

BVGer C-5167/2017 vom 30. April 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5167_2017

FR: TAF C-5167/2017 du 30 avril 2019

IT: TAF C-5167/2017 del 30 aprile 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 26. Juli 2017 (Vorakten 60/5; BVGer act. 1/1), mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde.

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern - wie hier - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.4

Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeführerin nahm als Partei am vorinstanzlichen Verfahren teil. Als Verfügungsadressatin ist sie durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.5

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten ist.

E. 1.6

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

E. 1.7

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet eine Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgängerinnen, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben, und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Die Beschwerdeführerin war beim Eintritt des Gesundheitsschadens als Grenzgängerin für die C._____ tätig (Vorakten 1), lebte namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung im Grenzgebiet und machte als Gesundheitsschaden Rückenbeschwerden geltend, die sich während ihrer Grenzgängertätigkeit manifestierten. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle D._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügungen zuständig.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist italienische 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 getretene Verordnung (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. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 26. Juli 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben (echte Noven), sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Unterlagen des Kreiskrankenhauses H._____, Klinik für Neurologie, vom 26. November 2017 (BVGer act 12/1), von Frau Dipl.-Psych. I._____ vom 13. Dezember 2017 (BVGer 12/2), von Dr. E._____ vom 15. Dezember 2017 (BVGer act. 12/3), der J._____ -Klinik vom 13. und 20. September 2017 (BVGer act. 12/4, 12/5), des Ospedale

K. _____ vom 4. Januar 2018 (BVGer ac. 12/6), des Universitätsklinikums L. _____ vom 3. August 2017 (BVGer act. 1/9) und die Stellungnahme des IV-Arztes Dr. M. _____ vom 25. Oktober 2017 (Vorakten 66) sind vorliegend zu berücksichtigen, obwohl sie nach Verfügungserlass erstellt wurden, da sie Hinweise auf den neurologischen und psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt enthalten.

E. 2.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 26. Juli 2017 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.1

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. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens 3 Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als 3 Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von

weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. Art. 4 und 7 Verordnung [EG] Nr. 833/2004 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt dabei nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 264 E. 6c).

E. 3.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4).

E. 3.5

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

E. 3.6

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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.7

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 3.8

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je m.H.).

E. 3.9

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.2; BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss zudem über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 3.9.1

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

E. 3.9.2

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

E. 3.9.3

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für allgemein praktizierende Hausärzte wie auch für behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

E. 3.9.4

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt oder die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen

persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der RAD die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheiderelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 m.H.; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 m.H., Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes 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. 3.10

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Fibromyalgie oder ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (vgl. BGE 143 V 409, BGE 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (vgl. BGE 143 V 418 E. 6; BGE 141 V 281 E. 5.2). Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.9 hiervor), ist es beweiskräftig, und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.3; BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 4.1

Den Vorakten sind die folgenden medizinischen Akten zu entnehmen: - Undatierter Arztbericht von Dr. N._____, Allgemeinmedizinerin, (Vorakten 11/2), wonach vom 13. April 2015 bis zum 17. April 2015 wegen akutem Atemwegsinfekt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorlag. - Laborbefunde vom 6. Mai 2015 (Vorakten 42/45ff.). - Leistungsabrechnungen der O._____. (Vorakten 13/10ff.), wonach die Versicherte vom 13. April 2015 bis zum 17. April 2015, vom 16. Mai 2015 bis zum 22. Mai 2015 und vom 23. Mai 2015 bis zum 29. Mai 2015 vollständig arbeitsunfähig war. - Dr. P._____, Internist, unterrichtete am 23. Juni 2015 (Vorakten 2/4) die O._____. als Taggeldversicherer der Beschwerdeführerin darüber, dass aufgrund der Schmerzen im

Rücken und in den Beinen eine körperliche Belastung nicht zumutbar sei, woraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultiere, auch für leichte, andersartige berufliche Tätigkeiten. - Am 8. Juli 2015 (Vorakten 2/10, 6/6, 12/7, 17/11, 12/7, 23/8) führte Dr. Q._____, Radiologe, eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) durch und erkannte, breitbasige Bandscheibenprotrusion im Segment L4/5 und L5/S1, im Segment L5/S1 bestehe Kontakt zur Nervenwurzel im Neuroforamen beidseits linksbetont; teillumbalisierter SWK 1; linksbetonte schwere Facettengelenksarthrose in der unteren LWS. - Mit Zwischenbericht vom 20. Juli 2015 (Vorakten 2/7) informierte Dr. R._____, Orthopäde, die Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin, O._____, darüber, dass als Diagnose vorliegen würden Stenose Foramina intervertebralia L5 (M99.63), Protrusion L4/5 und L5/S1 (M51.29), Beinverkürzung (G72.89) und Facettengelenksarthrose LWS (M47.87). Es seien keine krankheitsfremden Faktoren gegeben. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit 8. Juni 2015 100 %. - Im undatierten Formularbericht (Vorakten 24) befand Dr. P._____, Allgemeinmediziner, aufgrund eines Bandscheibenvorfalles sei die Versicherte vom 8. Oktober 2015 bis zum 8. Juli 2015 bei ihm in Behandlung gewesen. Es bestehe seit dem 24. April 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Büroreinigungskraft wegen mangelnder körperlicher Belastbarkeit. - Dr. S._____, Orthopäde, stellte nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 7. August 2015 fest (Vorakten 6/1, 17/8), diese leide an lumbaler Bandscheibenprotrusion (M51.2), Spondylose und Osteochondrose der LWS (M47.86, Anmerkung des BVGer: gemeint ist wohl ICD-10 M42.96), Spondylarthrose der LWS (M47.86), ISG Blockierung (M99.84), chronische Lumbalgie (M54.5) und chronischem Schmerzsyndrom (R52.2). Im undatierten Arztbericht (Vorakten 12/1) erläuterte Dr. S._____, wegen des chronischen Schmerzsyndroms habe er die Versicherte zum Schmerztherapeuten, Dr. T._____, überwiesen. Hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit würden keine Einschränkungen bestehen. Dr. S._____, verordnete Funktionstraining (Vorakten 6/4). - Röntgenbilder der LWS vom 7. August 2015 (Vorakten 42/48, Vorakten 42/49). - Ärztliche Verordnung vom 7. August 2015 (Vorakten 6/4) von Dr. S._____, für Wassergymnastik zwecks Schmerzlinderung. - Medikamentenrezept vom 19. August 2015 (Vorakten 6/2) von Dr. U._____. - Aus dem undatierten Bericht (Vorakten 17/2) von Dr. V._____, Allgemeinmediziner, geht hervor, dass die Versicherte vom 17. Juli 2015 bis zum 14. August 2015 wegen lumbaler Bandscheibenprotrusion, Spondylose und Osteochondrose LWS sowie chronischem Schmerzsyndrom bei ihm in Behandlung war. Er bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit vom 17. Juli 2015 bis zum 15. Oktober 2015. - Audiogramme vom 20. August 2015 (Vorakten 49/3 und 49/4). - Am 15. September 2015 (Vorakten 17/9) konstatierte Dr. U._____, Facharzt für Anästhesie, chronisches Schmerzsyndrom Stadium III n. Gerbershagen (R52.2), Bandscheibenprotrusion L4/5 und L5/S1 (M51.2), Lumbalgie (M54.5), Osteochondrose der LWS (M42.96), Spondylarthrose der LWS (M47.86) und ISG-Syndrom (M54.17). Es würden keine sensomotorischen Defizite vorliegen. Als psychosoziale Einflussfaktoren erhob Dr. U._____, erhöhte Werte im Bereich der allgemeinen Depressionsskala. - Dr. R._____, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie, berichtete am 20. Oktober 2015 (Vorakten 23/2) die Versicherte leide an Bandscheibenprolaps L4/5 und L5/S1, stenose Foramina intervertebralia L5. Er habe ihr vom 8. Juni 2015 bis zum 19. Juni 2015 eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % ausgestellt, da die Arbeit als Reinigungsfachfrau vollumfänglich nicht mehr ausgeführt werden können. - Der Vertrauensarzt der O._____, Dr. W._____, Internist und Rheumatologe, erstattete am 11. November 2015 (Vorakten 27/2) nach eigenen Untersuchungen einen Konsiliarbericht, worin er angab, die

Kooperation der Patientin sei gut, es gebe keine Hinweise für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung oder Selbstlimitierung. Es handle sich um ein ausgeprägtes limitierendes Schmerzsyndrom mit anhaltender Schonhaltung im Sitzen, im Stehen mit schmerzbedingter Mühe bei den verschiedenen Bewegungsabläufen und vor allem auch bei Positionswechsel auf der Liege. Die Tests für die segmentale Prüfung und damit verbundene Schmerzhaftigkeit seien kongruent und konsistent. Es handle sich um eine dekompenzierte Osteochondrose L5/S1 bei erosiven Veränderungen mit mehrsegmentalen Spondylarthrosen, ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Als Diagnosen hielt er fest, dekompenzierte lumbovertebrale Schmerzsymptomatik ohne radikuläre Reiz- oder Ausfälle bei erosiver Osteochondrose L5/S1 mit deutlicher Spondylarthrose L5/S1 etwas weniger L4/L5, Osteochondrose und facettengelenksfortgeleiteten Missempfindungen in die unteren Extremitäten, linksbetont. Das MRI dokumentiere zusätzlich breitbasige Bandscheibenprotrusionen LWK4 - SWK1 mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 ohne Kompression, partielle Lumbalisation SWK1. Die Versicherte sei seit April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aufgrund der Beobachtungen und Untersuchungsbefunde, einschliesslich des MRI vom 8. Juli 2015, sei dies nachvollziehbar und ausgewiesen. Solche erosiven Osteochondrosen würden eine immunologische Reaktion mit Invasion von Entzündungszellen auslösen, was zu einer Erosion der Deck- und Bodenplatten führe, wie dies im MRI dokumentiert sei. Für die Dekompensation sei vor allem die erhebliche Entzündungsreaktion verantwortlich, welche bisher nicht behandelt worden sei. Entsprechend sei der Verlauf schlecht und die gut kooperierende Versicherte sei ohne jegliche Besserung. Bei diesem Ausmass an schmerzbedingt limitierenden Beschwerden sei eine Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit, auch für die angestammte Reinigungstätigkeit, nicht zumutbar. Unter adäquater Therapie könne davon ausgegangen werden, dass der Zustand vor der Dekompensation wieder erreicht werden könne und damit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zumindest in einer Verweistätigkeit resultiere. Es bestehe keine psychiatrische Komorbidität. Dr. W. _____ empfahl die Überweisung der Patientin an ein spezialisiertes rheumatologisches Zentrum. - Am 16. Dezember 2015 (Vorakten 42/43) erkannte Dr. X. _____, Hautarzt, unter Beizug des Berichts des Instituts für Pathologie vom 14. Dezember 2015 (Vorakten 42/44), eine aktinische Präkanzerose ohne Anhalt für ein invasives Tumorwachstum (ICD-10 L57.0). - Laborwerte vom 6. Juni 2016 (Vorakten 42/42). - Dr. Y. _____, Internist, Rheumatologe, Infektiologe, erhob am 7. August 2016 (Vorakten 42/40) die Diagnosen degenerative Gelenkveränderung ohne Anhalt für entzündlich-rheumatische Erkrankung, erosive Osteochondrose, Bandscheibenprotrusionen LWS. Bei der Patientin liege eine Fingergelenksarthrose vor ohne Anhalt für entzündlich-rheumatische Erkrankung. Das Labor habe keine relevanten Auffälligkeiten ergeben. Dr. Y. _____ empfahl bei Bedarf eine symptomatische Therapie mit NSAR wie Diclofenac oder Ibuprofen, ergänzend könne analgetisch Paracetamol oder Metamizol verwendet werden. Bei Zeichen einer entzündlichen Aktivierung der Arthrose könne zudem vorübergehend Prednison zur Anwendung kommen. Zudem sei regelmässige gelenkschonende körperliche Betätigung sinnvoll. Weiter sei eine ausreichende Schmerztherapie bei sicher auch fibromyalgischer Schmerzkomponente angezeigt. - Dem undatierten Arztbericht von Dr. E. _____, Allgemeinmediziner, ist zu entnehmen (Vorakten 34/2), dass er die Beschwerdeführerin erstmals am 1. August 2016 untersuchte und die letzte Kontrolle vor Erstellung des Berichts am 20. Oktober 2016 stattfand. Er stellte die Diagnosen Bandscheibenvorfall L5/S1, chronisches Schmerzsyndrom, Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Er attestierte der Beschwerdeführerin eine

vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 1. April 2015 und verschrieb als Medikation Omeprazol, Ibuprofen, Metamizol, Katadolon, Amitriptylin (Anmerkung des BVGer: Amitriptylin ist ein stimmungsaufhellender Wirkstoff aus der Gruppe der trizyklischen Antidepressiva mit beruhigenden und angstlösenden Eigenschaften. Es wird einerseits zur Behandlung von depressiven Erkrankungen und andererseits auch gegen chronische Schmerzen eingesetzt, vgl. <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=amitriptylin>, zuletzt besucht am 27. März 2019). - Die Beschwerdeführerin hielt sich vom 10. März 2017 bis zum 14. März 2017 stationär wegen den Anfällen im Universitätsspital Z._____, Neurologische Klinik und Poliklinik, auf. Die behandelnden Ärzte befanden am 16. März 2017 (Vorakten 42/36, 49/5, 52/2), die neurologische Untersuchung bei Eintritt habe keinen Hinweis auf fokal-neurologische Defizite ergeben. Während des stationären Aufenthalts sei es wiederholt zu Anfällen gekommen. Die Patientin habe sich zumeist in Anwesenheit ihrer Familie mit plötzlich fehlender Reaktion auf Ansprache gezeigt, mit geschlossenen Augen; auf Schmerzreiz habe sie jedoch das Gegenüber fixiert. Die durchgeführte EEG-Untersuchung habe beidseits linksbetont Zeichen zerebraler Übererregbarkeit bis zu epilepsietypischen Einzelpotenzialen gezeigt. Links frontotemporal seien zudem kurze epilepsieverdächtige Abläufe zu sehen gewesen; es habe ein subklinischer epileptischer Anfall über 15 Sekunden dokumentiert werden können. In der Gesamtschau der Befunde interpretierten die Ärzte die Symptomatik zumindest zum Teil als epileptogen, führten die Therapie mit Kreppa fort und begannen zudem mit Lamictal. Lamictal sei bis zur Zieldosis von 100mg zweimal täglich aufzudosieren und Keppra auszuschleichen. Sie könnten eine dissoziative Komponente bei darauf hinweisender Klinik nicht ausschliessen; hierfür wäre eine weitere Abklärung in einem spezialisierten Zentrum mit der Möglichkeit einer Video-EEG-Aufnahme notwendig. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten rezidivierende epileptische Anfälle mit möglicher dissoziativer Komponente und entliessen die Patientin am 14. März 2017 in stabilem Zustand nach Hause. - Medikamentenrezept vom 14. März 2017 (Vorakten 42/39). - Dr. G._____, Rheumatologe und Internist, erstattete am 21. März 2017 (Vorakten 42) zuhanden der IV-Stelle D._____, ein rheumatologisches Gutachten. Er erkannte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei erosiver Osteochondrose L5/S1, Spondylarthrose L4/5 und vor allem L5/S1 und lumbosakraler Übergangsstörung (Teillumbalisation von S1 rechts) sowie als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende epileptische Anfälle mit möglicher dissoziativer Komponente, Adipositas WHO Grad I und Schwerhörigkeit (mit Hörgerät versorgt). Die Untersuchung ergab unter anderem, dass sämtliche für die Fibromyalgiepunkte definierten Druckpunkte positiv und die Kontrollpunkte negativ waren. Die Waddell-Zeichen erkannte Dr. G._____, als positiv. Zusammenfassend gab er an, es bestehe das Bild einer Fibromyalgie. Die objektiven Befunde würden eine Abnutzung der Bandscheibe L5/S1 ergeben mit lumbosakraler Übergangsstörung, wobei klar keine radikuläre Problematik vorliegen würde und die radiologischen Befunde das präsentierte Bild keineswegs erklären könnten. Als Gutachter müsse er sich an den objektiven Befunden orientieren und nicht an der subjektiven Präsentation eines weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms. Die Explorandin erlebe durch den Support der Familienmitglieder einen erheblichen Krankheitsgewinn, so scheine sie die gesamte Familie eingespannt zu haben. Sie warte am Morgen bis z.B. ihre Tochter komme und sie anziehe bzw. bis ihr Ehemann sie anziehe. Der Ehemann habe die Funktion des Hausmannes übernommen, sie betätige sich nur noch mit Fernsehschauen. Die Explorandin sei ab 13. April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Eine

Arbeitsunfähigkeitsschreibung aufgrund einer Exazerbation einer lumbovertebralen Symptomatik könne durchaus für einige Monate akzeptiert werden, spätestens nach neun Monaten sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr akzeptabel, da keinerlei radikulären Ausfälle bestehen würden. Ab Anfang 2016 bestehe für jegliche leichte bis mittelschwere altersentsprechende "Frauenarbeit" eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aufgrund der neurologischen unklaren Situation könne die Versicherte nicht auf Leitern oder Gerüste steigen.

E. 4.2

Die kantonale IV-Stelle D._____ unterbreitete die medizinischen Vorakten (vgl. E. 4.1 hiervor) ihrem regionalen ärztlichen Dienst: - Der IV-Arzt, Dr. F._____, Orthopäde, empfahl der IV-Stelle D._____ am 2. November 2016 (Vorakten 36/2) ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. G._____ einzuholen. - Am 30. März 2017 (Vorakten 44/2) nahm Dr. F._____, Orthopäde, dahingehend zum Gutachten von Dr. G._____ Stellung, als er vorbrachte, dieses sei umfassend, in sich schlüssig und in Bezug auf die diagnostischen Einordnungen und deren Konsequenzen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und konsistent. Die Prüfung der Indikatoren sei summarisch erfolgt. Die somatisch festgestellten Diagnosen seien punkto Krankheitsverlauf und Symptomatologie sowie ihrer Auswirkungen auf den Alltag anhand der fachärztlich erhobenen Befunde nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden. Gemäss Beurteilung von Dr. G._____ seien die Diagnosen der LWS-Problematik konsequenterweise unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden, denn die Versicherte sei in ihrer angestammten Tätigkeit als unlimitiert arbeitsfähig begutachtet worden. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den letztlich objektiven Befunden. Zudem liege eine Selbsthinderungsüberzeugung vor. - Mit Stellungnahme vom 10. Juli 2017 (Vorakten 56) ergänzte Dr. F._____, die epileptischen Anfälle seien bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. G._____ bekannt gewesen. Bei genauer Betrachtung seien die Anfälle nur fraglich epileptischer Natur, weshalb sie differenzialdiagnostisch auch mit einer möglichen dissoziativen Komponente erklärt werden könnten. Die dissoziative Komponente einer fraglichen und letztlich nur teilepileptogenen Symptomatik füge sich stimmig ins Bild diverser erheblicher Diskrepanzen, wie sie die Versicherte auch in der Begutachtung bei Dr. G._____ habe erkennen lassen. Wie auch immer wäre die Epilepsie soweit als medikamentös behandelbar einzustufen, dass sich versicherungsmedizinisch keine relevante Limitierung der Arbeitsfähigkeit ableiten lasse und das von Dr. G._____ ermittelte Zumutbarkeitsprofil nicht massgeblich abgeändert werden müsse. Stimmig dazu sei die Versicherte auch in stabilem Zustand aus der neurologisch-stationären Behandlung entlassen worden. Die privaten Videoaufnahmen würden einen auffällig demonstrativen Leidenscharakter zeigen und wären allenfalls in gewisser Weise verwertbar, wenn sie unter laufender EEG-Kontrolle erfolgt wären. Hinsichtlich der Hörprobleme sei die Versicherte mit einem Hörgerät versorgt. Die Gehörgansproblematik sei vorübergehender Natur. Dr. F._____ kam zum Schluss, an der bisherigen gutachterlichen Beurteilung könne festgehalten werden.

E. 4.3

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurden die folgenden Berichte eingereicht: - Bericht des Universitätsklinikums L._____, Klinik für Neurochirurgie, Abteilung Prächirurgische Epilepsiediagnostik, vom 3. August 2017 (BVGer act. 1/9), welcher als

Diagnosen enthält, dissoziative Störung mit psychogenen nicht epileptischen Anfällen (F44.5), EEG-Nachweis epilepsietypischer Potenziale links temporal ohne Anhalt für eine klinisch manifeste Epilepsie, anamnestisch Lumbago bei Bandscheibenprotrusionen, anamnestisch episodische Gangstörung unklarer Ätiologie. Die behandelnden Ärzte resümierten, während des stationären Video-EEG-Monitorings über 5 Tage hätten drei habituelle Ereignisse aufgezeichnet werden können. Diese hätten typische klinische Zeichen eines psychogenen nicht-epileptischen Anfalls gezeigt. Im ictalen EEG habe sich eine symmetrische Grundaktivität im Alpha-Bereich gezeigt ohne Hinweise auf epilepsietypische Potenziale oder Anfallsmuster, so dass die dokumentierten Episoden sicher als nicht-epileptisch eingestuft werden könnten. Während des stationären Aufenthalts seien eine individuelle psychosoziale Betreuung und eine psychosomatische Vorstellung erfolgt. Die Diagnose einer dissoziativen Störung sei aus psychosomatischer Sicht bestätigt worden. Da eine stationäre psychosomatische Behandlung von der Patientin abgelehnt worden sei, werde eine ambulante Psychotherapie empfohlen. - Am 20. September 2017 (BVGer act. 12/5) befand Dr. St. _____ der J. _____ Klinik, die Beschwerdeführerin habe die geplante medizinische Rehabilitationsmassnahme nicht antreten können, da in der Aufnahmesituation habe festgestellt werden müssen, dass aktuell keine Rehabilitationsfähigkeit bestehe. - Dr. M. _____, RAD, nahm am 25. Oktober 2017 (Vorakten 66) zum Austrittsbericht der Klinik L. _____ (BVGer act. 1/9) dahingehend Stellung, als er ausführte, die neurologischen und psychogenen Ausfälle seien im Gutachten von Dr. G. _____ vom 21. März 2017 festgehalten worden, indem geschrieben worden sei, aufgrund der aktuell neurologisch unklaren Situation könne die Beschwerdeführerin nicht auf Leitern oder Gerüste steigen wegen Absturzgefahr. Im Austrittsbericht der Klinik L. _____ würden keine Befunde erhoben, die geeignet wären, die bisherigen Abklärungen grundlegend in Zweifel zu ziehen. Die Beschwerdeführerin habe psychosomatische Behandlungen abgelehnt, damit komme sie ihrer Mitwirkungspflicht zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes nicht nach, zumal aus medizinischer Sicht die psychosomatische Behandlung ohne Umschweife zumutbar sei. - Nicht unterschriebener vorläufiger Entlassungsbericht der Klinik H. _____ vom 26. November 2017 (BVGer act. 12/1), wonach Verdacht auf dissoziative Anfälle, DD begleitende epileptische Anfälle nicht auszuschliessen, psychosoziale Belastungssituation und mehrere Bandscheibenvorfälle vorliegen würden. Die Patientin sei in stabilem Allgemeinzustand und neurologischen Zustand nach Hause entlassen worden. - Laborwerte vom 27. November 2017 (BVGer act. 12/2) - Die behandelnde Psychologin, Dipl. Psych. I. _____, erkannte am 13. Dezember 2017 (BVGer act. 12/2) eine dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7) sowie Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2). Die Versicherte könne zu jeder Zeit Aussetzer der körperlichen und geistigen Kontrolle und somit des Bewusstseins erleben. Sie könne sich nur in Begleitung bewegen. Die Ausübung der meisten Tätigkeiten sie dadurch risikobehaftet und deutlich erschwert. Eine sorgfältige und engmaschige psychotherapeutische Unterstützung sei anhand eines stationären psychiatrischen und psychosomatischen Klinikaufenthalts in Italien indiziert und für Januar 2018 geplant. Schliesslich stellte sie die Frage einer posttraumatischen Belastungsstörung. - Ärztlicher Attest von Dr. E. _____ vom 15. Dezember 2017 (BVGer act. 12/3), wonach die Beschwerdeführerin aufgrund diverser psychiatrischer Diagnosen nicht in der Lage sei, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen. Somit bestehe aus medizinischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit. - Schreiben Ospedale K. _____ vom 4. Januar 2018 (BVGer act. 12/6), wonach der Termin für die erste psychiatrische Therapiesitzung verschoben werden

musste.

E. 4.4

Bei der Würdigung der medizinischen Vorakten stützte sich die Vorinstanz auf die Stellungnahmen des IV-Arztes, Dr. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 2. November 2016 (Vorakten 36), 30. März 2017 (Vorakten 44) und 10. Juli 2017 (Vorakten 56).

E. 4.4.1

Dr. F._____ stellte sich am 2. November 2016 (Vorakten 36/2) auf den Standpunkt, ausschlaggebend sei die rheumatologische Fachrichtung; eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung erscheine bis auf Weiteres nicht erforderlich, da eine klassische Depression nicht ausgewiesen sei, sondern der Hausarzt die Beschwerden mit F41.2 "Angst und depressive Störung gemischt" kodiert habe, was gemäss ICD-10 Kodierrichtlinien nur dann Anwendung finde, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrsche und keine per se eine eigenständige Diagnose rechtfertige. Folgerichtig werde die antidepressive Medikation primär wegen den psychisch belastenden Schmerzen zur Schmerzdistanzierung und wegen der belastenden psychosozialen Situation verordnet. Demzufolge habe man bislang offensichtlich auch keine Indikation für eine zusätzliche spezialärztliche psychiatrische Behandlung gesehen, wie die Versicherte in der IV-Haushaltsabklärung angegeben habe, was im medizinischen Kontext bei leerer psychiatrischer Anamnese und angesichts der Diagnosen, wie auch der Beschwerdeschilderung der Versicherten im Rahmen der Haushaltsabklärung, plausibel erscheine.

E. 4.4.2.1

Zwar trifft die Aussage von Dr. F._____ hinsichtlich der Kodierrichtlinien zu, jedoch kann seiner Schlussfolgerung nicht gefolgt werden, denn die Beschwerdeführerin leidet nicht nur unter "Angst und depressiver Störung gemischt", sondern auch unter chronischen Schmerzen (Vorakten 6/1, 17/2, 17/8, 17/9, 34/2). Gemäss Leitlinie für die rheumatologische Begutachtung ist bei chronischen Schmerzen in der Regel sowohl somatischer wie auch psychosomatischer/psychiatrischer Sachverstand notwendig und erfordert daher eine gemeinsame Beurteilung der Experten (vgl. <https://www.rheuma-net.ch/images/pdf/DEUTSCH/Leitlinien-fr-die-rheumatologische-Begutachtung-12-2016.pdf>, zuletzt besucht am 1. April 2019).

E. 4.4.2.2

Hinzukommt, dass entgegen der Annahme von Dr. F._____, aus den Akten nicht hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin das Antidepressivum Amitriptylin einzig zur Schmerztherapie einnimmt, vielmehr wurde es ihr von ihrem Hausarzt, Dr. E._____, verschrieben (Vorakten 34/2), welcher in psychiatrischer Hinsicht die Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10 F41.2) stellte. Dr. E._____ ist kein Psychiater, allerdings ist davon auszugehen, dass er als Allgemeinmediziner in der Lage ist, psychische Beschwerden zu erkennen. Zwar kann seine psychiatrische Diagnose mangels Facharztstitel nicht als gesichert betrachtet werden, jedoch hätte die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle den Bericht des Hausarztes zum Anlass nehmen müssen, Abklärungen bei einem Psychiater zu veranlassen, zumal auch Dr. U._____, Facharzt für Anästhesie, bereits im September 2015 (Vorakten 17/9) erhöhte Werte im Bereich der allgemeinen Depressionsskala erhob. Daran ändert nichts, dass Dr. W._____, Internist und Rheumatologe, am 11. November 2015 (Vorakten 27/2) eine psychiatrische Komorbidität

ausschloss, denn auch er verfügt nicht über den Facharztstitel der Psychiatrie.

E. 4.4.2.3

Schliesslich ist Dr. F. _____ Chirurg und nicht Psychiater. Er untersuchte die Beschwerdeführerin nicht selber und es lagen ihm auch keine psychiatrischen Gutachten vor, womit die Vorinstanz nicht einzig gestützt auf seine Stellungnahme vom 2. November 2016 (Vorakten 36/2) auf ein psychiatrisches Teilgutachten hätte verzichten dürfen. Das Fehlen eines psychiatrischen Gutachtens kann auch nicht durch die im Beschwerdeverfahren eingereichte Stellungnahme von Dr. M. _____ vom 25. Oktober 2017 (Vorakten 66/2) wettgemacht werden, denn er explorierte die Beschwerdeführerin nicht selber, sondern nahm einzig aufgrund der Akten eine Einschätzung vor. Da jedoch, wie bereits erwähnt, keine psychiatrischen Berichte aktenkundig sind, kann sein Aktenbericht keine abschliessende Entscheidungsgrundlage bilden (vgl. E. 3.9.4 hiervor). Unter diesen Umständen durfte die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle nicht von einer psychiatrischen Begutachtung absehen.

E. 4.4.3

Gemäss Bundesgericht kann auf eine polydisziplinäre Begutachtung nur und insoweit verzichtet werden, als die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2). Das ist hier nicht der Fall, denn vorliegend ist nicht nur die psychiatrische, sondern auch die neurologische Befundlage ungewiss, wie nachfolgend zu zeigen ist (vgl. E. 4.4.4 hiernach).

E. 4.4.4.1

Die Beschwerdeführerin hielt sich vom 10. März 2017 bis zum 14. März 2017 wegen Verdacht auf epileptische Anfälle im Universitätsspital Z. _____ auf (Vorakten 42/36, 49/5, 52/2). Die durchgeführte EEG-Untersuchung ergab beidseits linksbetont Zeichen zerebraler Übererregbarkeit bis zu epilepsietypischen Einzelpotenzialen. Links frontotemporal waren zudem kurze epilepsieverdächtige Abläufe zu sehen. Die Ärzte interpretierten die Symptomatik als zumindest zum Teil epileptogen. Sie schlossen eine dissoziative Komponente nicht aus und empfahlen weitere Abklärungen. Trotzdem liess die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle keine entsprechenden Untersuchungen durchführen, sondern begnügte sich damit, dass der begutachtende Rheumatologe, Dr. G. _____, am 21. März 2017 (Vorakten 42) ein Steigen auf Gerüsten und Leitern wegen Absturzgefahr als nicht zumutbar erachtete und Dr. F. _____ am 10. Juli 2017 (Vorakten 56) erklärte, die Anfälle seien nur fraglich epileptischer Natur mit möglichen dissoziativen Komponenten, wobei die Epilepsie als medikamentös behandelbar einzustufen sei. Zwar leuchtet es ein, dass eine Epilepsie grundsätzlich behandelbar ist, jedoch war vorliegend bis zum Verfügungszeitpunkt die Ursache der Anfälle nicht bekannt und von einem medikamentös eingestellten Zustand konnte keine Rede sein, denn die Beschwerdeführerin erlitt trotz Medikation weitere Anfälle. Im Verfügungszeitpunkt war somit die neurologische Situation nicht geklärt.

E. 4.4.4.2

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens wurde ein Bericht des Universitätsklinikums L. _____ vom 3. August 2017 eingereicht (BVGer act. 1/9), wonach die im fünftägigen stationären Video-EEG-Monitoring aufgezeichneten drei habituellen Ereignisse bei symmetrischer Grundaktivität im Alpha-Bereich ohne Hinweis auf epilepsietypische Potenziale oder Anfallsmuster als sicher nicht epileptisch eingestuft

werden konnten. Die behandelnden Ärzte kamen zum Schluss, aus psychosomatischer Sicht sei die Diagnose einer dissoziativen Störung zu bestätigen. Mit diesem Bericht kann das Vorliegen von dissoziativen, nicht-epileptischen Anfällen als gesichert betrachtet werden. Da es sich hierbei jedoch um einen Behandlungsbericht handelt, mithin um eine Momentaufnahme, und die untersuchenden Ärzte feststellten, interiktal hätten sich einzelne epilepsietypische Potenziale links temporal gezeigt, die anscheinend im Moment (also während dem Klinikaufenthalt) keine klinische Relevanz hätten, kann einzig aufgrund dieses Berichtes nicht gefolgert werden, dass die Beschwerdeführerin einzig an dissoziativen und nicht auch an epileptischen Anfällen leidet. In Konsequenz hierzu wurde die Beschwerdeführerin am 26. November 2017 (BVGer act. 12/1) vom Notar Dr. Aa. _____ wegen dissoziativer Anfälle, DD epileptischer Anfälle ins Kreiskrankenhaus H. _____, Klinik für Neurologie, eingeliefert. Die behandelnden Ärzte hielten fest, es bestehe der Verdacht auf dissoziative Anfälle, differenzialdiagnostisch könnten begleitende epileptische Anfälle nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der eingereichten Behandlungsberichte erweist sich die neurologische Situation als nicht hinreichend geklärt, so dass weitergehende neurologische Abklärungen unumgänglich sind. Daran ändert nichts, dass der IV-Arzt, Dr. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Ansicht ist (Vorakten 66), die Anfälle seien beim Belastungsprofil hinreichend durch Dr. G. _____ berücksichtigt worden, denn Dr. G. _____ ist weder Neurologe noch Psychiater. Zudem untersuchte Dr. M. _____ die Beschwerdeführerin nicht selber, sondern konnte sich einzig auf Behandlungsberichte stützen, welche sich naturgemäss einzig zur, im Behandlungszeitpunkt vorliegenden, medizinischen Situation äussern und nicht zum Krankheitsverlauf oder zur Prognose. Somit sind weder die Ursache noch die Folgen der Anfälle hinreichend geklärt. Unter diesen Umständen durfte die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle nicht von weiteren Untersuchungen absehen.

E. 4.4.5

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 139 V 349) hat die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert zu erfolgen; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2). Die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle gab einzig ein rheumatologisches Gutachten in Auftrag, obwohl, wie weiter oben dargelegt (vgl. E. 4.4.1ff. hiervor), die Beschwerdeführerin nicht nur an rheumatologischen, sondern auch an psychischen und neurologischen Beschwerden leidet und die medizinische Situation nicht offensichtlich ausschliesslich den Bereich Rheumatologie beschlägt. Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung. Eine Gesamtschau der Leiden der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt fehlt damit vollständig, womit sich Dr. F. _____ nicht auf hinreichende Akten stützen konnte, so dass seine Stellungnahmen keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden konnten (vgl. E. 3.9.4 hiervor). Zudem ist das vorhandene externe monodisziplinäre rheumatologische Gutachten

nicht beweiswertig, wie nachfolgend zu zeigen ist (vgl. E. 4.5 hiernach).

E. 4.5.1

Beim 35-seitigen rheumatologischen Gutachten von Dr. G._____ fällt auf, dass dieses hauptsächlich aus der wörtlichen Übernahme des bereits aktenkundigen Dossiers (aufgeführt in chronologischer Reihenfolge), den von der Beschwerdeführerin mitgebrachten Akten und eingeholten Laborberichten sowie Beilagen besteht (Seite 3 bis Seite 14). Unter Ziffer 3 "Rheumatologische Untersuchung" (Seite 14) wird erneut zunächst eine Zusammenfassung der Vorakten aufgelistet, obwohl dies ja bereits unter Ziffer 2 erfolgte.

E. 4.5.2

Auf den Seiten 15 bis 23 erhebt Dr. G._____ die Anamnese und schildert die erhobenen Befunde bei Exploration sowie die dabei gemachten Beobachtungen. Zugleich wies er wiederholt daraufhin, dass die Explorandin geschrien habe. Hier wäre zu erwarten gewesen, dass aufgezeigt wird, wie dieses Verhalten zu würdigen ist, ob als nachvollziehbare Schmerzreaktion, Angstreaktion oder Verdeutlichungstendenz. Weiter schildert er das Verhalten des Ehemannes gegenüber der Beschwerdeführerin (Gutachten S. 28), welches darin bestand, dass er sie zum Stuhl führte, ihr beim Absitzen half, sich danach neben sie stellte und sie liebevoll umschlungen festhielt. Dabei hatte Dr. G._____ den Eindruck, dass der Ehemann gewissermassen die gesamte Fürsorge über sie übernommen habe und kommt zum Schluss, dass sich hier eine gewisse "Folie à deux" entwickelt habe. Eine "Folie à deux" bedeutet "Geistesstörung zu zweit" (vgl.

https://flexikon.doccheck.com/de/Folie_%C3%A0_deux, besucht am 1. April 2019) und stellt eine Krankheit dar, welche unter den Code ICD-10 F24 fällt

(<http://www.icd-code.de/icd/code/F24.html>, zuletzt besucht am 1. April 2019). Hierbei handelt es sich um eine wahnhaftige Störung, die von zwei Personen mit einer engen emotionalen Bindung geteilt wird. Nur eine von beiden leidet unter einer echten psychotischen Störung; die Wahnvorstellungen bei der anderen Person sind induziert und werden bei der Trennung des Paares meist aufgegeben

(<http://www.icd-code.de/icd/code/F24.html>, zuletzt besucht am 1. April 2019). Aus den medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine psychotische Störung seitens der Beschwerdeführerin, ebenso wenig aus den von Dr. G._____ festgehaltenen Beobachtungen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Gutachter eine "Folie à deux" erwähnte, obwohl keine Anhaltspunkte für diese Krankheit vorliegen und er auch nicht Psychiater, sondern Rheumatologe ist.

E. 4.5.3

Ab Seite 24 bis Seite 27 schildert Dr. G._____ unter den Ziffern 5.1.1, 5.1.2 und 5.1.3 erneut die Anamnese sowie seine Beobachtungen und Befunderhebungen. Gemäss Leitlinie für die rheumatologische Begutachtung (vgl. <https://www.rheuma-net.ch/images/pdf/DEUTSCH/Leitlinien-fr-die-rheumatologische-Begutachtung-12-2016.pdf>) ist die Beurteilung der Befunde das Kernstück eines Gutachtens und nicht das Aneinanderreihen von Aktenstücken und deren Wiederholung. Erst auf Seite 28 würdigt Dr. G._____ seine Untersuchungen und die erhobenen Befunde, jedoch nur summarisch, indem er festhält, es bestehe das Bild einer Fibromyalgie, wobei hier als stärkste Schmerzregion die Beckenregion gewissermassen herausrage, im Sinne eines Beckenschmerzsyndroms. Die objektiven Befunde würden eine Abnutzung der Bandscheibe L5/S1 ergeben, dies bei lumbosakraler

Übergangsstörung, wobei hier heute klar keine radikuläre Problematik vorliege und die radiologischen Befunde das präsentierte Bild keineswegs erklären könne. Als Gutachter müsse er sich an den objektiven Befunden orientieren und nicht an der subjektiven Präsentation eines weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms. Weitere Begründungen lässt das Gutachten vermissen. Ebenso wird nicht erläutert, warum die erhobene Fibromyalgie nicht unter Ziffer 4 "Diagnosen" aufgeführt wurde. Es trifft zwar zu, dass sich ein Gutachter nicht einzig auf subjektive Schilderungen einer Explorandin stützen kann, vorliegend wurde jedoch von den behandelnden Ärzten mehrfach ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert (Vorakten 6/1, 17/2, 17/8, 17/9, 34/2), womit nicht einzig subjektive Äusserungen der Explorandin gegeben sind. Auf die Tatsache, dass die untersuchenden Ärzte ein chronisches Schmerzsyndrom attestierten, ging Dr. G._____ nicht hinreichend ein, vielmehr begnügte er sich damit, die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms unter der Auflistung der Vorakten zu erwähnen und unter Ziffer 5.7 "Diskrepanzen zwischen der Aktenlage und der gutachterlichen Beurteilung" festzustellen, das chronische Schmerzsyndrom Stadium III nach Gebershagen entspreche heute der Diagnose Fibromyalgie. Weitergehende Würdigungen nahm Dr. G._____ nicht vor. Wird eine Fibromyalgie erkannt, ist ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren notwendig. Die Vorinstanz stellte Dr. G._____ den Fragenkatalog zu, jedoch machte sich Dr. G._____ nicht die Mühe, diesen zu beantworten, sondern verwies jeweils einzig auf mehrere Seiten im Gutachten, was keine hinreichende Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren darstellt, da die entsprechenden Textpassagen keine Würdigungen oder Schlussfolgerungen in Bezug auf die Indikatoren enthalten, womit dem Gericht eine Überprüfung derselben nicht möglich ist. Das Gutachten ist auch in dieser Hinsicht mangelhaft.

E. 4.5.4

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hält Dr. G._____ auf Seite 29 unter Ziffer 5.2 und Ziffer 5.3 fest, es bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100 % Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere altersentsprechende "Frauenarbeiten", wobei er seine Annahme nicht näher begründete und nicht weiter ausführte, was er für Tätigkeiten mit "Frauenarbeiten" meinte. Das Anforderungsprofil wurde damit nicht hinreichend dargelegt. In den Vorakten wurde wiederholt von diversen Ärzten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Vorakten 2/4, 2/7, 11/2, 17/2, 23/2, 24, 34/2). Hierzu nahm Dr. G._____ nicht hinreichend Stellung, sondern erachtete einzig unter Ziffer 5.2 "Beginn der Arbeitsfähigkeit", eine Exazerbation einer lumbovertebralen Symptomatik könne für neun Monate akzeptiert werden, danach sei eine Arbeitsunfähigkeitsschreibung nicht mehr akzeptabel, da keinerlei radikuläre Ausfälle bestehen würden. Diese Schlussfolgerung ist nicht nachvollziehbar, denn es sind auch während neun Monaten nach dem 13. April 2015 keine solchen Ausfälle dokumentiert (Vorakten 17/9, 27/2), womit derselbe medizinische Sachverhalt von Dr. G._____ unterschiedlich beurteilt wird, obwohl er sich der Beurteilung von Dr. U._____ (Vorakten 17/9) und Dr. W._____ (Vorakten 27/2) anschloss, welche bei demselben medizinischen Sachverhalt jeweils auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit schlossen. Ebenso hielten die weiteren untersuchenden Ärzte die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsunfähig (Vorakten 2/4, 2/7, 11/2, 17/2, 23/2, 34/2). Einzig Dr. S._____ erachtete die bisherige Tätigkeit ohne Einschränkungen als zumutbar (Vorakten 12/1), was jedoch innerhalb der neun Monate liegt und damit ebenfalls von der Beurteilung von Dr. G._____ abweicht. Die Einschätzung von Dr. G._____ ist damit weder nachvollziehbar begründet noch schlüssig dargelegt.

E. 4.5.5

Insgesamt erweist sich das Gutachten als beweisuntauglich, da es keine hinreichende Auseinandersetzung mit den Vorakten enthält, keine nachvollziehbare Würdigung der Befunde ersichtlich ist, keine Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge vorhanden ist und die Folgerungen nicht schlüssig begründet sind. Zudem fand keine hinreichende Auseinandersetzung mit den Indikatoren statt. Das Gutachten erfüllt somit weder die allgemeinen Voraussetzungen noch die Anforderungen an ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren, womit ihm kein Beweiswert zukommt.

E. 4.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. G._____ nicht beweiswertig und den medizinischen Akten keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen ist. Insbesondere fehlt eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4), was durch die Vorinstanz unter Beizug der IV-Stelle D._____ nachzuholen ist.

E. 5

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt nicht allseitig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Es kann mithin nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 m.H.). Eine antizipierte Beweismwürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 23; BGE 134 I 140 E. 5.3) fällt demnach ausser Betracht. Die Sache ist daher antragsgemäss an die Vorinstanz zurückweisen, damit sie unter Beizug der IV-Stelle D._____ die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann.

E. 5.1

Hinsichtlich der erneuten Begutachtung sind Expertisen in den Fachbereichen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialistinnen und Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). 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. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1, Urteil des BVerfG C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Überdies sind die möglichen Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Diagnosen abzuklären und aufzuzeigen. Zudem wird zu klären sein, ob die Beschwerdeführerin an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet, ob die Anfälle einzig dissoziativ oder auch epileptogen sind und welche Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen. Weiter ist zu prüfen, ob bei einer erneuten rheumatologischen Untersuchung ebenfalls Gegeninnervationen bestehen und wie diese einzuordnen sind. Schliesslich ist

darzulegen, ob Verdeutlichungstendenzen vorliegen.

E. 5.2

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihr Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 5.3

Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Sollte für die Begutachtung in der Schweiz ein stationärer, psychiatrischer Aufenthalt notwendig sein, ist die Beschwerdeführerin verpflichtet, sich einer solchen zu unterziehen, zumal aus den aktuellen Akten keine medizinischen Gründe ersichtlich sind, welche gegen eine Hospitalisation sprechen würden, so erachtete denn auch die behandelnde Psychologin einen stationären Aufenthalt als zumutbar (BVGer act. 12/2).

E. 6.1

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter den gegebenen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte der IV-Arzt Dr. F. _____ nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinne der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Die Vorinstanz hat mithin keine umfassende medizinische Beurteilung eingeholt, obwohl eine solche geboten gewesen wäre.

E. 6.2

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Dies gilt insbesondere in Fällen wie dem vorliegenden, bei welchem die gebotene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu Unrecht unterlassen wurde. Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein polydisziplinäres Gutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen.

E. 7

Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 26. Juli 2017 aufzuheben und die Akten antragsgemäss an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen, unter Beizug der IV-Stelle D._____, und anschliessendem neuen Entscheid über die Rentenfrage zurückzuweisen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (vgl. BGE 132 V 215 E. 6). Der unterliegenden Vorinstanz sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG und Art. 6 Bst. B des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 8.2

Der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zu (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und Art. 12 VGKE), die mangels Einreichung einer Kostennote auf Grund der Akten zu bestimmen ist (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Das der Beschwerdeführerin zu entschädigende Honorar bestimmt sich nach dem notwendigen Zeitaufwand ihres anwaltlichen Vertreters (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung inklusive Auslagen von Fr. 3'900.- für angemessen.

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