

BVGer C-6147/2018 vom 14. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6147_2018

FR: TAF C-6147/2018 du 14 avril 2020

IT: TAF C-6147/2018 del 14 aprile 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 24. September 2018) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3

Zu prüfen ist vorab in formeller Hinsicht, ob die Vorinstanz mit dem Erlass der angefochtenen Verfügung ihrer Begründungspflicht hinreichend nachgekommen ist.

E. 3.1

Das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidfindung berücksichtigt. Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2, Urteil des BGer 9C_257/2011 vom 25. August 2011 E. 5.1, je mit Hinweisen).

E. 3.2

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). Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen (Art. 73ter Abs. 1 IVV; SR 831.201). 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 und die Gerichte zu entlasten (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106; vgl. dazu auch Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Massnahmen zur Verfahrensstraffung vom 4. Mai 2005], BBl 2005 S. 3079 ff., insbesondere 3084 f.). Die IV-Stelle hat zum Einwand kurz Stellung zu nehmen. Sie darf sich nicht darauf beschränken, die vom Versicherten vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, sondern sie hat ihre Überlegungen dem Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich auch ausdrücklich mit den entscheidungswesentlichen Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (Urteil des BGer 8C_177/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 3.1; vgl. dazu auch Art. 74 Abs. 2 IVV). Das Vorbescheidverfahren geht mithin über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Endentscheid zu äussern (BGE 142 V 380 E. 5.3 S. 387 mit Hinweis auf BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 und Urteil 9C_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 2.1). Mit Blick auf die Funktion des Vorbescheidverfahrens (Dialog zwischen IV-Stelle und versicherter Person sowie deren Einbezug in die Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhalts, Verbesserung der Akzeptanz der Entscheide) sind an die Begründungspflicht erhöhte Anforderungen zu stellen (vgl. Urteile des BVer C-4400/2014 vom 26. Mai 2016 E. 3.2.1; C-3862/2014 vom 19. November 2015 E. 2.2).

E. 3.3

Wie vorstehend (Sachverhalt, Bst. B.c hievor) dargelegt, hat die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 30. Juli 2018 gegen den Vorbescheid vom 5. Juli 2018 Einwand erhoben und in diesem Zusammenhang zwei neue Arztberichte (Austrittsbericht der C._____ Klinik vom 1. Dezember 2017; Bericht von Dr. med. D._____ vom 18. Oktober 2016) ins Recht

gelegt und gleichzeitig die fehlende Berücksichtigung dieser medizinischen Beweismittel gerügt (act. 97, S. 2 - 11). Mit Recht wendet die Beschwerdeführerin ein, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung mit keinem Wort auf ihre Rügen eingegangen ist. Indem sie ungeachtet des Einwandes der Beschwerdeführerin eine mit dem Vorbescheid vollkommen identische Verfügung erlassen hat, hat sie deren Gehörsanspruch verletzt (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zürich, 2018, Art. 57a N. 9 mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung). Denn mit Blick auf den genannten Zweck des Vorbescheidverfahrens sind an die Begründungsdichte der in diesem Verfahren erlassenen Verfügungen erhöhte Anforderungen zu stellen, so dass die Vorinstanz zumindest kurz hätte darlegen müssen, aus welchen Gründen sie in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren Abklärungen, insbesondere einer versicherungsinternen Würdigung der neu eingereichten medizinischen Beweismittel durch den RAD der IV-Stelle respektive einer Rückfrage an den Gutachter, abgesehen hat. Eine Rückfrage beim Gutachter respektive beim RAD der IV-Stelle wäre im vorliegenden Fall umso mehr angezeigt gewesen, als der Gutachter den (mit Einwand vom 30. Juli 2018 eingereichten) Austrittsbericht der C._____ Klinik anfänglich noch selber angefordert hat (vgl. Gutachten, S. 2 [Fn. 3]), bevor er das Gutachten in der Folge ohne Würdigung dieses (im Zeitpunkt der Erstellung noch ausstehenden) Berichts vorgenommen hat. Die entsprechende Unterlassung der Vorinstanz begründet eine schwere Verletzung des Gehörsanspruchs.

E. 3.4

Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1; Waldmann/Bickel, in: Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Art. 29 Rz. 106). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung kann indes auch bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abgesehen werden, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2; 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f.; 126 V 130 E. 2b; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Mit Blick auf die vollständig fehlende Auseinandersetzung mit den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Rügen und eingereichten Beweismitteln ist die Gehörsverletzung als schwerwiegend einzustufen. Wie nachfolgend (E. 7 und 8) darzulegen ist, ist die Streitsache vorliegend auch aus materiell-rechtlichen Gründen aufzuheben. Eine blosser Rückweisung an die IVSTA zur Gewährung des rechtlichen Gehörs würde zu einem formalistischen Leerlauf führen und stünde darüber hinaus auch im Widerspruch zum klar zum Ausdruck gebrachten Interesse der Beschwerdeführerin an einer zeitnahen und umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts.

E. 4

Wie nachfolgend darzulegen ist, ist die Streitsache aus materiellen Gründen zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (24. September 2018) finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen und per 1. Januar 2015 revidierten 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, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11, inkl. Änderungen per 1. Januar 2015) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 4.2

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA und er hierzu erlassenen Koordinierungsbestimmungen nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; 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 mit Hinweisen).

E. 4.3

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. 4.4

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen,

erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

E. 4.8

Geht es um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), 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.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung ausgeführt, dass gemäss Gutachten vom 28. März 2018 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Laut den Schlussfolgerungen des Gutachters sei die in den Akten erwähnte Erschöpfungsproblematik einer Neurasthenie zuzuordnen, welche zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht austherapiert sei. Der Gutachter habe diesem Leiden keine Schwere zugeordnet, welche zu einer relevanten und dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könnte.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, der von der IV-Stelle mit der Abklärung beauftragte psychiatrische Gutachter habe nicht über alle relevanten Akten verfügt. Insbesondere habe ihm der Bericht der C. _____ Klinik nicht vorgelegen, und die Vorinstanz habe auch die Akten der Krankentaggeldversicherung nicht beigezogen. Zudem habe sich der Gutachter während der weniger als eine Stunde dauernden Exploration auch nicht wirklich persönlich mit ihr befasst, sondern sie vielmehr dazu angehalten, mehr als 300 Fragen an einem Personal Computer auszufüllen. Ferner habe es die Vorinstanz zu Unrecht auch unterlassen, berufliche Massnahmen zu prüfen.

E. 5.2

Dagegen wendet die Vorinstanz ein, entgegen der unzutreffenden Behauptung der Beschwerdeführerin habe sie die Akten der Krankentaggeldversicherung beigezogen und gewürdigt. Die Berichte der behandelnden Ärzte seien im Rahmen der Begutachtung und auch durch den RAD gewürdigt und beurteilt worden. Die beschwerdeweise geltend gemachte Forderung nach weiteren medizinischen Abklärungen sei unbegründet und finde in den Akten keine Stütze. Auch die im weiteren Verlauf des vorinstanzlichen Verfahrens eingereichten Arztberichte der C. _____ Klinik vom 1. Dezember 2017 und der Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. E. _____ vom 18. September 2018 seien von ihr noch gewürdigt worden (BVGer act. 6 samt Beilage).

E. 5.3

Replicando bringt die Beschwerdeführerin vor, entgegen der Argumentation der Vorinstanz gehe aus der angefochtenen Verfügung nicht hervor, inwiefern sie sich mit den nach Erlass des Vorbescheids eingereichten Akten auseinandergesetzt habe. Zwar seien die Akten der

Krankentaggeldversicherung - entgegen ihrer ursprünglichen Vermutung - von der IV-Stelle beigezogen worden. Allerdings seien die medizinischen Akten nicht gewürdigt worden. Angesichts der offensichtlichen Widersprüche zwischen dem Gutachten auf der einen und den Berichten der behandelnden Ärzte auf der anderen Seite hätte sich die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zwingend damit auseinandersetzen müssen. Ungeachtet der neu vorgebrachten medizinischen Beweismittel sei auf die Einholung einer ergänzenden Begutachtung verzichtet worden. Aufgrund der Schlussfolgerungen der behandelnden Ärzte hätte die Vorinstanz weitere Abklärungen veranlassen und zu den bestehenden Widersprüchen Stellung nehmen müssen (BVGer act. 10).

E. 5.4

In ihrer Duplik vom 20. Februar 2019 hält die Vorinstanz an ihren bisherigen Anträgen und der entsprechenden Begründung fest (BVGer act. 12).

E. 6

Die Verfügung vom 24. September 2018 beruht auf der Annahme, dass bei der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, weil die vom Gutachter diagnostizierte Neurasthenie keiner Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzuordnen sei. Die Schlussfolgerung der Vorinstanz basiert im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Berichten und Gutachten:

E. 6.1

Dr. med. D._____, Kardiologe und Facharzt für Innere Medizin, kam in seinem Bericht vom 18. Oktober 2016 zum Schluss, dass aus internistischer Sicht keine wegweisenden pathologischen Befunde vorlägen, welche die aktuelle Beschwerdesymptomatik erklären könnten (act. 97, S. 10 f.).

E. 6.2

Mit Bericht vom 18. April 2017 führte die behandelnde Ärztin, Dr. med. F._____, insbesondere aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit Sommer 2016 eine Depression, verbunden mit massiven Ängsten und Gewichtsabnahme, Antriebsarmut, niedergeschlagener Stimmung und Erschöpfung, habe diagnostiziert werden müssen. Die gegenwärtige Behandlung umfasse sowohl psychotherapeutische Gespräche als auch eine antidepressive Medikation (Escitalopram 20 mg und Mirtazapin 15 mg). Seit dem 21. September 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 56).

E. 6.3

Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeinmedizin und für Frauenheilkunde sowie Geburtshilfe sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle, führte in seinem Bericht vom 3. August 2018 aus, dass laut den Akten ein invasiv-duktales Mammakarzinom, bei Zustand nach präoperativer Chemotherapie, brusterhaltender Operation und Radiatio, sowie eine mit Angst verbundene Depression zu diagnostizieren seien. Nachdem bezüglich der Tumorerkrankungen seit 1. Mai 2015 eine nachvollziehbare Arbeitsunfähigkeit von nur noch 20 % attestiert worden sei, bestehe nach einem Zusammenbruch seit 22. September 2016 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Zusammengefasst sei versicherungsmedizinisch festzuhalten, dass mit dem Mammakarzinom ein lang andauernder Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliege, der nachvollziehbar zunächst eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 13. Januar 2014 bis 28. Februar 2015, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 1. März 2015

bis 30. April 2015 sowie eine solche von 20 % seit dem 1. Mai 2015 begründe. Die ab September 2016 wiederum attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Akten nicht genau nachvollziehbar, und fachärztliche psychiatrische Berichte lägen derzeit nicht vor, so dass weitere Abklärungen notwendig seien (act. 68).

E. 6.4

Dr. med. F._____ hielt in einem weiteren, zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstatteten Bericht vom 27. Juni 2017 fest, dass neben dem Mammakarzinom (ICD-10 C 50.9g) auch eine schwere Depression (ICD-10 F 32.2g) attestiert worden sei. Derzeit erfolge neben einer psychotherapeutischen Behandlung auch eine psychopharmakologische Medikation (Escitalopram: 20 mg pro Tag; Mirtazapin: 15 mg pro Tag). Die Beschwerdeführerin unternehme seit April 2017 einen Arbeitsversuch im Umfang von 3 × 3 Stunden pro Woche; eine Steigerung sei bisher nicht möglich gewesen (act. 75).

E. 6.5

RAD-Arzt Dr. med. G._____ hielt in seinem Bericht vom 2. November 2017 insbesondere fest, dass die Krankentaggeldversicherung weiterhin Leistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausrichte. Für ihn sei weiterhin unklar, ob die attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im angegebenen Umfang medizinisch begründet sei. Zur Abklärung dieser Frage erscheine eine psychiatrische Begutachtung notwendig (act. 78).

E. 6.6

Im Anschluss an eine teilstationäre Behandlung in der C._____ Klinik in H._____/DE in der Zeit vom 4. Oktober 2017 bis 18. November 2017 hielten Dr. med. E._____, Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychosomatik sowie Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, sowie Dr. med. E._____ als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2), eine Panikstörung (ICD-10 F 41.0), eine bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Eigenanamnese (ICD-10 Z 85.3) sowie einen Kopfschmerz (ICD-10 R 51) fest. Als psychische Befunde erhoben sie eine hagere, erschöpfte und kraftlos wirkende Patientin mit blassem Hautkolorit, welche in der Grundstimmung depressiv, verzweifelt und immer wieder den Tränen nahe sei. Psychomotorisch wirke sie matt und im zielgerichteten Antrieb sei sie vermindert. In klinischer Hinsicht stellten die behandelnden Ärzte einen schwergradig ausgeprägten depressiven Verstimmungszustand fest, der zusätzlich überlagert sei durch ein Fatigue-Syndrom bei dramatisch erlebter Krebserkrankung mit Operation sowie Chemo- und Radiotherapie im Jahr 2014. Nachdem die ambulante Therapie mit Antidepressiva und stützenden psychotherapeutischen Gesprächen nicht den gewünschten Erfolg erbracht hätte und es am Arbeitsplatz zu fortschreitender Leistungsminderung gekommen sei, sei eine tagesklinische Behandlung notwendig geworden. Die Schwere der Erkrankung habe eine antidepressive Behandlung mit Escitalopram und Mirtazapin erforderlich gemacht. Eine Aufdosierung der bisherigen Medikation habe wegen unerwünschter Nebenwirkungen wieder revidiert werden müssen. Insgesamt habe durch die tagesklinische Behandlung nur eine mässige Besserung erreicht werden können. Insbesondere sei weiterhin bei jeglicher Anforderung (zum Beispiel massvolle sportliche Aktivität) die äusserst geringe Belastbarkeit der Patientin deutlich geworden. Vor diesem Hintergrund hätten sie eine Fortsetzung der Wiedereingliederungsmassnahme am Arbeitsplatz derzeit nicht befürworten können. Eine Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie wie auch die

Weiterführung der antidepressiven Medikation sei dringend erforderlich (act. 97, S. 3 - 9).

E. 6.7

Der von der IV-Stelle mit der Abklärung beauftragte psychiatrische Gutachter, Dr. med. H._____, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 28. März 2018 eine Neurasthenie (ICD-10 F 48.0) mit rezidivierender, ängstlich-deprimierter Verstimmung, bei Status nach Mammakarzinom und bei akzentuierten (leistungsorientierten, emotional expressiven/histrionischen) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z 73.1). In seiner zusammenfassenden Beurteilung kam er zum Schluss, dass mit der Neurasthenie die in den Akten beschriebenen Einschränkungen (Erschöpfung, Schlafstörungen, Antriebsarmut, Mutlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und ängstlich-deprimierte Verstimmung, verminderte Belastbarkeit, vermindertes Durchhaltevermögen) weitgehend erfasst würden. In den Akten seien nach September 2016 unregelmässig ausgeprägte depressive Syndrome aufgeführt. Die Kriterien für die Annahme einer eigenständigen depressiven Episode nach ICD-10 seien allerdings nicht erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Keine der genannten Symptome hätten in ausreichender Schwere beziehungsweise in ausreichender Länge bestanden, um eine lang andauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Auch derzeit bestünden keine hinreichenden Symptome in ausreichender Schwere respektive Länge. Es fehlten für die Kategorie nach ICD-10 F 32 bereits die Eingangskriterien der dauerhaften (objektiven) Hemmung der Psychomotorik und der wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Die angegebene ängstlich-deprimierte Verstimmung erkläre sich vollständig als Teil einer Neurasthenie sowie durch soziale Faktoren (beispielsweise Krankheit des Ehemannes und finanzielle Sorgen) und begründe für sich allein keine depressive Episode im Sinne der ICD-10 (Gutachten, S. 17 - 21). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Limitierung des Aktivitätenniveaus (Vergleich zur Situation vor Eintritt der Gesundheitsschädigung) durch die versicherte Person in allen vergleichbaren Lebensbereichen weit überwiegend durch ihre Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht tatsächlich möglich und medizinisch zumutbar. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seien ab September 2016 genannt und teilweise dokumentiert (ambulante Therapie und Psychopharmakotherapie). Aktuell werde keine Psychopharmakotherapie wahrgenommen. Neben der Neurasthenie könne keine psychisch ausgewiesene, erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden. Auch in den Akten werde insbesondere keine Pathologie der Persönlichkeit beschrieben, welche allfällig über das Ausmass von akzentuierten Persönlichkeitszügen hinausgehe; dies könne anlässlich der aktuellen Untersuchung bestätigt werden. Der soziale Kontakt sei objektiv und subjektiv geordnet, und es bestehe eine gute Tagesstruktur, wobei die versicherte Person regelmässig soziale Kontakte (Verwandte, Facebook, Wahrnehmen von Terminen) pflege. Sie nenne überdies ein soziales Interesse und die Fähigkeit, mit entsprechender Anstrengung ihre innerseelischen Defizite zu bewältigen. Sie führe therapeutische Übungen aus. Beim Verlauf der Störung seien eine Verdeutlichungstendenz (demonstrativ elegische Selbstdarstellung, teilweise zögerliche, ausreichende, pauschale, oberflächliche, allgemein vage Angaben) sowie weitere nicht krankheitsbedingte Faktoren (Lebensalter, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Krankheit des Ehemannes) zu nennen. Diese Faktoren könnten nicht in die versicherungspsychiatrische Beurteilung der medizinisch-theoretischen

Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit mit einfließen. Eine relevante (mindestens 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei als versicherungspsychiatrischer Sicht somit nicht zu begründen. Auf diese Beurteilung könne mit Sicherheit ab dem Datum der aktuellen Untersuchung vom 21. Februar 2018 abgestellt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei bereits ab September 2016 von dieser Einschätzung auszugehen. Die Postulate zur Arbeitsunfähigkeit, welche darüber hinaus gingen, seien jeweils nicht kritisch differenziert nachvollziehbar. Die Einschätzungen seien vielmehr als persönliche Meinungen der behandelnden Fachperson zur Kenntnis zu nehmen und könnten aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden (Gutachten, S. 22 - 28). Eingliederungsmassnahmen seien in Form eines von der versicherten Person im Jahr 2017 selbst durchgeführten Arbeitsversuchs bekannt. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht seien sie weiterhin möglich und zumutbar. Anlässlich der persönlichen Untersuchung durch den Gutachter seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt gewesen, und es sei eine Verdeutlichungstendenz (demonstrativ elegische Selbstdarstellung) erkennbar (Gutachten, S. 28 f.). <

E. 6.8

Dr. med. E. _____ nahm mit Bericht vom 22. September 2018 dahingehend zum Gutachten Stellung, dass sich die Beschwerdeführerin seit September 2017 in ihrer regelmässigen fachärztlichen Behandlung befinde. Den im Gutachten vorgenommenen diagnostischen Einschätzungen müsse entschieden widersprochen werden. Mit Blick auf das stets sehr hohe Engagement der Beschwerdeführerin in ihrer beruflichen Tätigkeit und ihr sehr erfolgreiches Wirken in einem komplexen Arbeitsbereich wie der Informatik sowie das Fehlen von krankheitsbedingten Absenzen bis zum Zeitpunkt der Krebserkrankung könne bei der Beschwerdeführerin in keiner Form von einer Affinität zu neurasthenischen Zuständen ausgegangen werden. Die erhobenen Befunde, namentlich die Interessen- und Freudlosigkeit auch gegenüber angenehmen Aktivitäten, die gesteigerte Ermüdbarkeit und Antriebslosigkeit, der Verlust des Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe, vermindertes Konzentrationsvermögen sowie die stark reduzierte Entscheidungsfähigkeit wie auch die psychomotorische Hemmung und die Schlafstörungen, seien im Wesentlichen unbeeinflusst von äusseren Umständen (act. 103, S. 2 f.).

E. 7

Die Vorinstanz vertritt die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten als auch in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Umstritten und zu prüfen ist, ob sie zu Recht davon ausgeht, dass der Beschwerdeführerin eine solche Leistungsfähigkeit attestiert werden kann und ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 7.1

Vorliegend steht fest, dass dem Gutachter bis zum Zeitpunkt der Erstellung seines Gutachtens weder ein aktueller Verlaufsbericht noch der (von ihm selber noch am 21. Februar 2018) bei der behandelnden Psychiaterin Dr. med. E. _____ angefragte Austrittsbericht der C. _____ Tagesklinik vorlagen. Nach der konstanten Rechtsprechung ist eine Expertise, welche die medizinischen Vorakten nur unzureichend berücksichtigt, unvollständig und es fehlt ihm die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlüsse, welche die Experten auf der Grundlage der von ihnen selbst erhobenen Befunde gezogen haben, an sich einleuchten und nachvollziehbar sind (Urteil

des Bundesgerichts 8C_861/2009 vom 20. April 2010 E. 3.1 m.H.; vgl. dazu auch Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 42 f.). Vorliegend wurden die genannten Berichte im psychiatrischen Gutachten nicht gewürdigt, obwohl der Gutachter diese zunächst offenbar selber als für die Beurteilung relevant eingestuft hat. Basiert das Gutachten - wie hier - nicht auf der Kenntnis der gesamten Vorakten, wird es formell den durch die Rechtsprechung entwickelten Kriterien nicht gerecht. Der Untersuchungsbefund muss vielmehr lückenlos vorliegen (Urteil des BGer 8C_736/2008 vom 4. Juni 2009 E. 9.1). Das Gutachten erweist sich demnach bereits unter diesem Aspekt als unvollständig und nicht beweiskräftig.

E. 7.2

Zwar ist externen Beurteilungen, welche nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets infrage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben indes Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des BGer 9C_547/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 5.3 und 8C_835/2018 vom 23. April 2019 E. 3 mit Hinweis). Vorliegend fällt ins Gewicht, dass sich die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 4. Oktober 2017 bis 18. November 2017, das heisst nur wenige Monate vor der hier zur Beurteilung stehenden Begutachtung, zur teilstationären Behandlung in der C._____ Klinik aufgehalten hat. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 1. Dezember 2017 haben die verantwortlichen Fachärzte gestützt auf ihre klinische und testpsychologische Befunderhebung insbesondere eine Panikstörung (ICD-10 F 41.0) und eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei Fatigue-Syndrom (ICD-10 F 32.2) diagnostiziert. Diese Beurteilung steht zudem im Einklang mit der von der behandelnden Hausärztin Dr. med. F._____ ab 21. September 2016 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (act. 54, S. 6 - 8; 56; 76) und den gestützt darauf erbrachten Leistungen der Krankentaggeldversicherung (act. 74, S. 2; 78, S. 3). Wie vorstehend ausgeführt, konnte sich der Gutachter mit den abweichenden Diagnosen und Leistungsbeurteilungen der behandelnden Fachärzte gar nicht auseinandersetzen, da er die Expertise ohne diese Berichte ausgefertigt hat. Allerdings gehört es zur originären Aufgabe des Gutachters, sich differenziert mit den - allenfalls abweichenden - Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinanderzusetzen (Riemer-Kafka, a.a.O., S. 38 und 59). Die (hier fehlende) Auseinandersetzung mit Berichten, welche von der gutachterlichen Schlussfolgerung abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352). Auch unter diesem Gesichtspunkt erweisen sich die medizinischen Abklärungen der Vorinstanz als ungenügend.

E. 7.3

Schliesslich steht die im Gutachten getroffene Feststellung, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab September 2016 nicht von einer relevanten Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Gutachten, S. 22; act. 88.1, S. 24) in einem ungeklärten Widerspruch zur Beurteilung der behandelnden Spezialisten. Der blosser Hinweis auf die fehlende kritische Differenzierung und die persönliche Meinung der behandelnden Fachperson (Gutachten, S. 22; act. 88.1, S. 24) erweist sich mit Blick auf die Notwendigkeit der umfassenden und kritischen versicherungsmedizinischen Beurteilung der von der eigenen Schlussfolgerung abweichenden Berichte als ungenügend.

E. 7.4

In Bezug auf die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge nach ICD-10 Z 73.1 (Gutachten, S. 15; act. 88.1, S. 17) wäre überdies eine Prüfung und detaillierte Beschreibung der Persönlichkeit und namentlich auch darüber notwendig gewesen, inwiefern die besondere Persönlichkeitsstruktur Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit zulässt (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.2; Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, 3. vollständig überarbeitete ergänzte Auflage, S. 17 f.). Auch diesem Erfordernis wird das Gutachten nicht gerecht.

E. 7.5

Damit fehlt es vorliegend an einer nachvollziehbaren Begründung für die angenommene Leistungsfähigkeit. Es liegt insbesondere keine verlässliche und schlüssige Grundlage zur Beurteilung von Art und Ausprägung der infrage stehenden Diagnosen, der Persönlichkeitszüge sowie der Leistungsfähigkeit vor. Daraus folgt, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2018 vorlagen, nicht schlüssig beurteilen lassen. Auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurden keine medizinischen Stellungnahmen eingereicht, welche die festgestellten Lücken beim medizinischen Sachverhalt zu schliessen vermöchten.

E. 8.1

Steht - wie hier - fest, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist, so ist nach der mit BGE 137 V 210 begründeten Rechtsprechung grundsätzlich eine Begutachtung durch das Gericht in die Wege zu leiten. Gerichtliche Expertisen sind nach dieser Rechtsprechung insbesondere angezeigt, wo der im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobene medizinische Sachverhalt überhaupt gutachterlich abklärungsbedürftig ist oder ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) bleibt allerdings möglich, wenn sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung gutachterlicher Ausführungen erforderlich ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die regelmässige Einholung medizinischer Gerichtsgutachten entspricht allerdings nicht dem für das Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung gesetzlich vorgesehenen System der Verwaltungsrechtspflege schweizerischen Zuschnitts (BGE 137 V 210 E. 2.2.2). Eine regelmässige Einholung von Gerichtsgutachten ist auch nicht unbedingt erforderlich, um

das Abklärungsverfahren verfassungs- und konventionskonform auszugestalten. Eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene ist - von der staatspolitischen Tragweite einer solchen grundsätzlichen, dem Gesetzgeber vorbehaltenen Grundsatzentscheidung abgesehen - auch sachlich gar nicht wünschbar. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde mithin 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 (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Die Verwaltung soll nicht dazu verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu Miriam Lendfers, Sachverständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, S. 187). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten im Beschwerdeverfahren genommen; der doppelte Instanzenzug bliebe diesbezüglich nicht gewahrt.

E. 8.2

Wie eingangs dargelegt (E. 3.3 und 3.4 hievore), wird vorliegend deshalb von einer rein formell-rechtlich begründeten Rückweisung zur Gewährung des Gehörsanspruchs abgesehen, weil diese - mit Blick auf die aus materiellen Gründen anzuordnende Rückweisung - zu einem formalistischen Leerlauf führen würde. Hinzu kommt, dass die IV-Stelle und die Vorinstanz bei sorgfältiger Prüfung der im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Arztberichte hätten abklären müssen, ob das Gutachten mit den medizinischen und den aktuellen rechtlichen Vorgaben im Einklang steht. Es steht ihr dafür jeweils ein eigener regionalärztlicher Dienst zur Verfügung. Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit ist die medizinische und rechtliche Qualität eines neu erstellten Gutachtens zeitnah zu überprüfen. Diese Vorgehensweise ermöglicht die zeitnahe Rückfrage bei den Experten. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das menschliche Erinnerungsvermögen vor allem mit Bezug auf Einzelheiten eines Geschehens relativ rasch verblasst (Urteil des EVG U 26/00 vom 21. August 2001 E. 1b). Die Gutachter sind in einem ersten Schritt um Erläuterung oder Ergänzung der mangelhaften Stellen zu ersuchen. Bleibt das Begutachtungsergebnis weiterhin ungenügend, so ist erst subsidiär in einem nächsten Schritt eine Neubegutachtung im Verwaltungsverfahren in die Wege zu leiten. Im vorliegenden Fall hätten die bestehenden Mängel zum damaligen Zeitpunkt allenfalls noch durch entsprechende Rückfragen beim Experten behoben werden können. Werden die Mängel indes erstmals im Zuge des Beschwerdeverfahrens vertieft geprüft, so kann regelmässig - so auch hier - selbst auf an sich beweiskräftiges Gutachten nicht mehr abgestellt werden, da es in zeitlicher Hinsicht keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage für die erneute Konsensbeurteilung und den Erlass einer neuen Verfügung mehr bildet (Urteil des BGer 8C_681/2015 vom 17. März 2016 E. 6; Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.2). Aus dem Gesagten folgt, dass eine

Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen auch mit Blick auf die genannte Unterlassung geboten ist (vgl. dazu auch Urteil des BVer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1 und 6.2).

E. 9.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus der angefochtenen Verfügung nicht hervorgeht, ob die Vorinstanz die von der Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren vorgebrachten Rügen tatsächlich zur Kenntnis genommen und geprüft hat, da aus der Begründung keine Hinweise für diese Annahme hervorgehen und die Verfügung mit dem Vorbescheid auch vollumfänglich identisch ist, ohne dass die Einwände der Beschwerdeführerin erwähnt oder gar thematisiert worden wären. Von einer Rückweisung an die Vorinstanz zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist indes vorliegend abzusehen, weil diese zu einem prozessualen Leerlauf führen würde und damit im Widerspruch zum Interesse der Beschwerdeführerin an einer raschestmöglichen Abklärung des medizinischen Sachverhaltes stünde. Darüber hinaus genügt das eingeholte psychiatrische Administrativgutachten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht, so dass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Vorliegend ist eine ergänzende psychiatrische Expertise bei einem bisher nicht mit der Angelegenheit befassten psychiatrischen Spezialisten einzuholen.

E. 9.2

Die Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BVer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.).

E. 9.3

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 24. September 2018 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 9.1 - 9.2 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen sind

E. 10

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind demnach keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf

eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von pauschal CHF 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Urteil BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen) angemessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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