

BVGer C-6058/2019 vom 5. Oktober 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-10-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6058_2019

FR: TAF C-6058/2019 du 5 octobre 2020

IT: TAF C-6058/2019 del 5 ottobre 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist italienische Staatsangehörige und wohnt in Liechtenstein. Damit gelangt das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA-Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (nachfolgend: EFTA-Übereinkommen, SR 0.632.31, in der Fassung des Abkommens von 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation [AS 2003 2685], in Kraft seit 1. Juni 2002) zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des EFTA-Abkommens ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.H.; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je m.H.).

E. 2.2

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), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Oktober 2019 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Oktober 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (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 (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 (Urteil des BGer 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Zeugnisse vom 30. August 2018 (BVGer act. 1/3), 27. September 2018 (BVGer act. 1/4), 25. Oktober 2018 (BVGer act. 1/5), 29. November 2018 (BVGer act. 1/6), 27. Dezember 2018 (BVGer act. 1/7), 29. Januar 2019 (BVGer act. 1/8), 26. Februar 2019 (BVGer act. 1/9), 26. März 2019 (BVGer act. 1/10), 29. April 2019 (BVGer act. 1/11), 28. Mai 2019 (BVGer act. 1/12), 24. Juni 2019 (BVGer act. 1/13), 30. Juli 2019 (BVGer act. 1/14), 27. August 2019 (BVGer act. 1/15) und 24. September 2019 (BVGer act. 1/16), wonach die Beschwerdeführerin vom 1. September 2018 bis zum 31. Oktober 2019 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, sind vorliegend zu berücksichtigen, da sie vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2019 erstellt wurden. Hingegen datiert das ärztliche Zeugnis vom 22. Oktober 2019 (BVGer act. 1/17) nach Verfügungserlass und attestiert eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. November 2019 bis zum 30. November 2019, sodass es ein Novum darstellt. Replikweise legte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. D._____, Neurochirurg, vom 21. Januar 2020 (BVGer act. 8/1) ins Recht, der zwar nach Verfügungserlass datiert, jedoch Hinweise zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses enthält und damit vorliegend zu berücksichtigen ist. Dasselbe trifft auf den Bericht von Dr. E._____, Psychiater, vom 23. Januar 2020 (BVGer act. 8/2) zu, worin dieser angab, dass die Beschwerdeführerin seit September 2018, und damit bereits vor Verfügungserlass vom 14. Oktober 2019, bei ihm in Behandlung sei. Ebenfalls beachtlich sind die Stellungnahmen der IV-Ärzte Dr. F._____, Psychiater, vom 24. Februar 2020 (BVGer act. 10/3) und Dr. B._____, Allgemeinmedizinerin und Fachärztin für Intensivmedizin, vom 5. März 2020 (BVGer act. 10/1), welche sich zu den replikweise eingereichten ärztlichen Unterlagen äussern.

E. 3

In formeller Hinsicht rügte die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Rahmen des Vorbescheidverfahrens.

E. 3.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst das Recht der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung. Dazu gehört auch deren Recht, sich

vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden, an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen und Einsicht in die Akten nehmen zu können (vgl. auch Art. 47 ATSG) sowie die Pflicht der Behörden, den Entscheid zu begründen (vgl. auch Art. 49 Abs. 3 ATSG; BGE 135 V 465 E. 4.3.2; 134 I 83 E. 4.1; 132 V 368 E. 3.1 m.H.).

E. 3.2

Im Bereich der Invalidenversicherung hat die Verwaltung - von hier nicht zutreffenden Ausnahmen abgesehen (BGE 134 V 97) - das rechtliche Gehör grundsätzlich im Vorbescheidverfahren zu gewähren. Gemäss Art. 57a Abs. 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit (Satz 1); die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Artikel 42 ATSG (Satz 2). Gegenstand des Vorbescheids nach Art. 57a IVG sind dabei Fragen, die in den Aufgabenbereich der IV-Stellen nach Art. 57 Bst. c - f IVG fallen (Art. 73bis Abs. 1 IVV). Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen (Art. 73ter Abs. 1 IVV). Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Endentscheid zu äussern.

E. 3.3

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Dessen Verletzung führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst in der Regel zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 127 V 431 E. 3d/aa; 126 I 19 E. 2d/bb). Es kommt mithin nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist. Bei schwerwiegender Verletzung der Gehörs- und Mitwirkungsrechte entfällt grundsätzlich eine Heilungsmöglichkeit. Nicht geheilt werden kann die Verletzung des rechtlichen Gehörs zufolge Unterlassung der Anhörung des Versicherten durch die Verwaltung (vgl. zum Ganzen Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 1318 ff.). Nach ständiger Praxis kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs allerdings dann geheilt werden, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 126 V 130 E. 2b). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht vereinbar wären (BGE 116 V 182 E. 3d; zum Ganzen ausführlich Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 193/04 vom 14. Juli 2006).

E. 3.4.1

In den Akten ist eine Kopie eines Vorbescheids in deutscher Sprache, adressiert an die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin, enthalten (Vorakten 66), jedoch bestreitet Mag. iur. Antonius Falkner, Rechtsanwalt, sinngemäss dessen Empfang (BVGer act. 1).

E. 3.4.2

Nachforschungen zur Zustellung des Vorbescheides in deutscher Sprache an die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin erübrigen sich vorliegend, da bereits eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt, weil die Vorinstanz dem Rechtsvertreter die Akten nicht zustellte, sodass sich die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2019 mangels Aktenkenntnis nicht gehörig zum Vorbescheid äussern konnte.

E. 3.4.3

Vorliegend führt die Rückweisung der Sache zu keinem formalistischen Leerlauf, da die Sache, wie nachfolgend zu zeigen ist, auch in materieller Hinsicht mangels hinreichender Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, sodass eine Heilung der Verletzung des rechtlichen Gehörs ausser Betracht fällt.

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 Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens 3 Jahren (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 Vor-aussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 4.3

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.

E. 4.4

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von Ärzten und gegebenenfalls auch von anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes bzw. 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 (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4).

E. 4.5

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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.6

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 (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 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 4.7

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 (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je m.H.).

E. 4.8

Bezüglich des Beweiswertes eines Berichts oder eines Gutachtens ist entscheidend, ob der Bericht oder das Gutachten 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 (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss zudem über die notwendigen fachlichen

Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 4.9

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 (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. 4.9.1

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (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 (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 125 V 351 E. 3b/bb m.H.).

E. 4.9.2

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.

E. 4.9.2.1

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 bzw. die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (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).

E. 4.9.2.2

Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt oder die IV-Ärztin 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 entscheidrelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD oder vom medizinischen Dienst beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (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; Urteil des BVer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 m.H.). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 4.9.2.3

Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen, zu denen auch RAD-Berichte gehören, kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2).

E. 4.9.3

Auch ein im Auftrag eines Taggeldversicherers erstellter Bericht ist im Verfahren betreffend Prüfung eines IV-Rentenanspruchs auf dessen Beweiswert hin zu würdigen (Urteile des BGer 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.2 und 9C_229/2007 vom 28. August 2007 E. 2.1). Den vom Taggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Berichten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile des BGer 8C_71/2016 E. 5.3, 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3).

E. 4.10

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), 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 (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). 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. 4.8 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 (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; 144 V 50 E. 4.3).

E. 5.1

Den Behandlungsberichten im Verfahren vor der Vorinstanz sind die folgenden medizinischen Hinweise zu entnehmen:

E. 5.1.1

Dr. G. _____ diagnostizierte am 30. August 2006 (Vorakten 50) ein Asthma bronchiale und eine Tierhaarallergie. Er wies daraufhin, dass eine Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiven Befunden bestehe. Er habe bei mehreren Messungen immer nur eine leichte Obstruktion gefunden. Zudem sei die Compliance schlecht. Die Patientin habe trotz wiederholten Instruktionen nie eine konsequente antiasthmatische Behandlung durchgeführt. Er empfahl eine Hospitalisation zwecks konsequenter Asthmaschulung.

E. 5.1.2

In der Folge (Vorakten 49) wurde das Asthma bronchiale der Beschwerdeführerin während des Spitalaufenthalts vom 14. September 2006 bis zum 27. September 2006 medikamentös eingestellt, sodass die Beschwerdeführerin mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Rauch- und Staubexposition entlassen werden konnte.

E. 5.1.3

Im Januar 2007 wurde ein Karpaltunnelsyndrom links und im April 2007 rechts operativ behandelt, was für einige Wochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte (Vorakten 43; 44).

E. 5.1.4

Die Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine an das Asthma bronchiale angepasste Tätigkeit wurde am 15. Februar 2007 (Vorakten 48) von Dr. H._____, Arzt für Allgemein- und Sportmedizin, und am 4. Mai 2007 (Vorakten 46) von Dr. G._____, Pneumologe, bestätigt.

E. 5.1.5

Der von der liechtensteinischen Alters- und Hinterlassenenversicherung beigezogene ärztliche Dienst, Dr. I._____, wies am 27. März 2007 auf die schlechte Compliance der Beschwerdeführerin hin (Vorakten 47) und empfahl am 22. Mai 2007 (Vorakten 45/2), die Versicherte solle aufgefordert werden, in Absprache mit dem Hausarzt ein Training zu absolvieren.

E. 5.1.6

Am 3. September 2007 (Vorakten 42) und am 20. November 2007 (Vorakten 41) attestierte Dr. H._____ wegen der pneumonalen Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und berichtete, am 26. November 2007 trete die Beschwerdeführerin eine 50 % Arbeitsstelle bei der Post an.

E. 5.1.7

Am 19. August 2008 (Vorakten 37) bescheinigte Dr. J._____, Pneumologe und Internist, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Vermeidung von Staub- und Rauchexposition.

E. 5.1.8

Am 11. Oktober 2017 stürzte die Beschwerdeführerin in eine Baugrube von einem Meter Tiefe und zog sich dabei eine Flankenprellung zu (Vorakten 19/1, 19/61, 19/71, 19/75, 31).

E. 5.1.9

Dem Röntgenbericht vom 13. Oktober 2017 (Vorakten 19/66) ist als Befund zu entnehmen: Normale Lendenlordose. Diskopathie L4/5 mit leichter Höhenminderung und geringer Retrolisthesis des 4. Lendenwirbelkörpers, minimale linkskonvexe Skoliose, Intervertebralgelenke ohne wesentliche Degeneration. Weiter wurde am 13. Oktober 2017 (Vorakten 19/67) ein CT empfohlen, da Lungenparenchymveränderungen apikal links sichtbar waren, welche gemäss dem Radiologen Dr. K._____ bereits in einer CT-Untersuchung vom 24. Mai 2012 erkennbar waren.

E. 5.1.10

Im MRI der Lendenwirbelsäule vom 25. Oktober 2017 (Vorakten 19/64, 19/73, 30) wurden keine eindeutigen Hinweise auf eine stattgehabte Fraktur wegen des Sturzes vom 11. Oktober 2017 gefunden, jedoch Diskopathie L4/5 mit breitbasiger Diskusprotrusion paramedian rechts und dort kleinem Anulusriss, sowie Spondylarthrose L4/5 und Übergangsanomalie mit partieller Lumbalisation von Lendenwirbelkörper 5.

E. 5.1.11

Am 20. Dezember 2017 (Vorakten 19/58) hielt der beratende Arzt der L._____ Versicherungen, Dr. M._____, Chirurg, fest, als Diagnosen würden Flankenprellung rechts und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule vorliegen. Eine Teilarbeitsfähigkeit sei mit dieser Verletzung theoretisch nach sechs Wochen möglich. Am 21. März 2018 (Vorakten 19/47) empfahl Dr. M._____ den Beizug eines Schadenexperten.

E. 5.1.12

Da die Schmerzen persistierten, wurde am 5. Februar 2018 (Vorakten 19/55, 29) von Dr. N._____, Neurochirurg, und Dr. O._____, Neurochirurg, eine Infiltration des rechten Iliosakralgelenks und eine orthopädische Evaluation vorgeschlagen.

E. 5.1.13

Im MRI-Bericht vom 5. Februar 2018 (Vorakten 19/52, 28) wurde eine Arthrose ausgeschlossen, hingegen wurde eine leichte Enthesiopathie der Glutealsehneninsertion rechts am Trochanter erkannt und es fand sich wenig Flüssigkeit am Ursprung der Harnstringsehne am Osischadicum beidseits, womit die Schmerzen im Bereich des Sitzbeines erklärt wurden.

E. 5.1.14

Dr. P._____ konstatierte am 14. Februar 2018 (Vorakten 27, 19/51) eine wurstförmige Verhärtung auf Höhe des Tensors fascia latae und verschrieb Physiotherapie und Antiphlogistika.

E. 5.1.15

Im CT-Bericht vom 4. April 2018 (Vorakten 19/44) wurde bestätigt, dass keine Frakturhinweise vorlagen. Es wurde eine geringe Osteochondrose der unteren Lendenwirbelsäule mit breitbasiger Diskusextrusion L4/L5 ohne Affektion neutraler Strukturen sowie eine geringe Coxarthrose beidseits bei morphologischen Veränderungen prädisponierend für ein gemischtes femoroacetabuläres Impingement festgestellt (während Hüftgelenksbewegungen kommt es zu einem abnormen Kontakt zwischen Oberschenkelkopf/-hals und Hüftpfanne; permanente mechanische Irritationen sind die Folge und können zu Schädigungen der beteiligten Strukturen am Hüftgelenk führen; https://flexikon.doccheck.com/de/Femoroacetabuläres_Impingement, abgerufen am 8.9.2020).

E. 5.1.16

Am 18. Juli 2018 (Vorakten 26) berichteten die untersuchenden Ärzte der Q._____ Klinik, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, die Schmerzen der Beschwerdeführerin könnten nicht durch eine Wirbelsäulenpathologie erklärt werden. Dr. R._____ und Dr. S._____ empfahlen Abklärungen zur Beurteilung einer möglichen muskulären Dysbalance.

E. 5.1.17

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin am 13. August 2018 (Vorakten 25) bei Dr. T._____, FMH Anästhesiologie/Intensivmedizin, Facharzt Sachkunde für dosisintensives Röntgen, Facharzt interventionelle Schmerztherapie, vorstellig, welcher am 14. August 2018 als Beurteilung festhielt: posttraumatische Belastungsstörung, Schockerlebnis über den Sturz und Verzweiflung über die fehlende Anerkennung der Schmerzen als klare

Unfallfolge, deutliche muskuläre Verspannung im gesamten Glutealbereich. Weiter hielt Dr. T._____ fest, angesichts der zunehmenden psychischen Dekompensation und der chronischen Schmerzen sei eine psychiatrische Abklärung indiziert. Als Diagnosen führte er auf: chronisch persistierende Glutealschmerzen rechts nach Sturz im Oktober 2017, Piriformis-Syndrom rechts, Bursitis peritrochanterica rechts, ISG Blockade rechts, Meralgie rechts, lumbale Facettensymptomatik und muskuläre Dysbalance sowie posttraumatische Belastungsstörung nach Sturz in ein tiefes Loch. Als Piriformis-Syndrom bezeichnet man ein Engpasssyndrom des Nervus ischiadicus im Bereich des Foramen infrapiriforme. Als Hauptsymptom gelten starke Schmerzen im Gesäss, welche in den dorsalen Oberschenkel und sogar bis zum Knie hin ausstrahlen können. Vor allem Drehbewegungen (z.B. das Umdrehen im Bett oder das Übereinanderschlagen der Beine) sind für die Betroffenen besonders schmerzhaft. Sensibilitätsstörungen in den Beinen oder Schmerzen in der Lendenregion sind auch möglich (vgl.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Piriformis-Syndrom>, abgerufen am 8.9.2020). Unter einer Bursitis versteht man die Entzündung eines Schleimbeutels. Eine Bursitis entsteht meist durch Traumen, Infektionen oder chronische Fehlbelastungen bzw. Reizungen. Bursitiden treten jedoch auch im Zusammenhang mit Systemerkrankungen, z.B. bei einer rheumatoiden Arthritis auf. Die Symptome können zu Beginn diskret sein. Der Patient oder die Patientin verspürt leichte Bewegungsschmerzen und ein reibendes Gefühl im Bereich des entzündeten Schleimbeutels. Bei fortgesetzter Belastung verstärken sich die Schmerzen, und es können zusätzliche Lokalsymptome wie Schwellung, Überwärmung und Ergussbildung auftreten (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Bursitis>, abgerufen am 8.9.2020).

E. 5.1.18

Wegen der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 11. Oktober 2017 (Vorakten 19/60, 19/79-19/91) gab die U._____ Kranken- und Unfallversicherung AG, Landesvertretung Liechtenstein, eine interdisziplinäre Abklärung auf den Gebieten der Rheumatologie, Psychiatrie und «Ergonomie» bei der Klinik C._____ in Auftrag. Die Untersuchungen fanden am 21. August 2018 statt (Vorakten 19/93-19/107; 21-24).

E. 5.1.18.1

Dr. V._____, Psychiater, diagnostizierte am 21. August 2018 (Vorakten 19/97; 23) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (in absteigender Reihenfolge Ärger, Enttäuschung, Anspannung, marginal depressive Verstimmung), welche zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für rheumatologisch und ergonomisch adaptierte Tätigkeiten führe. Ein posttraumatischer Beschwerdekomples, wie in einem Vorbericht kurz erwähnt worden sei, bestehe nicht, da kein Hyperarousal, keine Flashbacks und keine traumaassoziierten Träume vorhanden seien. Dr. V._____ wies daraufhin, dass eine schlafanstossende und/oder coanalgetische Behandlung mit Antidepressiva eine Therapieoption darstelle, als erstes jedoch eine vernünftige Analgesie erreicht werden sollte.

E. 5.1.18.2

In ergonomischer Hinsicht erkannte Frau W._____, Therapeutin Ergonomie, am 22. August 2018 (Vorakten 19/100, 24), das arbeitsrelevante Problem sei eine schmerzbedingte limitierte Belastbarkeit, welche sich vor allem in vorgeneigten Positionen, beim Heben von Lasten und beim Gehen äussern würden. Des Weiteren könne eine allgemeine

Dekonditionierung beobachtet werden. Die standardisierte Bewertung der Bereiche «Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen», «Schmerzverhalten», «Leistungsverhalten» und «Konsistenz» habe eine erhebliche Symptomausweitung ergeben. Die beobachtete Belastbarkeit entspreche im Wesentlichen einer sehr leichten oder vorwiegend sitzenden Tätigkeit (Hantieren von Lasten bis 5 kg). Hinsichtlich der Zumutbarkeit sollte aus somatischer Sicht aufgrund der festgestellten Symptomausweitung von einer höheren Belastbarkeit ausgegangen werden. Die tatsächliche Leistungsfähigkeit werde entsprechend einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis maximal 15 kg eingeschätzt.

E. 5.1.18.3

Dr. X._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 3. September 2018 (Vorakten 19/95; 22) fest, aufgrund der klinischen Untersuchung sowie der Vorbefunde seien die Beschwerden im Rahmen einer Ansatzendinopathie der Glutealsehne rechts am Trochanter major rechts zu sehen. Dies erkläre aber nicht vollständig das sehr ausgeprägte Schonhinken mit Entlastung des rechten Beines. Dies scheine eher im Rahmen einer Symptomverdeutlichung vorzuliegen. Dr. X._____ empfahl eine medizinische Trainingstherapie und die Aufnahme eines aktiven Lebensstils im Alltag. Aus rein «rheumatologischer» Sicht sollte die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als KurierfahrerIn bei der Post zu 100 % wieder möglich sein. Zu Beginn sollte aber auf das Tragen von schweren Gewichten, welches laut der Versicherten notwendig sei, verzichtet werden.

E. 5.1.18.4

Im interdisziplinären Konsilium vom 3. September 2018 (Vorakten 19/93, 21) wurde festgehalten, die im Rahmen der ergonomischen Abklärung beobachtete Belastbarkeit entspreche im Wesentlichen einer sehr leichten oder vorwiegend sitzenden Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis max. 5 kg). Hinsichtlich Zumutbarkeit sei aus somatischer Sicht aufgrund der festgestellten erheblichen Symptomausweitung von einer höheren Belastbarkeit auszugehen. Die höher eingeschätzte Belastbarkeit entspreche einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Hantieren von Lasten selten bis max. 15 kg ganztags. Als spezielle Einschränkungen sollten vorgeneigte Positionen sowie Gehen nur manchmal (max. 3 Stunden bei einem Achtstundenarbeitstag) vorkommen. Die geschätzte funktionelle Leitungsfähigkeit liege teilweise unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Tätigkeit. Mühe bereite insbesondere das wiederholte Hantieren der Pakete bis 20 kg. Es bestehe insgesamt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als KurierfahrerIn bei der Post. Es sollte momentan aber auf das Hantieren von Paketen über 15 kg verzichtet werden, hierfür sollte die Versicherte Hilfe bekommen oder dies komplett abgeben können. Ansonsten entspreche die Leistungsfähigkeit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

E. 5.1.19

Dr. H._____, Arzt für Allgemein- und Sportmedizin, berichtete am 13. November 2018 (Vorakten 20), die Beschwerdeführerin leide an chronisch persistierenden Glutealschmerzen nach Sturz im Oktober 2017, an posttraumatischer Belastungsstörung und an Asthma bronchiale sowie Tierhaarallergie. Es bestehe eine Therapieresistenz. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 70 - 80 %. Die Beschwerdeführerin solle zudem nicht

länger sitzen oder stehen, keine schweren Pakete heben sowie nicht aus einem Fahrzeug ein- und aussteigen. Sie dürfe maximal und selten 5 kg heben.

E. 5.1.20

Der medizinische Dienst der IVSTA, Dr. B._____, Allgemeinmedizinerin und Fachärztin für Intensivmedizin, nahm am 13. Mai 2019 (Vorakten 58) zu den medizinischen Berichten dahingehend Stellung, als sie ausführte, in somatischer Hinsicht bestünden zwei Probleme, einerseits das Asthma bronchiale und andererseits die persistierenden Schmerzen nach dem Unfall vom 11. Oktober 2017. Die Schmerzen hätten von den verschiedenen Spezialisten nicht erklärt werden können, erwähnt worden sei einzig eine muskuläre Dysbalance und eine Beeinträchtigung der Nerven («une atteinte nerveuse»). Eine pluridiziplinäre Expertise habe ergeben, dass die angestammte Tätigkeit zumutbar sei, unter der Limitierung, dass die ersten Monate das Hantieren von Gewichten über 15 kg zu vermeiden sei und zudem die Position alle drei Stunden gewechselt werden müsse. In psychiatrischer Hinsicht bestehe trotz der Anpassungsstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 5.2

Im Beschwerdeverfahren wurden die folgenden medizinischen Unterlagen eingereicht, welche vorliegend zu berücksichtigen sind:

E. 5.2.1

Dr. H._____, Arzt für Allgemein- und Sportmedizin, attestierte der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. September 2018 bis zum 31. Oktober 2019 (BVGer act. 1/3-1/16).

E. 5.2.2

Am 21. Januar 2020 (BVGer act. 8/1) diagnostizierte Dr. D._____, Neurochirurg, ein lumbosakrales, lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer rechtsseitiger Ausstrahlung bei monosegmentaler Diskopathie mit medianem Anulusriss und einer segmentalen Instabilität L4/5. Er berichtete, das MRI der Lendenwirbelsäule vom 25. November 2019 zeige monosegmentale Diskopathie L4/5 mit medianem Bandscheibenriss und deutlicher Protrusion, begleitende spondylarthrotische Veränderungen des Segmentes L4/5 mit deutlich flüssigkeitsgefülltem Facettengelenk im Sinne einer Gefügelockerung L4/5, erosive Osteochondrose beidseits L4/5. Eine direkte neuronale Kompression sei nicht nachweisbar. Dr. D._____ beurteilte diesen Befund dahingehend, die von der Patientin geklagten lumbovertebralen Schmerzen mit rechtsseitiger Beinbeteiligung seien wahrscheinlich auf die Diskopathie des Segmentes L4/5 zurückzuführen. Im Vergleich zu den Voraufnahmen von 2017/2018 zeige sich hier eine deutliche Höhenminderung des Bandscheibensegmentes sowie eine zunehmende Retrolisthese (Wirbelgleiten; <https://www.amboss.com/de/wissen/Wirbelgleiten#xid=PQ0Wwf&aker=Z6f63f3751bc0ffc7f10b969f74ae5b2d>, abgerufen am 8.9.2020) vom Lendenwirbelkörper 4 als Zeichen der progredienten Instabilität dieses Segmentes. Die Diskopathie sei bereits in der Bildgebung von 2017 ersichtlich gewesen; auch die beginnende erosive Osteochondrose zeige sich auf der Bildgebung von Oktober 2017. Somit sei, würde die aktuelle Beschwerdesymptomatik tatsächlich von der erkrankten Bandscheibe ausgehen, die Symptomkonstellation eine direkte Krankheitsfolge und weniger unfallassoziiert. Dr. D._____ wies daraufhin, sollte die Beschwerdeführerin von einer diskographischen Applikation nicht längerfristig profitieren können, würde bei nachgewiesener Instabilität zur adäquaten Therapie lediglich die Diskektomie (Entfernen von geschädigtem Bandscheibengewebe);

<https://flexikon.doccheck.com/de/Diskektomie>, abgerufen am 8.9.2020) und die Spondylodese (Stabilisierung und Versteifung der Wirbelsäule; <https://flexikon.doccheck.com/de/Spondylodese>, abgerufen am 8.9.2020) bleiben.

E. 5.2.3

Mit Schreiben vom 23. Januar 2020 (BVGer act. 8/2) berichtete Dr. E._____, die Beschwerdeführerin befinde sich seit September 2018 bei ihm in psychiatrischer Behandlung. Es würden ca. alle drei Wochen supportive Gespräche stattfinden. Diagnostisch habe bisher eine Anpassungsstörung vorgelegen. In den letzten Wochen habe sich die depressive, verzweifelte und hoffnungslose Symptomatik verschlechtert, sodass nun eine mittelgradige depressive Episode gegeben sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.2.4

Der IV-Arzt, Dr. F._____, Psychiater, nahm am 24. Februar 2020 (BVGer act. 10/3) dahingehend zum Schreiben von Dr. E._____ vom 23. Januar 2020 Stellung, als er ausführte, eine Anpassungsstörung könne keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Deswegen hätten auch supportive Gespräche und keine Therapie stattgefunden. Das Schreiben von Dr. E._____ sei bezüglich Depression oder Ausmass der Depression nicht nachvollziehbar, da keine Befunde geliefert würden. Ausserdem gehe aus dem Schreiben hervor, dass allenfalls eine Depression seit Anfang Januar 2020 bestehe, somit würde die Depression erst seit zwei Monaten bestehen, womit das Wartejahr noch nicht erfüllt sei.

E. 5.2.5

Die IV-Ärztin Dr. B._____, Allgemeinmedizinerin und Fachärztin für Intensivmedizin, konstatierte am 5. März 2020 (BVGer act. 10/1), die Beschwerdeführerin sei am 11. Oktober 2017 verunfallt. Es würden 14 Arztzeugnisse für die Zeit vom 1. September 2018 bis zum 30. November 2019 vorliegen, jedoch ohne weitere Informationen. Im MRI vom 25. November 2019 habe sich eine Diskopathie L4-L5 ohne Diskushernie und ohne neuronale Kompression gezeigt und im neurochirurgischen Bericht vom 21. Januar 2020 von Dr. D._____, Neurochirurg, sei eine mögliche Behandlung (Diskektomie und Spondylodese L4-L5) erwähnt worden, womit die osteo-artikuläre Situation nicht stabil sei und weitere Unterlagen, wie ein neurochirurgischer Bericht sowie allfällige Spital- und Operationsberichte, beschafft werden müssten, um zu erfahren, ob die chirurgische Therapie durchgeführt worden sei und mit welchem Erfolg.

E. 6

In psychiatrischer Hinsicht sind vorliegend die Diagnose, der Schweregrad der Erkrankung und die damit zusammenhängenden funktionellen Einbussen umstritten.

E. 6.1.1

Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2019, gestützt auf die psychiatrische Expertise der Klinik C._____ vom 21. August 2018 (Untersuchungsdatum; Vorakten 19/97, 23) und der Einschätzung der IV-Ärztin Dr. B._____, Allgemeinmedizinerin und Fachärztin Intensivmedizin, vom 13. Mai 2019 (Vorakten 58), von einer Anpassungsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Sie erörterte ihre Ansicht im Beschwerdeverfahren, gestützt auf die Stellungnahme ihres IV-Arztes Dr. F._____, Psychiater, vom 24. Februar 2020 (BVGer act. 10/3), dahingehend, dass eine Anpassungsstörung keine Arbeitsunfähigkeit begründen könne.

E. 6.1.2

Die Beschwerdeführerin hingegen ist, aufgrund des Schreibens des Psychiaters Dr. E. _____ vom 23. Januar 2020 (BVGer act. 8/2), der Ansicht, dass sich aus der Anpassungsstörung eine Depression entwickelt habe, und bereits aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe.

E. 6.1.3

Dagegen brachte die Vorinstanz, unter Hinweis auf die Stellungnahme ihres IV-Arztes Dr. F. _____ vom 24. Februar 2020 (BVGer act. 10/3) sinngemäss vor, die Diagnose einer Depression sei nicht nachvollziehbar.

E. 6.2.1

Die pluridisziplinäre Expertise der Klinik C. _____ vom 21. August 2018 (Untersuchungsdatum), auf welche sich die Vorinstanz bei ihrer Beurteilung insbesondere stützte, wurde von der Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin in Auftrag gegeben, womit es sich nicht um ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten handelt. Trotzdem kommt der Expertise voller Beweiswert zu, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Jedoch kann bereits bei geringen Zweifeln an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht darauf abgestellt werden (vgl. E. 4.9.2.3 und E. 4.9.3 hiervor). Der psychiatrische Teil der pluridisziplinären Expertise hat sich zudem an die bundesgerichtlichen Vorgaben nach BGE 141 V 281 zu halten.

E. 6.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.1 m.H. auf BGE 143 V 409). Dabei erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die 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).

E. 6.2.3.1

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Dr. V. _____, Psychiater, stellte anlässlich der Exploration vom 21. August 2018 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (in absteigender Reihenfolge Ärger, Enttäuschung, Anspannung, marginal depressive Verstimmung; ICD-10

F43.23), was aufgrund der zu diesem Zeitpunkt durch ihn erhobenen Befunde nachvollziehbar ist. Es leuchtet auch ein, dass Dr. V. _____ das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, die von Dr. T. _____, FMH Anästhesiologie und Intensivmedizin, Facharzt Sachkunde für dosisintensives Röntgen, Facharzt Interventionelle Schmerztherapie, am 14. August 2018 (Vorakten 25) diagnostiziert worden war, verneinte, da er keine entsprechenden Befunde wie Hyperarousal, Flashbacks oder traumaassoziierte Träume erheben konnte. Ausserdem entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (<https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>, abgerufen am 8.9.2020). Ein Sturz in ein Loch von einem Meter Tiefe stellt objektiv betrachtet kein solch schweres Ereignis dar. Vorliegend ist somit gestützt auf die Exploration von Dr. V. _____ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 11. Oktober 2017 eine Anpassungsstörung entwickelt hat. Diese Diagnose wird auch vom behandelnden Psychiater Dr. E. _____ bestätigt, welcher am 23. Januar 2020 (BVGer act. 8/2) berichtete, dass diagnostisch bisher eine Anpassungsstörung vorgelegen sei.

E. 6.2.3.2

Dr. E. _____ gab am 23. Januar 2020 (BVGer act. 8/2) an, dass sich aus der Anpassungsstörung eine mittelgradige depressive Episode entwickelt habe. Das Bundesverwaltungsgericht geht mit der Vorinstanz einig, dass mangels Aufführen entsprechender Befunde und schlüssiger Herleitung die Diagnose von Dr. E. _____ bei der jetzigen Aktenlage nicht nachvollziehbar ist. Andererseits leuchtet es auch nicht ein, dass die Diagnose einer Anpassungsstörung, welche zwar im August 2018 anlässlich der Exploration in der Klinik C. _____ nachvollziehbar war, bei Verfügungserlass am 14. Oktober 2019 weiterhin bestehen soll, da seit dem auslösenden Ereignis, der Sturz vom 11. Oktober 2017, bereits zwei Jahre vergangen waren. Damit lag bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2019 keine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose vor.

E. 6.2.4.1

Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). Beim zum ersten Komplex der "Gesundheitsschädigung" gehörenden Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" geht es darum, die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung festzustellen, d. h. die Schwere und das Ausmass des Krankheitsgeschehens. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist vom Gutachter anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1).

E. 6.2.4.2

Dr. V. _____ äusserte sich nicht zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde. Er hielt einzig ohne weitere Begründung fest, aus fachpsychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Vorinstanz hätte weitere Abklärungen in die Wege leiten müssen, denn die Ansicht des IV-Arzt Dr. F. _____ (BVGer act. 10/3), wonach eine Anpassungsstörung keine Arbeitsunfähigkeit begründen könne, ist in dieser pauschalen

Ansicht im Rahmen eines IV-Verfahrens mit BGE 143 V 418 nicht vereinbar. Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychische Erkrankungen dem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht, ressourcenorientiert und ergebnisoffen zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.1.1. f.). Vor diesem Hintergrund verbietet es sich, aus einer bestimmten Diagnose per se direkt das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit abzuleiten (Urteil BVGer C- 3864/2017 vom 11. März 2019 E. 5.4). Die Beurteilung von Dr. V._____ erfüllt in dieser Hinsicht die an beweiswertige Gutachten in der Invalidenversicherung gestellten Anforderungen nicht.

E. 6.2.4.3

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» gehören ebenfalls die Indikatoren «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz». Dr. V._____ hielt anlässlich der Exploration vom 21. August 2018 fest, dass die Beschwerdeführerin bis zu diesem Zeitpunkt nicht in psychiatrischer Behandlung gewesen sei, jedoch der Hausarzt ihr empfohlen habe, eine psychiatrische Therapie zu beginnen. Dr. V._____ erkannte, eine schlafanstossende und/oder coanalgetische Behandlung mit Antidepressiva sei eine Therapieoption. Die Vorinstanz hätte daher vor Erlass der angefochtenen Verfügung in Ergänzung zur Exploration in der Klinik C._____ beim behandelnden Psychiater Dr. E._____ Berichte einholen müssen, damit der Verlauf der Krankheit und eine etwaige gesundheitliche Verschlechterung bis zum Verfügungszeitpunkt ersichtlich worden wären. Falls eine gesundheitliche Verschlechterung bestätigt worden wäre, hätte geklärt werden müssen, ob die bisherige Behandlung lege artis erfolgte, oder ob neben den supportiven Gesprächen weitere Behandlungen notwendig gewesen wären, wie zum Beispiel die Einnahme von Medikamenten, wie dies von Dr. V._____ vorgeschlagen wurde.

E. 6.2.5.1

Weiter hat unter dem Indikator "Komorbidität" eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der diagnostizierten psychischen Erkrankung(en) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen zu erfolgen (Urteil des BGer 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens auf sämtliche psychischen Erkrankungen vgl. BGE 143 V 418 E. 6 und 7). Wie das Bundesgericht in Präzisierung von BGE 141 V 281 in BGE 143 V 418 erkannt hat, fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert (Urteil 9C_21/2017 E. 5.2.1; 143 V 418 E. 8.1).

E. 6.2.5.2

Im Sinne dieser geforderten beschwerdeübergreifenden Gesamtbetrachtung hätten sämtliche körperlichen Leiden der Beschwerdeführerin in die Ressourcenbeurteilung miteinbezogen werden müssen, um in einem IV-Verfahren ein hinreichend beweiswertiges Gutachten darzustellen. Die Beurteilung von Dr. V._____ erfolgte in Bezug auf die Frage, ob die Leiden der Beschwerdeführerin weiterhin unfallbedingt sind, und nicht im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung für die Invalidenversicherung, womit sich Dr. V._____ naturgemäss nicht zu sämtlichen Leiden der Beschwerdeführerin und einer

etwaigen Komorbidität äusserte. Die Expertise von Dr. V._____ erfüllt folglich die Voraussetzungen an Gutachten in einem IV-Verfahren nicht. Die Vorinstanz hätte daher ein psychiatrisches Gutachten unter Hinweis auf das strukturierte Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 in Auftrag geben müssen.

E. 6.2.6

Aus dem Gesagten folgt, dass die psychiatrische Expertise von Dr. V._____ mangels Vollständigkeit (vgl. E. 6.2.4 und E. 6.2.5 hiervor) und der Bericht von Dr. E._____ mangels Nachvollziehbarkeit (vgl. E. 6.2.3.2) die in einem IV-Verfahren an psychiatrische Gutachten gestellten Anforderungen nicht erfüllen, sodass ihnen kein voller Beweiswert zukommt. Anderweitige psychiatrische Untersuchungsberichte sind nicht aktenkundig.

E. 6.3

In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich, dass die aktenkundigen ärztlichen Berichte keine hinreichende Antwort in Bezug auf psychiatrische Diagnose, Schweregrad der Erkrankung und die damit zusammenhängenden Einbussen geben. Aus diesem Grund bietet die medizinische Aktenlage in psychiatrischer Hinsicht keine rechtsgenügende Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Die Vorinstanz wird nach Rückweisung der Sache an sie, bei Dr. E._____ und allenfalls weiterer Psychotherapeuten Berichte einholen müssen, damit der Verlauf der Krankheit und eine etwaige gesundheitliche Verschlechterung ersichtlich werden. Falls eine gesundheitliche Verschlechterung bestätigt werden sollte, wird zu klären sein, ob die bisherige Behandlung bei Dr. E._____ lege artis erfolgte, oder ob neben den supportiven Gesprächen weitere Behandlungen angezeigt wären. Weiter hat die Vorinstanz eine psychiatrische Begutachtung in die Wege zu leiten, welche sich an ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 hält.

E. 7.1

In somatischer Hinsicht stellte die Vorinstanz ebenfalls auf die pluridisziplinäre Untersuchung in der Klinik C._____ vom 21. August 2018 (Untersuchungsdatum) ab.

E. 7.1.1

Einem Bericht oder einem Gutachten kommt in der Invalidenversicherung nur dann voller Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist (vgl. E. 4.8 hiervor). Zudem kann eine Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (vgl. E. 4.1 hiervor). Hieraus folgt, dass eine ärztliche Expertise, welche eine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden soll, sich sowohl zu unfallbedingten als auch krankheitsbedingten Einschränkungen zu äussern hat, wenn sich entsprechende Hinweise aus den medizinischen Akten ergeben.

E. 7.1.2

Die Beschwerdeführerin weist verschiedene somatische Leiden auf, wie zum Beispiel eine Diskopathie und eine Osteochondrose (vgl. E. 5.2.2. hiervor) sowie ein Piriformis-Syndrom und eine Bursitis peritrochanterica (vgl. E. 5.1.17 hiervor). Bei diesen Diagnosen handelt es sich um krankheitsbedingte Leiden. Da die Klinik C._____ die Frage zu klären hatte, ob die Leiden der Beschwerdeführerin auf den Unfall vom 11. Oktober 2017 zurückzuführen seien, hat sich Dr. X._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, naturgemäss nicht zu den aufgeführten krankheitsbedingten Beschwerden geäussert.

E. 7.1.3

Weiter ist aus dem Bericht der Klinik C._____ nicht ersichtlich, ob Dr. X._____ Kenntnis von den medizinischen Vorakten hatte, da er keine umfassende Auflistung oder Erwähnung der ärztlichen Vorakten vornahm.

E. 7.1.4

Hinzukommt, dass einerseits einleuchtet, dass Dr. X._____ aufgrund der diagnostizierten Ansatzendinopathie der Glutealsehne rechts am Trochanter major rechts das Tragen von Gewichten von über 15 kg als nicht zumutbar erachtete, jedoch ist nicht einzusehen, warum er schrieb, dass die Tätigkeit als Kurierfahrerin weiterhin möglich sei, da diese gerade das Hantieren von Gewichten von über 15 kg beinhaltet (Vorakten 9/6).

E. 7.1.5

Zudem begründete Dr. X._____ seine Annahme, wonach eine Symptomverdeutlichung vorliegen soll, nicht hinreichend. Zwar leuchtet es ein, dass einzig mit der Diagnose einer Ansatzendinopathie das Schonhinken nicht erklärbar ist, jedoch hätten weitere Abklärungen in die Wege geleitet werden müssen, damit diese Expertise im Rahmen eines IV-Verfahrens vollen Beweiswert hätte, denn wie Dr. D._____, Neurochirurg, am 21. Januar 2020 nachvollziehbar darlegte (vgl. E. 5.2.2 hiervor), ist die Beschwerdesymptomatik auf die Diskopathie und Osteochondrose zurückzuführen, die bereits in der Bildgebung von 2017 erkennbar war.

E. 7.1.6

Die Expertise von Dr. X._____ ist damit weder umfassend noch nachvollziehbar und erfüllt folglich die Anforderungen an beweismässige Gutachten in der Invalidenversicherung nicht, sodass sie vorliegend keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden konnte. Die Vorinstanz hätte daher ein rheumatologisches Gutachten in die Wege leiten müssen.

E. 7.2

Aufgrund der persistierenden Schmerzen empfahl Dr. D._____, Neurochirurg, am 21. Januar 2020 Diskektomie und Spondylodese über das Segment L4/5 (BVGer act. 8/1). Die Schlussfolgerung der IV-Ärztin Dr. B._____ vom 5. März 2020 (BVGer act. 10/1), dass der somatische Gesundheitszustand nicht stabil sei und damit weitere Abklärungen notwendig seien, leuchtet daher ein. Das Einholen von Behandlungsberichten zu einer etwaigen chirurgischen Therapie wie dies von der IV-Ärztin vorgeschlagen wurde, genügt vorliegend jedoch nicht, da Behandlungsberichte sich naturgemäss zum Behandlungsverlauf äussern und nicht zu allenfalls vorhandener Wechselbeziehungen der Beschwerden sowie zur Leistungsfähigkeit und Auswirkungen von allenfalls weiterhin vorhandenen funktionellen Einschränkungen in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit. Das Einholen von medizinischen Berichten genügt folglich vorliegend nicht, vielmehr ist ein neurochirurgisches Gutachten einzuholen.

E. 7.3

Hingegen ist nicht ersichtlich, inwiefern ein Gutachten auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie wichtige Informationen zur Arbeitsfähigkeit liefern könnte, da sich aus den Akten keine Leiden mit Bezug zu diesem Fachgebiet ergeben und die Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert vorbrachte, warum eine Begutachtung auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie durchzuführen wäre. Der entsprechende Antrag der Beschwerdeführerin ist daher

beim jetzigen Aktenstand abzulehnen.

E. 7.4

Das Asthma bronchiale konnte zwar, wie die Vorinstanz zurecht vorbrachte, medikamentös eingestellt werden (E. 5.1.2 hiervor), jedoch sollte die Beschwerdeführerin Rauch- und Staubexposition meiden (vgl. E. 5.1.2, E. 5.1.7 hiervor). Diese Einschränkung ist daher bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie von zumutbaren Verweistätigkeiten zu berücksichtigen.

E. 7.5

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beurteilung der Klinik C._____ ebenfalls in somatischer Hinsicht keine hinreichende Beurteilungsgrundlage bilden konnte und die Vorinstanz ein pluridisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Rheumatologie und Neurochirurgie hätte einholen müssen.

E. 8

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht stabil ist, womit dem Hauptantrag der Beschwerdeführerin auf Zusprache einer Invalidenrente nicht gefolgt werden kann. Hingegen ist der Eventualantrag der Beschwerdeführerin gutzuheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die medizinischen Akten sind mit allenfalls neuen Behandlungsberichten zu aktualisieren und danach ein pluridisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Psychiatrie, Rheumatologie und Neurochirurgie einzuholen. Dabei werden sich die Gutachter nicht nur zur aktuellen gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin zu äussern haben, sondern auch zu den bereits bestehenden ärztlichen Berichten und allenfalls davon abweichenden Befunden. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf ein Sachverständigengutachten ist daher insofern gutzuheissen, als die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie die genannten weiteren Abklärungen in die Wege leitet.

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht geht mit den Parteien einig (BVGer act. 1, 8, 10), dass vorliegend der medizinische Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt wurde. Die Vorinstanz beantragte in ihrer Duplik (BVGer act. 10) die Gutheissung der Beschwerde, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache. Die Beschwerdeführerin beantragte eventualiter ebenfalls die Rückweisung (BVGer act. 1). In Bezug auf die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz liegen damit übereinstimmende Anträge der Parteien vor. Es sind keine Gründe ersichtlich und aus den Akten ergeben sich auch keine Anhaltspunkte, die der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz nach der Rechtsprechung von BGE 137 V 210 entgegenstünden.

E. 9.2

Vorliegend ist, wie erwähnt, eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Neurochirurgie, Rheumatologie und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281) angezeigt. Die Entscheidung, ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachterinnen und Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der pluridisziplinären

Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich, einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 9.3

Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch abzuklären, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin zufolge ihres Gesundheitszustandes auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3), dies einerseits in Bezug auf ihre angestammte Tätigkeit als Kurierfahrerin, die eine mittelschwere Arbeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 25 kg (Vorakten 9/6) beinhaltet, und andererseits in Bezug auf eine Verweistätigkeit. Dabei sind an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen (Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und ist die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 m.H.).

E. 10

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. Oktober 2019 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie nach Einholen eines pluridisziplinären Gutachtens in den Fachbereichen Neurochirurgie, Psychiatrie und Rheumatologie über das Leistungsbegehren erneut entscheidet.

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine etwaige Parteientschädigung.

E. 11.1

Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind weder der Beschwerdeführerin noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 [e contrario] und Abs. 2 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin ist der von ihr geleistete Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten.

E. 11.2

Die Beschwerdeinstanz kann gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen. Der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ist - unter Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwandes - eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- auszurichten (vgl. Art.

14 Abs. 2 VGKE).

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