 5.6.3.4**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten der D. \_\_\_\_\_ AG nicht beweiswertig ist.

#### **E. 5.6.4**

Dem vorliegenden polydisziplinären Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG mangelt es somit am rechtlich erforderlichen Beweiswert. Dies bezieht sich - aufgrund der fehlenden medizinisch-onkologischen Begutachtung der Beschwerdeführerin - nicht nur auf die hauptgutachterliche bzw. polydisziplinäre Beurteilung, sondern auch auf die somatischen Teilgutachten (Innere Medizin, Neurologie). Dort stehen gesundheitliche Folgen der onkologischen Erkrankung bzw. Therapie zur Diskussion, bei welcher auch die Beurteilung durch eine onkologische Facharztperson von Bedeutung ist. Gleiches gilt für das psychiatrische Teilgutachten, das - wie dargelegt - aus verschiedenen Gründen nicht als beweiswertig gelten kann. Gestützt auf das aktenkundige polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG kann somit nicht zuverlässig beurteilt werden, ob bei der

Beschwerdeführerin ein Gesundheitsschaden besteht, welcher den Anspruch auf eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit annehmen lässt. Die Wertung des IV-Stellenarztes, wonach - ohne weitere Begründung - vollumfänglich auf das Gutachten der D.\_\_\_\_\_ AG abzustellen ist (vgl. E. 5.2.2), vermag unter diesen Umständen nicht zu überzeugen.

#### **E. 5.7**

Auch aus den übrigen aktenkundigen medizinischen Unterlagen gehen weder der Gesundheitszustand noch die funktionelle Leistungseinschränkung der Beschwerdeführerin mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit hervor. Die entsprechenden Dokumente, auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft (vgl. E. 5.3.2), sind allesamt knapp gehalten, teils inaktuell, stammen meist von behandelnden Facharztpersonen und entsprechen den beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht nicht ohne Weiteres (vgl. E. 4.5). Anders als die Beschwerdeführerin zu meinen scheint, kann namentlich gestützt auf die von ihr im Beschwerdeverfahren vorgelegten jüngsten medizinischen und behördlichen Dokumente aus Deutschland, wonach eine Behinderung von 60 % und eine Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1) besteht (vgl. E. 5.3.2.3), in der Schweiz keine Leistungszusprache erfolgen. Diese - nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten - Dokumente erlauben keine schlüssige Beurteilung gemäss der schweizerischen Rechtsprechung (vgl. auch E. 5.5). Selbst wenn aufgrund dieser Unterlagen in Deutschland Leistungen gesprochen werden sollten, kann die Beschwerdeführerin daraus keinen Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente ableiten. Denn die Gewährung von Leistungen durch ein ausländisches Versicherungsorgan präjudiziert nicht die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung nach schweizerischem Recht (vgl. Urteil des EVG [heute: BGer] I 435/02 vom 4. Februar 2003 E. 2; BGE 130 V 253 E. 2.4). Dennoch liefern diese aktenkundigen medizinischen Unterlagen Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses und darüber hinaus eine nicht unerhebliche gesundheitliche Problematik aufwies und deswegen in Deutschland in ärztlicher Behandlung stand.

#### **E. 5.8**

Nach dem Gesagten durfte die Vorinstanz nicht auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes bzw. das Gutachten der D.\_\_\_\_\_ AG abstellen und folglich mit der angefochtenen Verfügung, welche auf einer insgesamt ungenügenden medizinischen Aktenlage basiert, eine anspruchsbegründende Invalidität der Beschwerdeführerin nicht verneinen.

#### **E. 5.9**

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2017 (bereits) in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde liegt (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb hier über den streitigen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann und die genannte Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, hinreichend begründete und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin namentlich seit ihrer Brustkrebsdiagnose (im 2008) und der nachfolgenden onkologischen Behandlung entwickelt haben. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Gesundheitsverlauf und der damit einhergehenden Arbeits(un)fähigkeit der

Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeit, wobei deren medizinisches Anforderungsprofil zu bestimmen ist. Zu diesem Zweck ist ein polydisziplinäres Gutachten bei mit der Sache nicht vorbefassten Facharztspersonen in der Schweiz einzuholen. Die bisherigen Gutachter kommen nicht mehr in Frage, da sie anlässlich der neuen Begutachtung ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b m.H.; Urteil des BGer 8C\_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Die neue Begutachtung hat nicht nur - wie die letzte Untersuchung - die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie miteinzubeziehen, sondern - nach dem Dargelegten - auch die Fachgebiete Medizinische Onkologie und Rheumatologie zu umfassen. Bei der neuen Begutachtung ist insbesondere die jüngste Rechtsprechung des Bundesgerichts zum indikatorengeliteten Beweisverfahren zu beachten (vgl. E. 5.5), damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist.

#### **E. 5.10**

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht (E. 5.9) sowie zur anschliessenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da relevante Fragen bzw. Aspekte bisher vollständig ungeklärt blieben (vgl. E. 5.6). Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

#### **E. 5.11**

Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben ist und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen (vgl. insb. E. 5.9) über den Rentenanspruch neu verfüge.

#### **E. 6**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 6.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin - welcher mit Zwischenverfügung vom 10. November 2017 ohnehin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde (BVer-act. 9) - keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 6.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig

hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Da die obsiegende Beschwerdeführerin vorliegend nicht anwaltlich vertreten ist und ihr aufgrund der Aktenlage auch keine notwendigen, verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, wird ihr keine Parteientschädigung zugesprochen. Als Bundesbehörde hat die unterliegende Vorinstanz keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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