

BVGer C-7296/2016 vom 23. November 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7296_2016

FR: TAF C-7296/2016 du 23 novembre 2018

IT: TAF C-7296/2016 del 23 novembre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 lit. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Zum Antrag auf unentgeltliche Prozessführung wird auf E. 8.1 verwiesen. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden ist (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Raumpflegerin in der Schweiz als Grenzgängerin erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in N._____ (Deutschland). Sie macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle C._____ für die Entgegennahme und Prüfung ihres Gesuchs sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 3

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

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist italienische Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 20. Oktober 2016 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. Vorliegend ist das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a) anzuwenden (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten.

E. 4.3

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die den Vorbescheid der Vorinstanz vom 13. April 2016 (IV-act. 153) bestätigende Verfügung vom 20. Oktober 2016 (IV-act. 164) das Anfechtungsobjekt. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen 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 Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 5

Vorliegend ist die IV-Stelle C._____ auf die Neuanmeldung eingetreten. Sie hat eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Ablehnung des zweiten Gesuchs erkannt und mit Verfügung vom 20. Oktober 2016 eine halbe Rente ab 1. April 2014 gewährt. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin zu Recht lediglich eine halbe Rente zugesprochen worden ist. Dabei ist im Rahmen der Neuanmeldung nach der letzten rechtskräftigen Rentenablehnung vom 14. Oktober 2010 insbesondere zu prüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, 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 (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie die Beschwerdeführerin - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 5.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist auf dem Gebiet der Invalidenversicherung der (örtlich zuständigen) IV-Stelle die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, sodass gestützt darauf die Verfügung (vgl. Art. 49 ATSG) über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 5.3

Bei einer Neuanmeldung der versicherten Person nach früherer Leistungsverweigerung sind die Revisionsregeln analog anwendbar (BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a). Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil BGer 8C_104/2017 vom 13. Juni 2017 E. 3).

E. 5.3.1

Auf eine Neuanschuldung muss die Verwaltung nur dann eintreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevidierung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 5.3.2

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Ablehnungsverfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen (Urteil BGer 8C_120/2016 vom 29. April 2016 E. 2.2). Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; Urteil 9C_129/2017 vom 30. August 2017 E. 2).

E. 5.4.1

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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 5.4.2

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, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt 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 des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung

entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 5.4.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 122 V 157 E. 1d und 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 5.4.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 6

Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen die erforderliche Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt hat. Die Vorinstanz sprach der Versicherten mit Verfügung vom 20. Oktober 2016 ab 1. April 2014 eine halbe Invalidenrente in der Höhe von Fr. 358.- zu. Die Beschwerdeführerin hingegen ist der Auffassung, dass sie mindestens zu 70 % invalid sei und Anspruch auf eine ganze Rente habe. Es bleibt mit Blick auf das in E. 5 einleitend Gesagte zu überprüfen, ob im rechtsrelevanten Zeitraum - nämlich dem Zeitpunkt der letzten rentenablehnenden Verfügung (14. Oktober 2010) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung (20. Oktober 2016) - eine rentenbegründende erhebliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, welche einen höheren als den von der Vorinstanz errechneten Anspruch ergibt.

E. 6.1

Die Vorinstanz begründete die letztmalige rechtskräftige rentenabweisende Verfügung vom 14. Oktober 2010 (IV-act. 76) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Rentenzusprache im September 2008 nicht rentenbeeinflussend verändert habe und der Versicherten eine alternative Hilfstätigkeit im unveränderten Rahmen zumutbar sei. Im eingereichten Radiologiebericht sei unter den klinischen Angaben wohl eine Lumbalgie links aufgeführt; es bestehe jedoch kein entsprechendes pathologisches Korrelat. Zudem werde festgehalten, dass die linksseitigen Beschwerden (Gesäss/Oberschenkel) nicht sicher geklärt seien. Allein aufgrund dieses Berichts sei nicht vom einem verschlechterten Gesundheitszustand mit invalidisierendem Charakter auszugehen. Das neue Leistungsbegehren werde abgewiesen. Als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht diene der Vorinstanz insbesondere die von Dr. med. Q._____, Facharzt für Allgemeinmedizin des RAD, ausgestellte Beurteilung vom 27. August 2010 (IV-act. 72), in welcher dieser ausführte, aufgrund der kürzlich erfolgten Hospitalisierung in N._____, (wegen Herzbeschwerden) und der dabei erhobenen Befunde sei keine invalidenversicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Verschlechterung feststellbar, welche die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränke. Es sei am Vorbescheid festzuhalten (unveränderter Gesundheitszustand mit 100 % Arbeitsfähigkeit und 20 % Leistungseinschränkung). In der Beurteilung vom 17. September 2010 (IV-act. 74), in welcher auf den Bericht der radiologischen Praxis R._____ vom 13. Juli 2010 von Dr. S._____ abgestützt wurde (IV-act. 73), hielt Dr. med. Q._____ an seiner Stellungnahme vom 27. August 2010 fest. Das Bundesverwaltungsgericht schützte in seinem Urteil B-8226/2010 vom 9. September 2013 (IV-act. 84) die Einschätzungen des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin durch die IVSTA.

E. 6.2

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2016 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf das interdisziplinäre Gutachten der G._____ vom 15. Juli 2015 (IV-act. 141) sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. E._____ vom 26. Oktober, 29. Dezember 2015, 6. Januar, 8. September 2016 und 27. Juni 2017 (IV-act. 144; 148; 150; 161; act. 17, Beilage 1). Diese Berichte sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 6.2.1

Im G._____ -Gutachten vom 15. Juli 2015 (IV-act. 141) wurde Folgendes festgehalten:

E. 6.2.1.1

In seiner psychiatrischen Beurteilung (IV-act. 141, S. 29 - 43) stellte der federführende Gutachter Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie, anlässlich der am 3. Juni 2015 erfolgten Untersuchung folgende Diagnosen (S. 40): 1. mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (F33.1) - generalisierte Angststörung (F41) 2. ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Somatisierungsstörung mit chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F54.0, F45.41) - Dysthyme Störung (F34.1) In der Epikrise und Beurteilung führte Dr. med. H. _____ aus, die Versicherte habe über vielfältige körperliche Symptome, insbesondere ubiquitäre Schmerzen am gesamten Stütz- und Bewegungsapparat und darüber hinaus über Oberbauchschmerzen, Bauchweh mit Bauchdruck und kardialer Minderbelastbarkeit geklagt. Sie habe überdies über zahlreiche psychische Beeinträchtigungen und Ängste sowie depressive Gefühle berichtet. Unverkennbar sei in der Beschwerdeschilderung und der Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik allerdings auch eine histrionische Not feststellbar. Die eingehende psychiatrische Exploration ergebe das Bild einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell vom Ausprägungsgrad einer mittelschweren depressiven Episode, welche relevant für die Arbeitsfähigkeit sei. Die dysthyme Störung hingegen bleibe ohne Relevanz, da die Ausprägung gering sei. Ferner zeige sich bei der Versicherten eine generalisierte Angststörung, welche teilweise in ihrer Entwicklung auch im Zusammenhang mit einer geschilderten traumatisierend erlebten Situation im Kindesalter stehe. Die Versicherte berichte über gelegentliche Nachhallerlebnisse und Alpträume. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung sei aber auf der Symptomebene keineswegs erfüllt, sodass die in der Vergangenheit mehrfach erhobene Diagnose einer PTBS nicht bestätigt werden könne. Einzelne Symptome als Traumafolge gingen jedoch in der generalisierten Angststörung auf. Ferner habe sich seit einigen Jahren eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren entwickelt. Als somatische Faktoren seien degenerative Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat zu benennen, aber das Ausmass der geklagten Schmerzen sei keineswegs durch somatische Befunde vollumfänglich erklärbar. Es sei eine Somatisierungsstörung in Verknüpfung mit einer somatoformen Schmerzstörung festzustellen, wobei psychobiographische Hintergründe, nicht zuletzt auch die konflikthafte Auseinandersetzung um den letzten Arbeitsplatzverlust sowie die Verunsicherung durch das Carcinomleiden und als weiterer aufrechterhaltender Faktor auch die Auseinandersetzung um die Rentengewährung mit der deutschen Rentenversicherung benannt werden müssten. Für die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei die somatoforme Schmerzstörung/chronische Schmerzstörung jedoch nicht relevant, da es an einer gravierenden Komorbidität und einem ausgewiesenen sozialen Rückzug aus allen Lebensbereichen mangle. Ferner fänden sich dazu konkurrierend auch histrionische Elemente, welche zu einer Akzentuierung und Fehlverarbeitung der Schmerzwahrnehmung und deren Ausgestaltung beitragen. Darüber hinaus lasse sich ein therapieresistenter primärer Krankheitsgewinn nicht ausmachen. Vielmehr sei von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen, da Entpflichtungs- und Entlastungswünsche nach langjähriger Überforderung durch Mehrfachbelastung von Kindererziehung, Haushalt, Familie und Beruf einem Therapieerfolg diametral entgegenständen (S. 40 f.). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. H. _____ zusammenfassend dahingehend, dass lediglich die depressive Störung und die generalisierte Angststörung relevant seien. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht nur noch in der Lage, etwa fünf Stunden täglich einer Tätigkeit nachzugehen. Daraus resultiere eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung

von 50 % bei einer zu berücksichtigenden Leistungsminderung von 20 % (S. 42). Die Prognose sei zweifelhaft; die Versicherte lasse keine Veränderungsmotivation erkennen (S. 43).

E. 6.2.1.2

Im internistischen Gutachten (IV-act. 141, S. 53 - 58) stellte Dr. med. J._____, Facharzt für Innere Medizin und Onkologie, anlässlich der am 13. Mai 2015 erfolgten Untersuchung keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit). Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) wurden die folgenden genannt (S. 48 f.): - Hypertonie medikamentös ungenügend eingestellt - Adipositas (BMI 32 kg/m²) - Verdacht auf Diabetes - Leberenzymhöhung bei bekannter Fettleber - Status nach Nephrektomie links 2006 bei zystischen Veränderungen - Kalter Schilddrüsenknoten rechts kaudal (Szintigraphie) bei sonst normal grosser Schilddrüse In der Epikrise und Beurteilung wurde zusammengefasst festgehalten, die Systemanamnese sei ebenso wie der klinische Befund mit Ausnahme einer Adipositas (BMI 32 kg/m²) und einer ungenügend eingestellten Hypertonie unauffällig. Der Laborbefund bestätige die früheren Befunde, welche die auswärts angenommene Fettleber wahrscheinlich machten. Sie sprächen für eine diabetische Stoffwechsellage. Aus streng internistischer Sicht unter Ausklammerung der kardiologischen Befunde sei die Versicherte uneingeschränkt leistungs- und arbeitsfähig. Zur Prognose wurde ausgeführt, die deutliche Adipositas und Hypertonie schränkten die Lebenserwartung der Versicherten ein, sofern sie nicht durch eine entsprechende Behandlung reduziert werden könnten (S. 50 f.).

E. 6.2.1.3

Im anlässlich der Untersuchung vom 28. Mai 2015 erstellten rheumatologischen Gutachten (IV-act. 141, S. 52 - 58) wurden von Dr. med. K._____, Facharzt für Rheumatologie, folgende Diagnosen gestellt (S. 56 f.): 1. mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Myofasiales Schmerzsyndrom des Schulter- und Beckengürtels infolge einer muskulären Dysbalance der Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen - Chronifizierte spondylogene Schmerzsyndrome an der Hals- und Lendenwirbelsäule infolge einer beginnenden Mehretagendegeneration mit rechtsparamedian gelegener Diskushernie ohne Wurzelkontakt, Dehydration der Bandscheiben L3 bis S1, Diskusprotrusion/Herniation L4/5 ohne Neurokompression und Facettenarthrose L4 bis S1 beidseits 2. ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Keine Nach einer ausführlichen Untersuchung hielt Dr. med. K._____ in seiner Epikrise / Beurteilung zusammengefasst fest, die von der Versicherten präsentierte Schmerzsymptomatik am Bewegungsapparat sei als myofasiales Schmerzsyndrom des Schulter- und Beckengürtels aufzufassen. Die Ursache liege in einer muskulären Dysbalance der Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen, ohne Hinweise auf eine radikuläre Schmerzkomponente oder eine inflammatorische Grundlage der angegebenen Beschwerden und ohne nachweisbare Funktions- oder Bewegungseinschränkungen der peripheren Gelenke der oberen und unteren Extremitäten. Ein klassisches Fibromyalgiesyndrom könne nicht diagnostiziert werden; die Klassifikationskriterien hierfür seien nicht erfüllt. Ebenso sei die Schmerzsymptomatik nicht vereinbar mit einer anhaltenden und generalisierten somatoformen Schmerzstörung. Neben diesem generalisierten Weichteilschmerzsyndrom beständen spondylogene Schmerzsyndrome an der Hals- und Lendenwirbelsäule, auf beiden Segmenten des Achsenskelettes infolge einer beginnenden Mehretagendegeneration, deren Ausmass die zu erwartende Norm kaum übertreffe. Zur von der in der Praxis R._____ durchgeführten

Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 2. Juli 2014 gab Dr. med. K. _____ an, diese weise auf eine rechtsparamedian gelegene Diskushernie auf dem Segment L5/S1 ohne Wurzelkontakt hin. Dieser Befund habe sich gegenüber Juli 2010 leicht zurückgebildet. Funktionell global könne man trotz langjähriger Schmerzanamnese einen fast normalen klinischen Befund erheben. Es bestehe eine Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes, dies vor allem für alle den Rücken belastenden Arbeitstätigkeiten beziehungsweise Arbeitshaltungen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. K. _____ dahingehend, dass in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von integral 50 % bestehe; in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (rückenschonende Tätigkeit) bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag ohne rheumatologisch begründbare zusätzliche Leistungsminderung. Die aufgeführte Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gelte ab sofort. Zur Prognose wurde festgehalten, ein kreislaufaktivierendes Training und die Aufnahme eines Kraft-/Kraftausdauertrainings zur Optimierung der Kraft und Kraftausdauer der Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen sei sinnvoll (S. 58 f.).

E. 6.2.1.4

Im neurologischen Gutachten (IV-act. 141, S. 60 - 68) erwähnte Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie, anlässlich der am 3. Juni 2015 erfolgten Untersuchung keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit). Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 66): - Karpaltunnelsyndrom beidseits, rechtsbetont (anamnestische Hinweise, Bestätigung der Diagnose durch neurophysiologische Untersuchung, minime sensible Ausfälle) - Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, vor allem im HWS-Abschnitt und lumbalen Bereich, ohne sichere Hinweise für eine radikuläre Reiz- bzw. Ausfallsymptomatik - Verdacht auf abgelaufene zerebrovaskuläre Durchblutungsstörung bei koronarer Herzkrankheit und schwierig einstellbarer Hypertonie - 2010 CCT: Kleine chronische Marklagerischämie rechts frontal - Doppelbilder und festgestellte Skew-Deviation unklarer Ätiologie, DD: vaskulär Zusammengefasst hielt Dr. med. L. _____ fest, anlässlich der Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- bzw. Ausfallssymptomatik gezeigt; in den Akten werde einzig einmalig eine mögliche Reizsymptomatik S1 links erwähnt. Es zeigten sich jedoch etwas diffuse Sensibilitätsminderungen auf dem Fussrücken links, die jedoch nicht eindeutig einem radikulären Segment zugeordnet werden könnten. Die beklagten ausstrahlenden Kopfschmerzen entsprächen möglicherweise einem Spannungstypkopfschmerz bei zervikalen Beschwerden. Die Versicherte gebe auch an, dass das Druckgefühl im Kopf vor allem bei erhöhten Blutdruckwerten auftreten würde, sodass differentialdiagnostisch auch an Kopfschmerzen bei Hypertonie gedacht werden müsse. Als Nebenbefund werde ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, rechtsbetont, bestätigt durch eine elektromyographische Abklärung im April 2015 festgehalten. Das CTS (Karpaltunnelsyndrom) wäre einer Therapie gut zugänglich und bedinge keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und sei somit als Nebenbefund zu interpretieren. 2010 sei die Versicherte anlässlich einer hypertensiven Krise hospitalisiert worden. Man habe damals neu eine Anisokorie rechts grösser als links und im CT des Schädels eine kleine chronische Marklagerischämie rechts frontal gefunden. Neu sei dann 2012 eine Skew-Deviation mit entsprechenden Doppelbildern und einer Schwindelsymptomatik festgestellt worden. In den Abklärungen hätten sich jedoch keine neuen Ischämie-Zonen ergeben, sodass die Ursache dieser Symptomatik unklar geblieben sei. Es sei jedoch betont, dass die Versicherte

Risikofaktoren für die Entwicklung einer cerebro-vaskulären Symptomatik aufweise. Dr. med. L._____ erachtete die Versicherte unter der Voraussetzung, dass sie keine schweren Lasten heben müsse, sowohl für Putzarbeiten als auch in einer Verweistätigkeit für arbeitsfähig. Die Prognose müsse offengehalten werden. Sie hänge davon ab, wie sich die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule entwickelten und ob eine Progredienz der zerebro-vaskulären Veränderungen eintrete (S. 68, f.).

E. 6.2.1.5

Im Teilgutachten auf dem Fachgebiet der Kardiologie (IV-act. 141, S. 71 f.) berichtete Dr. med. M._____, Facharzt für Kardiologie, über die kardiale Abklärung vom 28. Mai 2015, bei welcher ein EKG, ein Echokardiogramm sowie ein Belastungs-EKG durchgeführt worden waren (IV-act. 141, S. 73 - 82). Er hielt in seiner Beurteilung fest, bei der Versicherten bestehe eine bekannte koronare DreifäÙ-Erkrankung, mit Status nach Katheterintervention mit Stentimplantation in der Arteria circumflexa 2009 und der rechten Kranzarterie 2010. Es liege jetzt ein stabiler Befund ohne Hinweise auf eine KHK (koronare Herzkrankheit) vor. Aufgrund der Untersuchung sei die Versicherte aus rein kardialer Sicht normal arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit aus kardialer Sicht habe sich seit 2010 nicht verschlechtert.

E. 6.2.1.6

In Buchstabe F des G._____-Gutachtens wurden die Diagnosen aus allen untersuchten Fachgebieten zusammengefasst (IV-act. 141, S. 19 f.). In der Synthese (IV-act. 141, S. 20 - 29), welche die unterzeichneten Untersucher in einem interdisziplinären Konsensus am 22. Juni 2015 erarbeiteten, wurden die Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit sowie die Funktionseinbussen aus dem psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und internistischen Gutachten sowie aus dem kardiologischen Teilgutachten wiedergegeben. Die Gutachter äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass der Versicherten alle leichten bis mittelschweren körperlichen Arbeiten mit folgenden Einschränkungen zumutbar seien: Aus psychiatrischer Sicht seien Arbeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen ohne besondere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, also ohne Anforderungen an die Team- oder Konfliktfähigkeit, zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht bestehe vor allem für den Rücken belastende Arbeitstätigkeiten beziehungsweise Arbeitshaltungen eine Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsen skeletts. Aus neurologischer Sicht sei die Versicherte unter der Voraussetzung, dass sie keine schweren Lasten heben müsse, auch für Putzarbeiten als arbeitsfähig einzustufen. Wegen der ab und zu auftretenden Schwindelproblematik solle sie keine Arbeiten verrichten müssen, die ein gutes Gleichgewicht erforderten oder bei denen sie auf Leitern und Gerüste steigen müsse (IV-act. 21). Im polydisziplinären Konsensus kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Versicherte sowohl die bisherigen als auch jegliche leidensadaptierte Tätigkeit im beschriebenen Belastungsprofil fünf Stunden täglich mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % ausüben könne, sodass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % resultiere; dies seit Juli 2011. In früheren Berichten (ab 2007) seien geringere Einschränkungen der Arbeits-/Leistungsfähigkeit von 20 - 25 % festgehalten. Die Prognose sei zweifelhaft; die Versicherte lasse keine Veränderungsmotivation erkennen. Der fehlende Nachweis von Medikamentenspiegeln lasse Zweifel an der Therapiecompliance aufkeimen und darüber hinaus beständen zahlreiche cerebrovaskuläre und kardiovaskuläre Risikofaktoren, deren konsequente Behandlung offenbar bislang scheiterte (IV-act. 141, S. 22 f.).

E. 6.2.2

In der Folge wurde das interdisziplinäre Gutachten dem RAD-Arzt Dr. med. E. _____ unterbreitet, welcher dazu am 26. Oktober 2015 sowie am 29. Dezember 2015 Stellung nahm (IV-act. 144, 148). Er fasste die im G. _____ -Gutachten erwähnten, wesentlichen Diagnosen zusammen, überprüfte die Arbeitsunfähigkeit auch anhand der Standardindikatoren gemäss Rechtsprechungspraxis des Bundesgerichts (vgl. BGE 141 V 281), nahm eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit vor und äusserte sich zu deren Beginn und Verlauf (IV-act. 148, S. 3 - 8). Zusammengefasst führte Dr. med. E. _____ aus, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Ein Austrittsbericht der T. _____ -Klinik vom 7. Juni 2011 belege noch keine eindeutig depressiven Symptome. Diese würden dann allerdings in dem psychiatrischen Gutachten vom 11. Juli 2011 des Universitätsklinikums P. _____ festgestellt. Daher könne der Beginn der Verschlechterung mit Juli 2011 akzeptiert werden. Die ehemals leichtgradige Anpassungsstörung und Dysthymie habe sich zu einer mittelgradigen depressiven Störung entwickelt und chronifiziert. Histrionische Elemente trügen zu Akzentuierung und Fehlverarbeitung der Schmerz Wahrnehmung und deren Ausgestaltung bei. Die Gutachter gingen davon aus, dass die diagnostizierte somatoforme Störung keinen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mittels der Standardindikatoren des Bundesgerichts könne bestätigt werden (IV-act. 148, S. 8). Zur Frage der Schadenminderungsaufgabe führte Dr. med. E. _____ in der Stellungnahme vom 6. Januar 2016 (IV-act. 150) aus, diese sei notwendig, da die Versicherte weder ihre psychopharmakologischen Medikamente einnehme, noch in effektiver Psychotherapie sei. Durch eine geeignete Psychotherapie sei mit einer erheblichen Besserung des psychischen Zustands und damit der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Dr. med. E. _____ auferlegte der Versicherten eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in einwöchigen Abständen mit nach gegebener ärztlicher Indikation leitliniengerechter psychopharmakologischer Therapie.

E. 6.2.3

Am 10. November 2015 wurden die Akten der deutschen Rentenversicherung nachgereicht (IV-act. 147). Neben den Laborberichten vom 8. Oktober 2015 der U. _____ GmbH, medizinisches Versorgungszentrum (...) (IV-act. 147, S. 6 - 10), in welchen unter anderem die Ergebnisse der Untersuchung der Blutwerte der Versicherten festgehalten worden sind, wurde ebenfalls der Medikamentenplan von Dr. V. _____ (IV-act. 147, S. 28) sowie der Arztbericht (Formular E 213) von Dr. med. W. _____ vom 12. Oktober 2015 eingereicht (IV-act. 147, S. 11 - 24). Dr. med. W. _____ erstellte eine Anamnese, fasste diverse Arztberichte zusammen und führte die bereits genannten Diagnosen auf (S. 18). In seiner zusammenfassenden Beurteilung erwähnte er den Krankheitsverlauf und gab unter Ziff. 8.4 und 9 an, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit 28. Januar 2010 verschlechtert. Die Versicherte könne noch regelmässig leichte Arbeiten verrichten. Sie sei in der Lage, Bildschirmarbeiten, Arbeit ohne Hilfe einer anderen Person, Arbeit zu Hause sowie eine angepasste Tätigkeit zu verrichten. Die letzte Tätigkeit als Reinigungskraft könne nicht in Vollzeit ausgeübt werden. Als höchstzulässige Arbeitszeit sowohl für die letzte Tätigkeit als auch für eine angepasste Arbeit wurde drei Stunden pro Tag angegeben (S. 21 f.). Eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes könne nicht erzielt

werden, ebenso wenig wie die Besserung der Leistungsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Rehabilitation (S. 23).

E. 6.2.4

Im Rahmen des Vorbescheid- und Beschwerdeverfahrens liess die Beschwerdeführerin weitere Berichte nachreichen:

E. 6.2.4.1

Im Kurzbrief sowie im Entlassungsbericht der Rehaklinik O._____ (IV-act. 158, S. 2 f.; 159, S. 2 - 1.; act. 1, Beilage 11 f.), welcher anlässlich des stationären Aufenthalts vom 14. Juni bis 4. Juli 2016 erstellt worden war, hielten die Dres. med. X._____, Y._____ und Z._____ neben den bereits genannten Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und "aktuell: Okulomotoriusparese links, cMRT vom 15.06.2016 ohne Hinweis einer akuten Ischämie oder Neoplasie" fest. Zum sozialversicherungsrechtlichen Status wurde ein GdB von 60 % angegeben. Die Versicherte wurde als arbeitsunfähig erachtet (IV-act. 159, S. 5). Zusammengefasst wurde in der Epikrise angegeben, die Versicherte sei mit einer bereits auswärts diagnostizierten Augenmotilitätsstörung bei Okulomotoriusparese linkseitig aufgenommen worden. Sie habe seit einigen Tagen unter deutlichem Druck über der linken Kopfseite gelitten. Eine akute Ischämie oder Neoplasie habe ausgeschlossen werden können. Es habe sich ein lakunärer Defekt rechts hochfrontoparietal sowie einzelne Glianarben beider Grosshirnhemisphären gezeigt. Die Versicherte sei nur bedingt rehafähig. Aufgrund des schlechten Sehens, des Schwindels und der Gleichgewichtsstörungen sei ein Gehen am Rollator notwendig gewesen. Gegen Ende des Aufenthalts habe die Patientin über grosse "Blutklumpen" beim Naseputzen berichtet, während der letzten zwei Tage des Aufenthalts jedoch nicht mehr. Die Ptosis linksseitig habe sich gebessert, das Taubheitsgefühl im Gesichtsbereich sei weniger geworden, jedoch sei das schlechte Sehen unverändert geblieben. Es werde dringend eine Vorstellung beim Augenarzt empfohlen. Eine Erkältung sei symptomatisch behandelt worden. Insgesamt habe die Versicherte vom Aufenthalt und Abstand zum häuslichen Umfeld profitieren können (IV-act. 159, S. 8). In der Entlassungsmittelung vom 1. Juli 2016 wurde als Ergebnis der Heilbehandlung "arbeitsunfähig entlassen" angegeben (IV-act. 158, S. 4).

E. 6.2.4.2

Dr. med. E._____ nahm in seiner Beurteilung vom 8. September 2016 (IV-act. 161) Stellung zu den neu eingereichten Berichten. Zum Bericht von Dr. med. W._____ (vgl. E. 6.4.3) äusserte er sich dahingehend, dass dieser Inkonsistenzen aufweise. Dr. med. W._____ räume der ausgeprägten Klagsamkeit der Versicherten anlässlich der Untersuchung einen breiten Raum ein, ohne diese histrionisch vorgebrachten subjektiven Beschwerden anhand objektiver Befunde zu bewerten und als Verdeutlichung bzw. Aggravation zu erkennen. Er zähle die bekannten Diagnosen, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, unkritisch auf, ohne den Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Dr. W._____ sei kein Psychiater, bewerte aber im Rahmen seines Gutachtens die hier im Vordergrund stehenden psychiatrischen Diagnosen. Seine Begründung für das seiner Meinung nach bestehende Leistungsvermögen von unter 3 Stunden pro Tag begründe er schliesslich mit der "Komplexität und des negativen Zusammenwirkens der Krankheitsbilder". Damit sei seine Beurteilung im Einzelnen nicht nachvollziehbar, was für ein versicherungspsychiatrisches Gutachten nicht ausreiche. Die Beurteilung sei nicht

verwertbar. Hingegen sei das Gutachten der G._____, bei welchem ein Psychiater mitgewirkt habe, nachvollziehbar. Der Austrittsbericht der Klinik O._____ (vgl. E. 6.5.1) bestätige lediglich eine mittelgradige Depression. Die PTBS sei bereits vorher schon wiedergegeben und im Gutachten gewürdigt worden. Die bereits in der Vergangenheit erwogene Diagnose einer PTBS habe nicht bestätigt werden können. Insgesamt bestätige der Austrittsbericht von O._____ die bekannten Diagnosen. Es handle sich eindeutig um eine andere Beurteilung des gleichen Gesundheitszustandes. Anhand umfangreicher bildgebender Befunde und der neurologischen Abklärung habe eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes nicht verifiziert werden können. Am Vorbescheid basierend auf einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % könne festgehalten werden.

E. 6.2.4.3

Dr. Aa._____, Arzt für Innere Medizin, äusserte sich in seinem beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 19. September 2016 (act. 1, Beilage 10) zur Stellungnahme des RAD dahingehend, dass diese sich letztlich nur auf die Depression fokussiere und sehr einseitig und abwertend gehalten sei. Es möge ja sein, dass die Beschwerdesymptomatik in den Einzeldisziplinen als nicht so gravierend beschrieben werde, aber das Zusammenspiel der komplexen Erkrankungen bewirke, dass die Versicherte als nicht 100 % arbeitsfähig anzusehen sei.

E. 6.2.4.4

Im triplikweise eingereichten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäss SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch) des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung D._____ (MDK; act. 15, Beilage 1) machte die Pflegefachfrau Bb._____ anlässlich ihrer Begutachtung vom 2. März 2017 unter anderem Angaben zur Vorgeschichte, Vorsorgesituation, zu den pflegerelevanten Aspekten der Versorgungs- und Wohnsituation und nannte die pflegebegründeten Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1 und somatoforme Störungen ICD-10 F45. Als weitere Diagnosen wurden Depression, chronische Schmerzstörung, Sehstörung und Gangunsicherheit festgehalten. Ausserdem wurden Ausführungen zu den Modulen des Begutachtungsinstruments gemacht und ein Pflegegrad 2 seit 17. Januar 2017 festgestellt.

E. 6.2.4.5

Im ebenfalls triplikweise eingereichten, auf den 30. März 2017 datierten Ambulanzbericht des Universitätsklinikums P._____, Klinik für Innere Medizin (act. 15, Beilage 1) von PD Dr. Cc._____ und Dr. Dd._____ wurde in der Beurteilung eine Steatosis hepatis II° mit zonalen Minderverfettungen in loco typico, Zeichen des chronischen Leberparenchymschadens, kleine Leberzyste in Segment VIII und Pankreaslipomatose festgehalten. Weiter wurde angegeben, seit der letzten Vorstellung sei erneut eine Mikro-Apoplexie des rechten Auges mit transienter Blindheit aufgetreten. Die Sicht sei nun wieder fast normal. In der Epikrise wurde ausgeführt, die Versicherte habe sich zur Verlaufskontrolle der bestehenden Hepatopathie vorgestellt. Laborchemisch zeigten sich weiter deutlich erhöhte Transaminasen. Weiter sei bei bestehender Adipositas mit einem BMI von 32.8 kg/m² sowie einem bekannten metabolischen Syndrom und sonographischer Steatosis das Vorliegen einer nichtalkoholischen Steatohepatitis (NASH) am wahrscheinlichsten. Alternativ könnte die aktuelle Leberwerterhöhung auch durch verschiedene Medikamente mit potentiell hepatotoxischer Wirkung mitbedingt sein. Weiterhin sollte eine deutliche Gewichtsreduktion um etwa 5-10 % des Körpergewichts als

spezifische Therapie der NASH erfolgen. Es werde eine Verlaufskontrolle nach einer Gewichtsreduktion in sechs Monaten zur erneuten Evaluation der Leberwerte empfohlen.

E. 6.2.4.6

In der RAD-Stellungnahme vom 27. Juni 2017 (act. 17, Beilage 1), welche anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurde, führte Dr. med. E. _____ zum Pflegegutachten des MDK (vgl. E. 6.2.4.4) aus, dieses übernehme die von der Versicherten geklagten Beschwerden und demonstrierten Einschränkungen, ohne dass diese ausreichend medizinisch erklärbar wären. Das Gehen am Rollator werde unkritisch als gegebene Einschränkung übernommen. Die Versicherte benötige keinen Rollator. In Kenntnis der medizinischen Sachlage sei das Pflegegutachten von Bb. _____ falsch. Der Ambulanzbericht (vgl. E. 6.2.4.5) enthalte die seit 2012 bekannte Diagnose einer Steatosis hepatis, aktuell Grad 2 (Fettleber mit begleitender entzündlicher Reaktion). Dies stelle bei labortechnisch nachgewiesener normaler Leberleistung noch keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar. Es liege keine Leberzirrhose vor. Ausserdem von einem Apoplex zu sprechen, sei medizinisch nicht fachgerecht. Die für die Sehfähigkeit zuständigen Areale hätten sich wieder erholt. Es sei nicht von einem Apoplex, sondern von einer TIA (transitorisch ischämische Attacke) auszugehen, einer lokal umschriebenen vorübergehenden Sauerstoffmangelversorgung, die sich wieder auflöse und zu keinem bleibenden Schaden am Hirngewebe geführt habe. Wäre es zu einem Apoplex gekommen, wäre die transiente Blindheit in eine dauerhafte Blindheit übergegangen. Es lägen keine neuen medizinischen Fakten vor, die eine erhebliche Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes nachweisen oder glaubhaft machen würden. Im Gegenteil wiesen die eingereichten medizinischen Unterlagen inklusive Laborbefunde im Fachgebiet der Innern Medizin nach, dass der Gesundheitszustand von internistischer Seite seit dem Gutachten vom 17. Juli 2015 [recte: 15. Juli 2015] unverändert geblieben sei.

E. 6.3

Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ beurteilte in seinen Stellungnahmen vom 26. Oktober, 29. Dezember 2015, 6. Januar, 8. September 2016 und vom 27. Juni 2017 (IV-act. 144; 148; 150; 161; act. 17, Beilage 1) die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten, insbesondere des interdisziplinären Gutachtens der G. _____ vom 15. Juli 2015 (IV-act. 141), in welchem die Versicherte sowohl in der bisherigen als auch in jeglicher leidensadaptierten Tätigkeit seit Juli 2011 zu 50 % für arbeitsfähig erachtet wurde (fünf Stunden täglich mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %). Es ist im Folgenden zu prüfen, ob auf das interdisziplinäre Gutachten der G. _____ sowie auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes abgestellt werden kann.

E. 6.3.1

Das G. _____-Gutachten vom 15. Juli 2015 (IV-act. 141) basiert auf einer psychiatrischen, internistischen, rheumatologischen, neurologischen und kardiologischen Untersuchung. Im Vordergrund der Beurteilung durch die Gutachter und des RAD standen folgende Beschwerden: Schmerzen im Rücken, Nacken und in den oberen / unteren Extremitäten, Kopfschmerzen, Sehstörungen sowie psychische Beschwerden.

E. 6.3.1.1

Die Versicherte klagte anlässlich der neurologischen Untersuchung über so viele Beschwerden, dass eine strukturierte Anamneseerhebung kaum möglich war. Vor allem nannte sie Schmerzen im Rücken und gab an, in der Lumbalregion verspüre sie oft

Blockierungen. Häufig habe sie auch Nackenschmerzen und verspüre Schwindel, ausserdem leide sie fast täglich unter einem Druckgefühl rechts parietal und habe dann Angst, dass etwas im Kopf platzen könne. Eindeutig vom Rücken ausstrahlende Schmerzen in die Extremitäten wurden jedoch auf Nachfrage von Dr. med. L. _____ nicht angegeben (IV-act. 141, S. 64). Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung wurden die körperlichen Beschwerden spezifischer benannt. So führte die Versicherte aus, über lumbale Rückenschmerzen, belastungsinduzierte Schmerzen in beiden Oberschenkeln, über Schmerzen an Kniegelenken, am rechten Kleinfinger und in beiden Vorderarmen sowie im Nacken und am rechten Grosszehen-Grundgelenk zu leiden (IV-act. 141, S. 55). Dr. med. K. _____ konnte weder an der Halswirbelsäule, noch an den peripheren Gelenken der oberen und unteren Extremitäten eine Bewegungs- oder Funktionseinschränkung feststellen. Ebenso war die Oberflächensensibilität an den Extremitäten und am Rumpf intakt, die Eigenreflexe an den Extremitäten symmetrisch und normal auslösbar. Zudem waren die Impingementzeichen an beiden Schultergelenken, der Volarflexionsschmerz der Handgelenke und die Gaenslen-Zeichen an Händen und Vorfüssen negativ. Der Faustschluss war mit allen Fingern vollständig. Die Kniegelenke waren stabil, ergussfrei und reizlos ohne Bewegungskrepitationen (IV-act. 141, S. 56 f.). Gemäss Dr. med. L. _____ waren die Valleix-Druckpunkte nicht dolent und die Trophik, der Tonus und die Motilität unauffällig. Es lag keine Verminderung der Kraft vor. Die Versicherte konnte im Positionsversuch der Beine diese halten; ebenso war der Knie-Hacken-Versuch sicher und die Reflexe mittelbehaft seitengleich auslösbar. Der Romberg-Test wurde sicher gestanden, das Gehen war unauffällig, der Fersen- und Fussspitzengang möglich und der Strichgang sicher. Die Lasègue-Zeichen beidseits, die Reflexe des Babinski, Gordon und Oppenheim waren allesamt negativ. In den unteren Extremitäten gab die Versicherte eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung auf dem Fussrücken und am distalen Unterschenkel links an, jedoch konnte sie anlässlich der neurologischen Untersuchung feinste Berührungsreize wahrnehmen. Die Versicherte konnte auch hinkfrei von der Warteecke ins Untersuchungszimmer gehen (IV-act. 141, S. 66 f.). Hingegen stellte Dr. med. L. _____ eine leichte Beweglichkeitseinschränkung, vor allem für Rotationsbewegungen und einen diskreten paravertebralen Hartspann im zervikalen Abschnitt fest. Ebenso waren die Okzipitalpunkte etwas dolent und es bestand eine leichte Hypalgesie sowie eine verminderte Berührungsempfindung des Daumens, Zeige- und Mittelfingers (Dig. I - III) und auf der radialen Seite des Ringfingers (Dig. IV) beidseits, rechtsbetont (IV-act. 141, S. 66). Im Bereich des Rumpfs und der Wirbelsäule stellte Dr. med. L. _____ fest, dass die Sensibilität am Rumpf intakt war, jedoch hatte die Versicherte im zervikalen Abschnitt und im oberen thorakalen Bereich sowie lumbal eine Klopfdolenz angegeben (IV-act. 141, S. 67). Diese Angaben werden durch Dr. med. K. _____ bestätigt, welcher anlässlich der rheumatologischen Untersuchung an der Lendenwirbelsäule eine mittelgradige schmerzhaftige Einschränkung der Seitenneigung nach rechts, sowie eine leichte, in der Endphase schmerzhaftige Einschränkung der übrigen Bewegungsausschläge und ausserdem eine leichtgradige Reduktion der Dorsiflexion und Plantarflexion der Zehengrundgelenke im Sinne eines Hallux rigidus feststellte. Dr. K. _____ konnte kein klassisches Fibromyalgiesyndrom diagnostizieren, sondern beurteilte die von der Versicherten beklagten Schmerzen als myofaszielles Schmerzsyndrom (IV-act. 141, S. 56). Zu den beklagten ausstrahlenden Kopfschmerzen hielt Dr. med. L. _____ fest, diese entsprächen möglicherweise einem Spannungstypkopfschmerz bei zervikalen Beschwerden. Die Versicherte gebe auch an, dass das Druckgefühl im Kopf -

vor allem bei erhöhten Blutdruckwerten - auftreten würde, sodass differentialdiagnostisch auch an Kopfschmerzen bei Hypertonie gedacht werden müsse. Diese Angaben sind stimmig zu den anlässlich der internistischen Begutachtung durchgeführten Untersuchungen. Dr. med. J. _____ stellte einen Blutdruck von 180/100 mmHG bei zwei Messungen fest (IV-act. 141, S. 48) und führte in seiner Beurteilung aus, dass die Versicherte unter einer Hypertonie, welche medikamentös ungenügend eingestellt sei, leide. Im Übrigen war der klinische Befund im Bereich der Inneren Medizin mit Ausnahme einer Adipositas unauffällig. In internistischer Hinsicht wurde im nachträglich eingereichten Ambulanzbericht des Universitätsklinikums P. _____, Klinik für Innere Medizin vom 30. März 2017 eine Steatosis hepatis zweiten Grades mit zonalen Minderverfettungen und eine Pankreaslipomatose bei bestehender Adipositas mit einem BMI von 32.8 kg/m² sowie einem bekannten metabolischen Syndrom erwähnt (act. 15, Beilage 1). Die Beschwerden wurden bereits in früheren Arztberichten aufgeführt, ebenfalls im internistischen Gutachten beurteilt und als die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussend erachtet (IV-act. 141, S. 50 f.). Dr. med. E. _____ bestätigte nach Einsicht in den Arztbericht vom 30. März 2017 die Angaben zur Arbeitsfähigkeit von Dr. med. J. _____, da labortechnisch eine normale Leberleistung nachgewiesen war und keine Leberzirrhose vorlag (act. 17, Beilage 1). Im Zusammenhang mit der diagnostizierten Adipositas ist zudem festzuhalten, dass diese nach der schweizerischen Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermag (Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2014 vom 13. August 2015, E. 4.3 mit Hinweisen). Insgesamt haben sich die untersuchenden Ärzte und auch Dr. med. E. _____ einlässlich mit den beklagten Schmerzen im Rücken, Nacken, in den oberen und unteren Extremitäten und Kopfschmerzen auseinandergesetzt und zu den Angaben der Versicherten Stellung genommen. Ihre nachvollziehbaren Einschätzungen sind nicht widersprüchlich und entsprechen den Untersuchungsergebnissen. Die Versicherte bringt denn auch keine Rügen hinsichtlich der Begutachtung vor.

E. 6.3.1.2

Bezüglich der Sehstörungen stellte Dr. med. L. _____ anlässlich der neurologischen Begutachtung keine Beeinträchtigungen im Gesichtsfeld bei der Fingerprüfung fest. Ebenso wenig lag ein pathologischer Nystagmus vor. Der Klopfimpulstest war unauffällig. Die rechte Pupille lag weiter links als die rechte mit normaler Lichtreaktion. Die kaudalen Hirnnerven waren intakt. Zu den früheren Arztberichten hielt Dr. med. L. _____ fest, dass 2012 eine Skew-Deviation mit entsprechenden Doppelbildern und einer Schwindelsymptomatik festgestellt worden sei, jedoch ergaben sich aus den Abklärungen keine neuen Ischämie-Zonen; eine Skew-Deviation war nicht erkennbar. Die Ursache dieser Symptomatik blieb unklar (IV-act. 141, S. 68). Die Beschwerdeführerin beklagte sich anlässlich der neurologischen Untersuchung erst auf Anfrage des Gutachters über Doppelbilder und führte dazu aus, dass diese verschwinden würden, wenn sie sich entspanne (IV-act. 141, S. 64). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung gab sie ebenfalls an, unter Doppelbildern, welche bei Entlastung rasch verschwänden, zu leiden. Im Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung litt die Versicherte gemäss ihren Angaben in der Anamnese unter keinen Sehstörungen (IV-act. 141, S. 32 f.). Insgesamt äusserte sie sich im Rahmen der Befragungen durch die Gutachter hauptsächlich über Schmerzen im Rücken und den Extremitäten und klagte über psychische Beschwerden, jedoch erwähnte sie die Augenbeschwerden nur am Rande und auf Anfrage hin. Beschwerdeweise liess sie jedoch vorbringen, dass sie durch massive Augenbeschwerden (Oculomotoriusparese) im Alltag erheblich eingeschränkt sei, was von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden sei (act.

1). Die beklagten Augenbeschwerden werden im Entlassungsbericht der Rehaklinik O._____ (IV-act. 159, S. 2 - 10, act. 1, Beilage 12) vom 14. Juli 2016 erwähnt, in welchem die Diagnose "aktuell: Okulomotoriusparese links, cMRT vom 15.06.2016 ohne Hinweis einer akuten Ischämie oder Neoplasie" festgehalten worden ist. Während des Klinikaufenthalts war aufgrund des schlechten Sehens, des Schwindels und der Gleichgewichtsstörungen ein Gehen am Rollator notwendig. Dr. med. E._____ nahm in seinem Bericht vom 8. September 2016 dahingehend Stellung, dass die Okulomotoriusparese vor dem Hintergrund der diabetischen Stoffwechsellage nicht selten sei und letztendlich eine gute Prognose habe. Die Skew-Deviation mit intermittierenden Doppelbildern sei auch von der G._____ vordiagnostiziert und korrekt als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erkannt worden (IV-act. 161). Anzumerken ist, dass im Entlassungsbericht der Rehaklinik O._____ eine dringende Vorstellung beim Augenarzt empfohlen, ein diesbezüglicher Augenarztbericht von der Versicherten jedoch nicht nachgereicht wurde. Schliesslich wurde im tripplikweise eingereichten Ambulanzbericht des Universitätsklinikums P._____, Klinik für Innere Medizin vom 30. März 2017 (act. 15, Beilage 1), festgehalten, dass bei der Versicherten eine Mikro-Apoplexie des rechten Auges mit transienter Blindheit aufgetreten sei. Dr. med. E._____ ging jedoch nicht von einem Apoplex, sondern von einer TIA (transitorisch ischämische Attacke) aus, was zu einer lokal umschriebenen, vorübergehenden und sich wieder auflösenden Sauerstoffmangelversorgung geführt und zu keinem bleibenden Schaden am Hirngewebe geführt habe. Bei einem Apoplex wäre die transiente Blindheit in eine dauerhafte übergegangen (act. 17, Beilage 1). Die Schlussfolgerungen von Dr. med. E._____ stimmen mit den Angaben im Ambulanzbericht vom 30. März 2017 überein, nach welchem die Sicht fast wieder normal war. Gestützt auf den Ambulanzbericht kann davon ausgegangen werden, dass sich die Augenbeschwerden auch im Verlauf gebessert haben, denn während des Aufenthalts in der Rehaklinik O._____ vom 14. Juni bis 4. Juli 2016 litt die Versicherte unter schlechtem Sehen, welches zum Entlassungszeitpunkt unverändert geblieben war (vgl. IV-act. IV-act. 159, S. 2 - 10). Insgesamt haben sich die Gutachter und auch der RAD-Arzt Dr. med. E._____, entgegen der Rüge der Beschwerdeführerin, mit den Augenbeschwerden einlässlich auseinandergesetzt und dazu Stellung genommen. Es ist auf ihre nachvollziehbaren Beurteilungen, wonach die Augenbeschwerden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, abzustützen.

E. 6.3.1.3

Der Gutachter Dr. med. H._____ setzte sich einlässlich mit den psychischen Beschwerden auseinander. Seiner Ansicht nach zeigte sich die Versicherte im Kontaktverhalten stets erreichbar. Ihr formaler Gedankengang war gemäss den Aussagen von Dr. med. H._____ geordnet und kohärent, keineswegs depressiv gehemmt oder gar gesperrt. Im Weiteren konnte der Gutachter weder Ideenflucht oder Denkzerfahrenheit, ebenso wenig wie Derealisations- oder Depersonalisierungsphänomene oder Dissoziationen feststellen. Er stellte zudem fest, dass die Ich-Grenzen geschlossen waren und im Zusammenhang mit dem von der Versicherten erwähnten Entführungsereignis in ihrer Kindheit seltene Flashback-Erlebnisse mit eher geringer vegetativer Beteiligung und ohne Affektstürme geschildert wurden (IV-act. 141, S. 38 f.). Die Versicherte gab in der Anamnese zu ihrer jetzigen Situation an, sie habe keine Lust auf Unternehmungen; wohl fahre sie Auto, aber sie fühle sich dabei ängstlich und unsicher und beschränke sich auf kurze und ihr bekannte Strecken (IV-act. 141, S. 35). Sie sei innerlich unruhig, angespannt, habe oft Depressionen, sei aber auch häufig nervös und reagiere bei Kleinigkeiten

aggressiv. Es werde ihr alles zu viel, am liebsten sei sie alleine. Sie habe in allen Situationen Angst. Ferner fühle sie eine innere ängstliche Anspannung, wenn sie beispielsweise in Menschenansammlungen, Supermärkten oder Einkaufszentren aufhalte. Das Konzentrationsvermögen habe nachgelassen. Es gebe nichts, was ihr Freude bereite, sie habe auch keine Interessen oder Hobbies mehr. Gleichzeitig führte sie aus, dass sie früher ebenfalls keine besonderen Hobbies gehabt habe; die Familie habe nebst der Arbeit im Zentrum ihrer Interessen gestanden. Heute bestehe ein guter Kontakt zu den Kindern und Enkelkindern, welche sie regelmässig, mehrmals wöchentlich, sehe (IV-act. 141, S. 32 f.). Ihre Ehe bezeichnete die Versicherte als glücklich und stabil (IV-act. 141, S. 36). Diese Aussagen gehen konform mit den Feststellungen von Dr. med. H._____, für welchen ein sozialer Rückzug - allerdings kein vollständiger aus jeglichen Sozialkontakten - erkennbar war. Dr. med. H._____ stellte ausserdem einen leicht geminderten Antrieb mit lebhafter Psychomotorik und einer Einengung in der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit fest. Er nahm Bezug zu den in den Akten liegenden Berichten, bestätigte die Diagnosen einer Double Depression mit rezidivierender depressiver Störung und eine dysthyme Störung und diagnostizierte eine generalisierte Angststörung. Er konnte jedoch das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigen. Seiner Beurteilung nach gingen die einzelnen Symptome als Traumafolge in der generalisierten Angststörung auf (IV-act. 141, S. 38). Ebenso mangelte es nach Ansicht von Dr. med. H._____ im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzstörung an einer gravierenden Komorbidität und einem ausgewiesenen sozialen Rückzug aus allen Lebensbereichen (IV-act. 141, S. 41). Die psychiatrischen Diagnosen wurden ebenso von Dr. W._____ am 12. Oktober 2015 erwähnt (IV-act. 147, S. 18), wobei dieser sich hauptsächlich auf die Angaben der Versicherten stützt. Im Entlassungsbericht der Rehaklinik O._____ vom 14. Juli 2016 (IV-act. 159, S. 2 - 10) sowie im Pflegegutachten des MDK D._____ vom 2. März 2017 (act. 15, Beilage 1) wurden die psychiatrischen Diagnosen erneut aufgeführt. Dr. med. E._____ legte in seinen Stellungnahmen nachvollziehbar dar, dass die Beschwerden, insbesondere im Pflegegutachten, medizinisch nicht erklärt, sondern unkritisch von der Versicherten übernommen worden seien (IV-act. 161, act. 17, Beilage 1). Insbesondere war Dr. med. E._____ der Meinung, dass die Versicherte keinen Rollator mehr benötige. Diese Aussage ist schlüssig zu den Angaben in den Akten: Während die Versicherte anlässlich ihres stationären Aufenthalts in der Rehaklinik O._____ vom 14. Juni bis 4. Juli 2016 vorwiegend aufgrund des schlechten Sehens einen Rollator benötigte, war gemäss Ambulanzbericht des Universitätsklinikums P._____ ihre Sicht im März 2017 fast wieder normal. Daraus kann geschlossen werden, dass aufgrund der Sehstörungen und der damit verbundenen Beschwerden ein Rollator nicht mehr nötig war. Im Pflegegutachten werden im Übrigen weder die aufgeführten Diagnosen noch die gemachten Schlussfolgerungen medizinisch begründet. In diesem Zusammenhang ist auch fraglich, inwiefern Dr. med. W._____ als Facharzt für Innere Medizin und die Pflegefachfrau Bb._____ die Beschwerden der Versicherten in psychiatrischer Hinsicht zu beurteilen vermochten. Dr. med. H._____ und auch der RAD-Arzt Dr. med. E._____ haben sich hingegen einlässlich mit den psychiatrischen Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Aussagen in medizinischer Hinsicht ausführlich begründet, weshalb auf ihre Einschätzungen abgestützt werden kann.

E. 6.3.1.4

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Versicherte anlässlich der Begutachtungen wiederholt betont hat, ihre Medikamente verordnungsgemäss und

regelmässig einzunehmen. Anlässlich der psychiatrischen Anamnese führte sie aus, ohne ihre Medikamente könne sie gar nicht existieren (IV-act. 141, S. 31). Metamizol, ein Analgetikum, und Citalopram, ein Antidepressivum, waren jedoch gemäss dem Laborbericht vom 5. Juni 2015 der Ee. _____ AG, nicht detektierbar bzw. wies der Bericht lediglich Spuren unterhalb der Bestimmbarkeitsgrenze auf (IV-act. 141, S. 40). Gemäss Dr. med. J. _____ lag der Medikamentenspiegel von Citalopram weit unterhalb des therapeutischen Spiegels (IV-act. 141, S. 49). Dr. med. E. _____ war der Meinung, dass durch eine geeignete Psychotherapie sowie die Einnahme psychopharmakologischer Medikamente mit einer erheblichen Besserung des psychischen Zustands und damit der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (IV-act. 150). Zudem sei die wahrgenommene Psychotherapie beim behandelnden Psychiater gemäss dessen Schreiben vom 1. April 2014 ungenügend (s. IV-act. 148, S. 7). Im Rahmen einer Schadenminderungsaufgabe wurde die Versicherte am 15. April 2016 aufgefordert, eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in einwöchigen Abständen mit einer psychopharmakologischen Therapie aufzunehmen. Die Versicherte habe bis zum 30. Juni 2016 eine schriftliche Bestätigung des behandelnden Therapeuten, aus welcher der Behandlungsbeginn ersichtlich sei, einzureichen (IV-act. 154). Weder liegen in den Akten diesbezügliche Arztberichte, noch reichte die Versicherte anlässlich des Beschwerdeverfahrens Unterlagen ein, welche die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung belegen würden. Die Versicherte machte wohl beschwerdeweise mit Verweis auf den Arztbericht der Rehaklinik O. _____ vom 14. Juli 2016 geltend, sie sei insbesondere aufgrund ihres schlechten psychischen Zustands nicht arbeitsfähig, jedoch hat sie sich offensichtlich keiner entsprechenden Therapie unterzogen. Daraus ist zu schliessen, dass die Versicherte psychiatrisch nicht adäquat behandelt ist; unter adäquater Behandlung psychisch bedingte Einschränkungen reduziert werden könnten (Schadenminderungsprinzip) und sie ihre Behauptung, dass eine Verschlechterung hinsichtlich ihres psychiatrischen Krankheitsbildes vorliegt, nicht nachgewiesen hat.

E. 6.3.1.5

Beschwerdeweise rügt die Versicherte mit Verweis auf die Beurteilung ihres behandelnden Arztes Dr. Aa. _____, Arzt für Innere Medizin, dass das Zusammenspiel ihrer komplexen Erkrankungen, welches zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % führe, nicht berücksichtigt worden sei. Dr. Aa. _____ nahm in seinem an den Rechtsvertreter gerichteten Schreiben vom 19. September 2016 (act. 1, Beilage 10) Bezug auf das G. _____-Gutachten und bemängelte die Stellungnahme des RAD, welche er als einseitig und sich auf die Depression fokussierend bezeichnete. Er war der Ansicht, aufgrund des Zusammenspiels ihrer komplexen Erkrankungen sei die Versicherte als nicht 100 % arbeitsfähig anzusehen. Jedoch räumte er ein, dass die Beschwerdesymptomatik der Versicherten in den Einzeldisziplinen als nicht so gravierend beschrieben werde. Auch war er der Meinung, dass eine Beschwerde sehr gut zu begründen sei. Dazu ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin von der G. _____ polydisziplinär begutachtet worden und ihre Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zum Untersuchungszeitpunkt und auch im retrospektiven Verlauf von den Dres. med. H. _____, I. _____, J. _____, L. _____ und K. _____ im polydisziplinären Konsens beurteilt worden ist. Zusatzfragen betreffend die Auswirkungen auf die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit wurden ebenfalls im Konsens der Gutachter gemeinsam beantwortet. Ausserdem gaben die Gutachter eine Stellungnahme zu divergierenden Diagnosen in den Vorakten bzw. der behandelnden Ärzte und zu den Angaben der

Versicherten ab und erstellten ein zusammenfassendes Belastungs-/Ressourcenprofil (IV-act. 141, S. 20 - 27). Der involvierte Kardiologe Dr. med. M._____ hat das Gutachten eingesehen und war mit den Schlussfolgerungen einverstanden (IV-act. 141, S. 29). Die physischen und psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin wurden somit, wie es die bundesgerichtliche Rechtsprechung verlangt, nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilt (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Nach dem Gesagten ist die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens ihrer Erkrankungen abgeklärt worden; die diesbezügliche Rüge der Beschwerdeführerin ist daher unbegründet.

E. 6.3.1.6

Im Weiteren haben die untersuchenden Ärzte eine Anamnese und umfassende Diagnosen erstellt, den Krankheitsverlauf wiedergegeben, sich auf die Aktenlage bezogen, eine Aktendiskussion vorgenommen und ihre eigenen Einschätzungen, welche im Übrigen lückenlos sind und nachvollzogen werden können, begründet. Ebenfalls wurden die nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung eingegangenen Unterlagen zu Recht in der Beurteilung des Sachverhalts berücksichtigt, da diese Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor Verfügungserlass sowie den weiteren Verlauf ziehen lassen (vgl. E. 4.3). Zudem verfügen die Gutachter über die entsprechenden Facharzttitel. Insgesamt entspricht das Gutachten damit den Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abgestellt werden kann (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3). Der RAD-Arzt Dr. med. E._____ hat nicht selber medizinische Befunde erhoben, sondern aus medizinischer Sicht den Sachverhalt zusammengefasst, gewürdigt und beurteilt, ob auf das G._____ -Gutachten abzustellen sei. Eines spezifischen Facharzttitels bedurfte er deshalb nicht (Urteil des BGer 9C_643/2016 vom 10. September 2013 E. 4.3, mit weiteren Hinweisen). Er hat sich, entgegen den Behauptungen der Versicherten, nicht nur auf psychiatrische Beschwerdebilder bezogen, sondern in seinen Stellungnahmen umfassende Diagnosen unter Verwendung der ICD-10 Codes abgegeben und diese begründet. Ausserdem hat er sich neben dem G._____ -Gutachten auch zu den neu eingereichten Arztberichten geäußert und zudem die Arbeitsfähigkeit der Versicherten anhand der Standardindikatoren des Bundesgerichts gemäss BGE 141 V 281 überprüft (IV-act. 148, 150, 161). Er kam aufgrund der Aktenlage und des polydisziplinären Gutachtens zum überzeugenden Schluss, dass gegenüber 2008 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und bestätigte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie den Beginn der Verschlechterung durch die Gutachter.

E. 6.3.2

Nach dem Gesagten ist auf das interdisziplinäre Gutachten der G._____ sowie auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes abzustellen. Der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich vorliegend schlüssig und zuverlässig beurteilen. Es ist bei ihr ab Juli 2011 (Zeitpunkt der erstmaligen eindeutigen Feststellung depressiver Symptome durch das Universitätsklinikum P._____ [Bericht vom 11. Juli 2011]) von einer Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit von fünf Stunden täglich mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % auszugehen.

E. 6.4

Es bleibt zu überprüfen, ob die Ermittlung des IV-Grades durch die Vorinstanz richtig erfolgt ist. Da das Sozialversicherungsverfahren vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist, hat das Bundesverwaltungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 130 V 553 E. 3.5.3, 125 V 193 E. 2). Es prüft jedoch primär die vorgetragenen Rügen und ist nicht gehalten, die angefochtene Verfügung auf alle erdenklichen Rechtsfehler hin zu untersuchen (vgl. Urteile des BVGer C-2656/2015 vom 24. Februar 2016 E. 2.2 und C-5053/2013 vom 17. August 2015 E. 4.2 je m.H.).

E. 6.4.1

Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der zurückgelegten Beitragszeiten in der Schweiz Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Ebenfalls ist unbestritten, dass die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG) zu erfolgen hat, da die Beschwerdeführerin vor Eintritt ihres Gesundheitsschadens (Mai 2006) vollzeitig tätig war und erst ab Oktober 2006 aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation in einem Pensum von 50 % gearbeitet hat (vgl. Sachverhalt Bst. A und B). Im Weiteren stellt sie grundsätzlich weder die Berechnungsgrundlagen noch die Berechnungen zur Ermittlung des IV-Grades durch die Vorinstanz in Frage. Zudem hat die Vorinstanz der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung die Grundlagen der Berechnung des IV-Grads ausführlich erläutert. Deren summarische Überprüfung - obwohl nicht beanstandet - ergibt keine Anhaltspunkte für eine rechtsfehlerhafte Berechnungsweise.

E. 6.4.2

Während die Beschwerdeführerin keine Rügen betreffend die Berechnung des IV-Grades erhebt, bemängelt sie, dass die Vorinstanz keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen habe (act. 1, 10). Die Vorinstanz äussert sich dahingehend, dass das Alter der Beschwerdeführerin (58 Jahre) keinen Abzug rechtfertige, da das Kompetenzniveau 1 berücksichtigt worden sei und Hilfstätigkeiten altersunabhängig nachgefragt würden. Auch die Nationalität (Staatsbürgerin von Italien mit Grenzgängerbewilligung) sowie die Anzahl der Dienstjahre könnten keinen Abzug begründen. Dies gelte ebenfalls für den Beschäftigungsgrad, da sie noch täglich fünf Stunden mit einer Leistungseinschränkung von 20 % tätig sein könne und sich Teilerwerbstätigkeiten bei Frauen nicht lohnsenkend auswirkten. Auch aufgrund der leidensbedingten Einschränkungen sei kein Abzug angezeigt, da auch mittelschwere Tätigkeiten möglich seien. Die Frage der Gewährung eines leidensbedingten Abzugs könne insofern offenbleiben, als selbst ein Abzug in Höhe von 15 % zu keinem rentenveränderten Invaliditätsgrad führe. Ein Abzug in dieser Höhe sei aber vorliegend mit Bestimmtheit zu verneinen (act. 5).

E. 6.4.3

Die G._____ stellte im polydisziplinären Gutachten vom 15. Juli 2015 (IV-act. 141) bei der Versicherten ab Juli 2011 eine Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit von fünf Stunden täglich mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % fest. Wie bereits ausgeführt (E. 6.3.2, 6.4.1) beruht die vorinstanzliche Beweiswürdigung und Sachverhaltsdarstellung betreffend die Arbeitsfähigkeit nicht auf einer Rechtsverletzung. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass für die Versicherte eine Verwertung der festgestellten Restarbeitsfähigkeit sozialpraktisch nicht zumutbar sein soll, ist vorliegend nicht ersichtlich.

E. 6.4.4

Die Vorinstanz hat für die Festsetzung des Invalideneinkommens einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik herangezogen (LSE 2012, Tabelle TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 1) und die betriebsübliche Wochenarbeitszeit sowie die Nominallohnentwicklung berücksichtigt. Einen Abzug hat sie unter anderem mit der Begründung verweigert, dass die Versicherte täglich fünf Stunden, auch für mittelschwere Arbeiten, mit einer Leistungseinschränkung von 20 % tätig sein könne und sich Teilerwerbstätigkeiten bei Frauen nicht lohnsenkend auswirkten. Ein Abzug soll nicht automatisch erfolgen, sondern ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des BGer 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1, mit weiteren Hinweisen). Das von der Versicherten vorgebrachte Argument, ein Leidensabzug von 25 % sei aufgrund der sich aus den Arztberichten ergebenden, multiplen gesundheitlichen Einschränkungen vorzunehmen (act. 1, 10), kann nicht gehört werden. Es ist vorliegend nicht ersichtlich, dass die gesundheitlichen Einschränkungen mit der festgestellten Arbeitsfähigkeit nur ungenügend berücksichtigt worden sein sollen. Sie rechtfertigen keinen leidensbedingten Abzug, würde dies doch - wie in der angefochtenen Verfügung erwogen - zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen. Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildet auch die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2, mit weiteren Hinweisen). Ob die psychiatrischen Einschränkungen (Arbeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen ohne besondere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, also ohne besondere Anforderung an die Team- und Konfliktfähigkeit, vgl. IV-act. 141, S. 22) ausserordentliche Umstände darstellen, kann offengelassen werden, denn damit rechtfertigt sich maximal ein Leidensabzug von 10 %, welcher vorliegend zu keiner höheren Rente führen würde.

E. 6.5

Die Beschwerdeführerin verlangt mit Verweis auf den Bericht von Dr. Aa. _____ vom 19. September 2016 (act. 1, Beilage 10) die Berücksichtigung des deutschen Rentenbescheids in der Gesamtwürdigung. Dr. Aa. _____ führte aus, die deutsche Rentenversicherung bescheinige eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aufgrund der Komplexität des Zusammenspiels der Erkrankungen. Er halte die Versicherte aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur weiterhin für 100 % arbeitsunfähig. Es könne nicht sein, dass sich die schweizerische Rentenversicherung nach Gutdünken das zurechtbiege, wie sie es brauche. Normalerweise sei es doch so, dass auch die Schweizer Seite nicht widerspreche,

wenn die Deutsche Rentenversicherung einen Bescheid erlasse. Er habe bei anderen Patienten erlebt, dass sie sogar darauf bestanden habe, dass auch die Deutsche Rentenversicherung eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit anerkenne. Warum sie es in diesem Fall nicht tue, sei nicht ersichtlich. Vorliegend sind die medizinischen Berichte aus Deutschland zur Feststellung des Gesundheitszustands der Versicherten von den Gutachtern der G._____ und dem RAD umfassend gewürdigt worden, denn für den Beweiswert eines Arztberichts ist weder die Herkunft des Berichts noch die Bezeichnung ausschlaggebend, sondern einzig, ob der Bericht den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. 5.4.2 dieses Urteils). Zudem ist diesen Beurteilungen, worauf der RAD zutreffend hinweist, keine kritische Auseinandersetzung mit der Differenz zwischen subjektiver Sicht, objektiven Feststellungen und der Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme zu entnehmen. Im Übrigen besteht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Indem sich die IVSTA bei der Rentenberechnung nicht auf den Rentenbescheid aus Deutschland gestützt hat, hat sie nicht unrechtmässig gehandelt. In der vorinstanzlichen Auffassung kann denn auch keine Verletzung der Rechtsgleichheit (Art. 8 Abs. 2 BV) oder des Diskriminierungsverbotes (Art. 8 i.V.m. Art. 14 EMRK) erblickt werden. Zusammengefasst kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass sie vom deutschen Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 1. März 2013 eine bis 31. Dezember 2017 befristete Rente zugesprochen erhalten hat, nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 7

Zusammenfassend verletzt es somit kein Bundesrecht, dass die Vorinstanz der Versicherten gestützt auf die medizinischen Unterlagen ab 1. April 2014 eine halbe Invalidenrente in der Höhe von Fr. 358.- zugesprochen hat. Die angefochtene Verfügung vom 20. Oktober 2016 erweist sich somit als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 23. November 2016 abzuweisen ist.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Dabei ist auf Art. 65 Abs. 4 VwVG hinzuweisen, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt. Vorliegend ist der Beschwerdeführerin mit Zwischenverfügung vom 28. Februar 2017 (act. 9) die unentgeltliche Rechtspflege mit amtlicher Verbeiständung bewilligt worden, weshalb sie auf diese Ersatzpflicht aufmerksam zu machen ist.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Nachdem das Bundesverwaltungsgericht mit Zwischenverfügung vom 28. Februar 2017 das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen hat, sind der unterliegenden Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 65 Abs. 1 VwVG).

E. 8.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 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]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Die obsiegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Der Vertreter der unterliegenden Beschwerdeführerin hat Anspruch auf ein amtliches Honorar. Vorliegend ist festzuhalten, dass der Rechtsvertreter die Versicherte bereits seit Oktober 2008 vertritt (vgl. Beschwerdeverfahren C-6733/2008) und mit dem Sachverhalt vertraut ist. Ausserdem war er auch im (nicht im Beschwerdeverfahren zu entschädigenden) Vorbescheidverfahren tätig und konnte sich daher weitgehend auf die Vorakten stützen. Mit Kostennote vom 2. Juni 2017 (act. 15, Beilage 3) hat er einen Aufwand von Fr. 3'647.50 (14.59 Stunden) und Auslagen in Höhe von Fr. 572.- (Fotokopien: Fr. 385.50, Kopiaturen: 124.-, Porti: Fr. 62.30, Telefon: Fr. 1.-) zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % à Fr. 337.60 geltend gemacht. Nicht zu berücksichtigen sind die Aufwände für das Schreiben an die Ff. _____ vom 5. Dezember 2016 (0.50 Stunden) sowie die Rechnung vom 1. Juni 2017 (0.25 Stunden). Als notwendig und angemessen erweist sich somit ein Aufwand von 13.84 Stunden für die Ausfertigung der Rechtschriften, diverser Schreiben und Einreichen von Unterlagen sowie für die Führung von Telefonaten. Die vom Rechtsvertreter angeführten Auslagen für Fotokopien, Kopiaturen und Portokosten in der Höhe von insgesamt Fr. 571.80 erscheinen ausserordentlich hoch, denn gemäss Art. 11 Abs. 4 VGKE können allein für Kopien lediglich 50 Rappen pro Seite berechnet werden. Aufgrund der eingereichten Unterlagen sind für das vorliegende Verfahren Auslagen in der Höhe von Fr. 200.- zu verrechnen. Dem Vertreter der Beschwerdeführerin ist deshalb ein amtliches Honorar von insgesamt Fr. 3'952.80 (13.84 Stunden à Fr. 250.-, Auslagen im Betrag von Fr. 200.-, Mehrwertsteuer von Fr. 292.80) zuzusprechen.

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