

BVGer C-7364/2018 vom 13. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7364_2018

FR: TAF C-7364/2018 du 13 février 2020

IT: TAF C-7364/2018 del 13 febbraio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). 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 Instruktionsrichterin mit Zwischenverfügung vom 20. März 2019 das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung guthiess (BVGer act. 10), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 21. Dezember 2018 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 1.2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. Dezember 2018, mit der die Vorinstanz den von der Beschwerdeführerin mit Gesuch vom 16. Oktober 2013 geltend gemachten Anspruch verneint hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht - wie vom Bundesverwaltungsgericht im Entscheid C-5824/2016 vom 31. Mai 2017 angeordnet (vgl. E. 9.3, 10.4 und 11) - nun eine voll beweiskräftige, polydisziplinäre Expertise als Entscheidungsbasis zur Verfügung gestanden hat.

E. 1.3

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). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Mit der Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht an das unangefochten gebliebene Urteil C-5824/2016 gebunden (BGE 135 III 334 E. 2; Urteile des BGer 8C_680/2015 vom 14. Dezember 2015 E. 4.1 und 4.3.3 und 8C_720/2015 vom 12. April 2016 E. 3), weshalb vorab - anstelle einer Wiederholung der entsprechenden Erwägungen im vorliegenden Entscheid - insbesondere

betreffend die Anwendbarkeit des europäischen Koordinationsrechts und des innerstaatlichen temporalen Rechts (E. 3), die Invalidität und den Rentenanspruch (E. 4.1 bis 4.3), die Beweiswürdigung und den Beweiswert von ärztlichen Dokumenten (E 4.4) und die Mindestbeitragsdauer (E. 6), auf die entsprechenden Erwägungen im obgenannten Urteil verwiesen werden kann.

E. 2.2

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass seit dem 1. Januar 2015 auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten sind (siehe AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Es ergeben sich jedoch keine Änderungen für den vorliegenden Sachverhalt.

E. 3

Mit Blick auf die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung ist im Zusammenhang mit dem Beweiswert eines ärztlichen Berichts oder Gutachtens Folgendes zu ergänzen resp. zu verdeutlichen:

E. 3.1.1

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche von psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser Schaden auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 3.1.2

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich 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. 3.1.3

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraaster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss dort, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). Gleiches gilt, wenn etwa die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (siehe auch BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGER 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Ausserdem bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 3.1.4

Hinsichtlich der Beweiswürdigung eines den Indikatoren von BGE 141 V 281 folgenden Gutachtens sind zunächst die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten zu beachten (vgl. Urteil des BGER C 5824/2016 E. 4.4). Zudem ergibt sich aus BGE 141 V 281 Folgendes: Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei

der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteile des BGER 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 5; 8C_746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.2 und 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1 mit Hinweisen). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 144 V 50 E. 4.3; BGE 141 V 281 E. 6, Urteil des BGER 8C_635/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 6.1). Gelangt jedoch der Rechtsanwender zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil des BGER 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.5 mit weiteren Hinweisen).

E. 3.2

Im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 113 V 22 E. 4a) ist die versicherte Person jederzeit gehalten, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich, wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d; Urteil des BGER I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1.1, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung (Urteil des BGER 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1). Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C_13/2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die versicherte Person sämtliche Therapievorschlüsse des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in kooperativer Weise umgesetzt hat (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2; Urteil des BGER 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.2).

E. 4.1

Mit rechtskräftigem Urteil C-5824/2016 wurde festgestellt, dass der rentenablehnenden Verfügung vom 1. September 2016 in medizinischer Hinsicht namentlich folgende Unterlagen als Entscheidungsgrundlage dienten: Ärztliches Gutachten von Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädie, vom 15. März 2016 (act. 115 = act. 149), ärztliches Gutachten von Dr. med. M._____, Psychiater und Psychotherapeut, vom 22. März 2016 (act. 116 = act. 150), Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. med. N._____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 3. Mai 2016 (act. 120), Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes, Dr. med. O._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2016 (act. 131). Im Beschwerdeverfahren wurden sodann von den Parteien folgende Unterlagen eingereicht: Entlassungsbericht der Klinik P._____ vom 7. März 2016, unterzeichnet von Dr. med. Q._____ und Dr. med. R._____ (act. 151), Kernspintomographie vom 15. April 2016 (act. 145), Computertomographie vom 14. März 2016 (act. 144), Stellungnahmen des RAD Rhone vom 24. November 2016 (Dr. N._____ [act. 154]), Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 18. Januar 2017 (Dr. O._____ [act. 156]), Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. med. H._____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. Januar 2017 (act. 157).

E. 4.2

Bei der Beurteilung der zitierten Berichte kam das Bundesverwaltungsgericht zum Schluss, dass sich die involvierten Ärzte weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einig seien. Insgesamt ergebe sich aus diesen unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (zusammen mit den ebenfalls dargelegten Mängeln in der Nachvollziehbarkeit der medizinischen Schlüsse) die Notwendigkeit einer vertieften, unabhängigen und interdisziplinären Untersuchung der Beschwerdeführerin und medizinischen Einschätzung ihrer funktionellen Einschränkungen und daraus folgenden Arbeitsfähigkeit. Die Vorinstanz müsse deshalb eine entsprechende Abklärung interdisziplinärer Art in die Wege leiten (vgl. Urteil C-5824/2016 vom 31. Mai 2017, E. 9.3, 10.4 und 11).

E. 4.3

In Nachachtung dieses Urteils tätigte die Vorinstanz weitere Abklärungen und holte insbesondere ein Gutachten der D._____ vom 9. Mai 2018 ein (vgl. act. 166, 172, 176, 191). Gestützt darauf sowie die erläuternde Stellungnahme der D._____-Gutachter vom 26. Juli 2018 (act. 224) und die Stellungnahme von Dr. E._____ und Dr. F._____ vom 3. Oktober 2018 (act. 226) wies sie mit Verfügung vom 13. Dezember 2018 den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin erneut ab, wobei auch weitere medizinische Berichte und Unterlagen bis Oktober 2018 in die Beurteilung einbezogen wurden. Zu prüfen ist, ob nunmehr die neu eingeholten und neu berücksichtigten medizinischen Unterlagen eine schlüssige Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und deren Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit zulassen, was die Beschwerdeführerin bestreitet.

E. 4.4.1

Im polydisziplinären (internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der D._____ vom 9. Mai 2018 stellten die Gutachter insgesamt die nachfolgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Läsion des Nervus peroneus rechts (perioperativ, 2013), mögliches assoziiertes komplexes regionales

Schmerzsyndrom - Bursitis subacromialis und transmurale Ruptur der Supraspinatussehne rechts - Hüftendoprothesen-Implantation beidseits mit gutem funktionellem Ergebnis Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen: - Mittelgradige depressive Episode (F32.1) - Adipositas Grad I - Opioid-Fehlgebrauch - Arterielle Hypertonie, aktuell entgleist - Nikotin-Konsum - Bullae im Bereich der Dig. II bis IV linker Fuss, DD medikamentös toxisch - Postthrombotisches Syndrom rechter Unterschenkel, Status nach dreimaliger TVT (rechts 1995, 2012, links 2015)

E. 4.4.2

Dr. med. S. _____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH und zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, hielt in ihrem internistischen Teilgutachten fest, dass sich gestützt auf den erhobenen internistischen Befund vorrangig ein deutlich hypertensiver Blutdruck, eine Adipositas Grad I und livide verfärbte untere Extremitäten (ab Knöchel), linksseitig mit Bullae im Bereich der Zehen II bis IV zeigen würden. Im Labor seien niedrige Spiegel für Excitalopram, Pregabalin und Oxycodon festgestellt worden. Im EKG habe neben einer bradykarden Grundfrequenz eine ausgeprägte supraventrikuläre Extrasystolie imponiert, wobei dieser Befund bekannt und bereits umfangreich abgeklärt worden sei. Auf internistischem Gebiet seien eine Blutdruckkontrolle/Einstellung, eine Gewichtsreduktion und ein Sistieren des Nikotinkonsums zu empfehlen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich zumindest für leichtere bis mittelschwere Arbeiten jedoch nicht (act. 191, S. 14-19).

E. 4.4.3

Der fallführende Gutachter, Prof. Dr. med. T. _____, Facharzt Neurologie FMH, kam in seinem neurologischen Teilgutachten zum Schluss, der erhobene Befund lasse zumindest eine überwiegend sitzende oder körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu. Hierfür spreche auch die anamnestisch erhaltene Selbstständigkeit und Selbstversorgung. So habe die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des rechten Fusses, beider Hüften sowie lumbal vorgetragen. Es würden sich Zeichen einer residuellen sensiblen Störung im Versorgungsgebiet des Nervus peroneus rechts ergeben, angesichts fehlender Atrophien sei die dargebotene Schwäche der Fusshebung und Fussenkung biologisch eher nicht plausibel, zumindest bleibe die Ausprägung fraglich. Der kutane Befund (bläulich livide Verfärbung) und die Berührungsempfindlichkeit im Bereich des rechten Fussrückens (bei nicht betroffener Fusssohle) würden an ein zusätzliches komplexes regionales Schmerzsyndrom denken lassen. Diesbezüglich bestehe derzeit keine suffiziente bzw. keine ausgeschöpfte spezifische Medikation (Verweis auf Spiegelbestimmung von Pregabalin im Laborbefund). Die parallele Opioid-Medikation schein wenig sinnvoll, zumal der differenzielle Effekt bei erfolgreicher (undokumentierter) analgetischer Polypragmasie nicht bestimmbar sei. Hier sei zunächst eine dokumentierte (Schmerzkalender) Monotherapie zu empfehlen (Ausschöpfung der Medikation mit Pregabalin). Für die beklagten Lumbalgien finde sich kein ausreichendes Korrelat. Der spinale Bildbefund (MRI, act. 191, S. 55) zeige alterstypische degenerative Veränderungen ohne eigenständigen Krankheitswert, eine klinisch relevante Kompression von L4 sei bei erhaltenen Kernreflexen nicht wahrscheinlich (eine Fussheberparese im Kontext der Nervus peroneus-Läsion verstehbar [act. 191, S. 20-24]).

E. 4.4.4

Der orthopädische Gutachter, Dr. med. G._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH und Manuelle Medizin SAMM, führte in seiner Beurteilung aus, die Beschwerdeführerin würde über Schulter-Arm-Schmerzen rechtsseitig klagen. Der klinische Befund zeige eine deutliche Einschränkung der aktiven Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter, die passive Beweglichkeit sei nahezu unauffällig, wenngleich ein deutliches Gegenspannen seitens der Versicherten demonstriert werde. Klinisch finde sich ein Hinweis auf eine Bursitis subacromialis (positiver Impingement-Test). Für die im MRI vom Oktober 2017 nachgewiesene transmurale Ruptur im Bereich des Musculus supraspinatus finde sich kein klinisches Zeichen. Gegen eine alltagsrelevante Schonung des rechten Armes würde die fehlende Myotrophie sowie die rasierten Achselhöhlen sprechen. Die von der Versicherten beklagten Schmerzen im rechten Hüftgelenk könnten klinisch nicht objektiviert werden. Das angefertigte Röntgenbild beider Hüftgelenke zeige den korrekten Sitz beider Hüftendoprothesen. Sowohl die Beweglichkeit als auch die Kraftentwicklung in allen Richtungen beider Hüftgelenke sei als objektiv gutes operatives Ergebnis einzuschätzen. Es bestehe eine Peroneusparese rechts und klinisch der Verdacht auf einen Morbus Sudeck (livide Hautverfärbung, deutliche Schwellung, Allodynie) rechts. Diese Befunde könnten auch für das unsicher wirkende Gangbild verantwortlich sein. Das angefertigte MRI der Lendenwirbelsäule zeige degenerative Veränderungen, ein klinisches Befundkorrelat ergebe sich nicht. Aus orthopädischer Sicht sei eine Gewichtsreduktion anzuordnen. Aufgrund der stattgehabten Implantation künstlicher Hüftgelenke beidseits und der Schultergelenkspathologie rechts sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus orthopädischer Sicht dauerhaft qualitativ limitiert: Leistbar seien nur noch körperlich leichte, überwiegend im Sitzen zu verrichtende Arbeiten, ohne häufige Armhalteposition oberhalb der Horizontalen. Hierfür bestehe aus orthopädischer Sicht sicher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Pensum und Rendement 100 %). Diese Einschätzung decke sich mit der letzten aktenkundigen Bewertung auf dem orthopädischen Fachgebiet (mit Verweis auf den RAD-Arzt, Dr. med. H._____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Einschätzung vom 18. Januar 2017, act. 157 [act. 191, S. 24-32]).

E. 4.4.5

Dr. med. U._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, dass die Versicherte vorrangig ein Schmerzsyndrom mit stärksten lumbalen- und Schulterschmerzen sowie weitere vegetative Beeinträchtigungen berichte. Weiter komme vermehrte Reizbarkeit, affektive Irritabilität, Freud-, Lust- und Antriebslosigkeit, eine Grübelneigung, Zukunftsängste insbesondere Unruhe, Anspannung sowie weitere kognitive und vegetative Beeinträchtigungen zum Vortrag. Im AMDP-konform erhobenen Befund seien ein dysphorischer Affekt, Unruhe, Anspannung und eine leichte Antriebshemmung zu objektivieren. Die Versicherte berichte eine Zunahme von Reizbarkeit und Unruhe seit der Verordnung des Antidepressivums Escitalopram, sodass hier eine unerwünschte Arzneimittelwirkung als Ursache für das leichtgradig subsyndromal hypoman gefärbte Syndrom zu erwägen sei, zumal ein eindeutiger bipolarer Verlauf in der Vergangenheit anamnestisch nicht herauszuarbeiten sei. Die Spiegelbestimmung des Medikaments spreche jedoch nicht für eine ausreichend dosierte Einnahme (mit Verweis auf den Laborbefund, act. 191, S. 53). Notwendig sei zunächst eine stationär beginnende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Dabei solle vorrangig auch eine Ordnung der Medikation angestrebt und ambulant fortgesetzt werden. Hierunter sei innerhalb von ca. zwei Monaten eine Stabilisierung und

Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Die Behandlungsoptionen seien also nicht ausgeschöpft und somit auch keine invalidisierende psychiatrische Erkrankung zu attestieren, zumal depressive Syndrome unter leitliniengerechter Therapie regelhaft besserbar seien. Hinweise für eine eigenständige Angsterkrankung, Zwangserkrankung, Traumafolgen würden nicht vorliegen, die entsprechenden ICD-10 Kriterien würden fehlen. Auch eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da ein den Beschwerden zugrundeliegender erheblicher unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt anamnestisch nicht herauszuarbeiten und eine mit der Depression assoziierte Symptomatik naheliegender sei (act. 191, S. 32-38).

E. 4.4.6

In ihrer Konsensbeurteilung wurden die in den Teilgutachten gestellten Diagnosen wiederholt und hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zusammenfassend ausgeführt, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts als nicht dauerhaft limitiert anzusehen. Die orthopädischen und neurologischen Befunde würden eine dauerhafte qualitative Einschränkung bedingen (Begrenzung auf körperlich leichte Arbeiten). Das mögliche CRPS sei ebenfalls durch eine Therapieanpassung, wie auch das vorliegende depressive Syndrom durch eine leitliniengerechte Therapie-Optimierung besserbar (act. 191, S. 38).

E. 4.4.7

In Bezug auf die festgestellten Gesundheitsschäden führten die Gutachter in Beantwortung der Fragen der Vorinstanz eine Indikatorenprüfung durch. Es bestehe eine aktuell entgleiste arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I, Hüft-Totalendoprothesen beidseits, Bullae im Bereich der Dig. II bis IV linker Fuss, DD medikamentös toxisch, ein postthrombotisches Symptom rechter Unterschenkel (Status nach dreimaliger tiefer Venenthrombose [TVT]), eine Läsion des Nervus peroneus rechts (perioperativ 2013) mit einem möglichen assoziierten regionalen Schmerzsyndrom, ein Opioid-Fehlgebrauch, eine Bursitis subacromialis und transmurale Ruptur der Supraspinatussehne rechts sowie eine mittelgradige depressive Episode (F32.1). Die orthopädischen und neurologischen Befunde würden eine dauerhafte Begrenzung der Arbeitsfähigkeit auf körperlich leichte Tätigkeiten (überwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübt) bedingen. Für ein Suchtleiden bestehe kein Anhalt. Es sei jedoch eine potentiell suchtinduzierende Opioid-Medikation erfolgt, welche revidiert werden sollte. Die Biographie und die weitere psychiatrische Exploration würden keinen Anhalt für eine in Kindheit und Jugend beginnende, psychische und das Verhalten mit negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit ergeben. Anamnestisch bestehe eine erhaltene Selbstständigkeit, Selbstversorgung, soziale Integration und Aktivität. Die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit seien also gegeben. Bezüglich der Anamneseerhebung wird auf die einzelnen Teilgutachten verwiesen (vgl. S. 14-17; 20; 24-26; 32-35). Nichtmedizinische Berichte mit eigenen objektiven Beobachtungen würden nicht vorliegen. Soziale Belastungen mit negativen funktionellen Folgen seien nicht zu erkennen. Es würden auch keine Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen bestehen. Bezugnehmend auf die bisherige Therapie empfahlen die Gutachter eine Blutdruckeinstellung, eine Gewichtsreduktion, eine Revision der Opioid-Medikation und eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung. Die

Mitwirkung der Versicherten sei dabei medizinisch gut zumutbar, stehe in ihrem Gesundheitsinteresse und dürfe auch als Mass des subjektiven Leidensdrucks verstanden werden. Eingliederungsbemühungen seien nicht ersichtlich, wobei die erhobenen objektiven Befunde mit einer Eingliederung vereinbar seien. In der Konsistenzprüfung hielten die Gutachter fest, das Labor spreche für eine nicht suffiziente Medikation (niedrige Spiegel) im Sinne einer Unterdosierung und/oder mangelhaften Compliance. Auch hätten sich Anhaltspunkte für eine Aggravation ergeben. So bestünden Diskrepanzen zwischen den objektiven Zeichen einer fehlenden Inaktivitätshypotrophie und den dargebotenen Bewegungseinschränkungen sowie ein fehlender konsistent schmerzgeplagter Eindruck. Die Indikatoren würden für eine erhaltene Alltagsselbstständigkeit und Selbstversorgung sprechen. Die Ressourcen für eine Besserung und Arbeitstätigkeit seien also als gegeben anzusehen. Die erhobenen objektiven Befunde würden keinen Anhalt für eine Limitation von Willensbildung und Einsichtsfähigkeit ergeben. Demnach sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelasteten oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht als dauerhaft limitiert anzusehen. Die orthopädischen und neurologischen Befunde bedingten eine dauerhafte qualitative Einschränkung (Begrenzung auf körperlich leichte Arbeiten), das mögliche CRPS sei durch eine Therapieanpassung besserbar. Das vorliegende depressive Syndrom sei ebenfalls durch eine leitliniengerechte Optimierung besserbar, per Mitte Juni 2018 sei so eine schrittweise Eingliederbarkeit zu erwarten (Arbeitsfähigkeit 50 % per Mitte Juni 2018, 100 % per Mitte Juli 2018). Aktenkundig sei eine depressive Störung seit Mitte 2014 angegeben und die orthopädisch und neurologisch begründete qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei seit 2013 belegt. Das depressive Syndrom werde auch vorangehend keine dauerhafte Arbeitsfähigkeit begründet haben, zumal Hinweise auf eine schwache Therapieadhärenz vorlägen. Die bisherigen aktenkundigen Bewertungen fussten auf einer Zusammenziehung von somatischen und psychiatrischen Aspekten, wobei aus Sicht der Gutachter die somatischen Einschränkungen lediglich qualitativ limitieren wirkten und in der angestammten/letzten sowie in vergleichbaren Tätigkeiten nicht erheblich zum Tragen kommen könnten. Die psychiatrische Gesundheitsstörung sei dabei nicht derart ausgeprägt und auch bislang nicht ausreichend behandelt, dass sich hieraus eine dauerhafte Einschränkung ableiten liesse (oder hätte ableiten lassen), insofern teilten die Gutachter die Vorbewertungen nicht (act. 191, S. 39-47).

E. 4.4.8

Gestützt auf eine entsprechende Rückfrage der IV-Stelle nach dem Beginn (Daten) der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in der angepassten Tätigkeit in Prozent sowie dem klinischen Verlauf der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeiten bis zur Begutachtung (act. 215) hielten die D. _____-Gutachter mit erläuternder Stellungnahme vom 26. Juli 2018 fest, dass eine invalidisierende Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bzw. eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten bzw. einer angepassten Tätigkeit im Sinne der Definition der Invalidenversicherung (dauerhafte, durch zumutbare therapeutische Massnahmen nicht besserbare Gesundheitsstörung mit minderndem Effekt auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit) mithin weder pro- noch retrospektiv attestiert sei (act. 224).

E. 4.5

Nach Zustellung des Gutachtens an den Hausarzt der Beschwerdeführerin gelangten im Weiteren folgende, bisher der IVSTA nicht vorliegende, medizinische Berichte zu den Akten (in chronologischer Reihenfolge):

E. 4.5.1

Im vorläufigen Entlassungsbericht der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der V. _____-Klinik (...) vom 10. Juli 2017 diagnostizierten Prof. Dr. med. W. _____, Dr. X. _____ und Y. _____, Assistenzarzt, (Facharztstitel jeweils unbekannt), eine rezidivierende depressive Störung (F33.2; gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome), eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) sowie einen Tinnitus aurium (H93.1). Bei der Aufnahme habe sich ein Summenscore von 48 beim Beck Depressionsinventar (BD II) ergeben (9-13 minimale, 14-19 leichte, 20-28 mittelschwere, 29-63 Punkte schwere Depression). Die behandelnden Ärzte führten dabei aus, die Versicherte habe sich mit dem Gesamtsetting unzufrieden gezeigt und es habe sich kein Konsens zur Teilnahme am Therapieprogramm finden können, sodass die Beschwerdeführerin die stationäre Behandlung auf eigenen Wunsch abgebrochen habe. Aus diesem Grund sei eine erneute Bearbeitung des BD II nicht erhältlich (act. 207).

E. 4.5.2

Dem Arztbrief vom 17. Juli 2017 der Klinik Z. _____, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, unterzeichnet von Aa. _____, Dipl. Psychologin, Bb. _____, Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, und Prof. Dr. Cc. _____, Fachärztin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychotherapie und Psychoanalytikerin (DGPT), ist zu entnehmen, dass eine vorstationäre Diagnostik durchgeführt wurde. Dabei wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sowie ein Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung (F45.41) diagnostiziert. Angesichts des aktuell laufenden Rentenverfahrens sei eine stationäre psychosomatische-psychotherapeutische Behandlung zum aktuellen Zeitpunkt nicht sinnvoll und es wurde der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie empfohlen (act. 208).

E. 4.5.3

Dd. _____, Facharztstitel unbekannt, stellte mit Schreiben vom 31. August 2017 (act. 206) die Diagnose einer depressiven Episode (F32.2) und hielt fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit längerem eine depressive Symptomatik bestehe. Es bestehe zudem eine massive Schmerzsymptomatik, bei erfolgter Einstellung auf Oxycodon und Pregabalin. Er empfahl die Fortführung der Medikation sowie zur Stimmungsaufhellung und Antriebsförderung die Einnahme von Ecitalopram (act. 206).

E. 4.5.4

Dr. med. Ee. _____, Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie, hielt am 4. September 2017 fest, dass sich derzeit keine sicheren Hinweise für eine entzündliche-rheumatologische Grunderkrankung ergeben würden. Ein typisches Fibromyalgiesyndrom würde nicht vorliegen, jedoch im Bereich der rechten Schulter sehr wahrscheinlich ein Impingementsyndrom. Am Unterschenkel rechts bestehe sehr wahrscheinlich ein schweres komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS). Es seien eine schmerztherapeutische Weiterbetreuung sowie bezüglich der Schulter eine orthopädische Weiterbetreuung notwendig. Laborchemisch auffällig sei das deutlich erniedrigte Ferritin. Bei noch

normalem Hämoglobin-Wert sei eine Eisensubstitution und der Ausschluss einer gastrointestalen Blutung unter Therapie mit Ibuprofen notwendig (act. 212).

E. 4.5.5

Dr. med. Ff._____, Facharztstitel unbekannt, diagnostizierte am 29. Dezember 2017 Pernionen und empfahl eine ergänzende Gefässdiagnostik zum Ausschluss einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK [act. 210]).

E. 4.6

In ihrer kurzen Stellungnahme vom 3. Oktober 2018 anlässlich der interdisziplinären Fallbesprechung zwischen der Sachbearbeitung, dem RAD sowie dem Rechtsdienst stuften Dr. E._____, Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH und zertifizierte Medizinerin SIM, und Dr. F._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Leistungsbeurteilung der D._____-Gutachter als stichhaltig ein (act. 226).

E. 4.7

Nach Einsicht in die beschwerdeweise von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Dokumente (Medikamentenplan vom 22. Dezember 2018, ausgedruckt von Dr. med. Gg._____[Beilage zu BVGer act. 1] sowie Laborbefunde vom 8. Februar 2019 und vom 12. März 2019 [Beilagen 1 und 2 zu BVGer act. 9]) bestätigte die RAD-Ärztin Dr. Hh._____, Fachärztin Innere Medizin FMH, am 8. April 2019 die im Gutachten D._____ getroffenen Feststellungen. Es habe für körperlich leichte Erwerbstätigkeiten, wie die angestammte Tätigkeit als Finanzchefin, aus somatischen Gründen nie eine signifikante Arbeitsunfähigkeit bestanden. Frühere orthopädische Einschätzungen (von Dr. L._____ bzw. des RAD) würden durch das Gutachten als unzutreffend widerlegt. So seien in den damaligen Beurteilungen auch nicht medizinische Gesichtspunkte (Stress, Arbeitsüberlastung) einbezogen worden. Wenn im Gutachten für einen Monat zunächst nur eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % genannt werde, so sei dies lediglich aufgrund der langen Absenz vom Arbeitsmarkt erfolgt und nicht aufgrund funktioneller Leistungseinschränkungen. Bezüglich der im Gutachten getroffenen Feststellungen hinsichtlich des Medikamentenspiegels sei festzustellen, dass die Schmerzmedikation bei Bedarf erhöht werden könnte. Die beschwerdeweise eingereichten Akten stellten hingegen aus Sicht des RAD keinen Anlass dar, von der bisherigen Leistungsbeurteilung - gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 9. Mai 2018 - abzuweichen (Beilage 2 zu BVGer act. 12)

E. 4.8

Die Beschwerdeführerin reichte replikweise eine Medikamentenübersicht vom 15. Mai 2019 (Beilage 3 zu BVGer act. 14) sowie nachfolgende medizinische Unterlagen ein:

E. 4.8.1

Der Beleg der notfallmässigen Überweisung ihres Hausarztes, Dr. med. I._____, aufgrund eines chronischen Schmerzsyndroms sowie einer depressiven Reaktion in das Bezirksklinikum J._____, Zentrum für Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Beilage 1 zu BVGer act. 14).

E. 4.8.2

Dr. med. Jj. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Kk. _____, Assistenzärztin, des Bezirksklinikums J. _____, Zentrum für Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Mai 2019 attestierten eine rezidivierende depressive Erkrankung, aktuell mit einer schweren Episode ohne psychotische Symptome, sowie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung. Die Versicherte würde sich seit dem 9. April 2019 stationär in Behandlung befinden (Beilage 2 zu BVGer act. 14).

E. 4.9

Mit Stellungnahme vom 12. Juni 2019 hielt der RAD-Arzt Dr. Ll. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV/SSMC, fest, dass es sich bei der eingereichten Medikamentenübersicht vom 15. Mai 2019 um eine typische Verordnung für chronische Schmerzen handle. Das trizyklische Antidepressivum werde typischerweise zur Distanzierung von den Schmerzen eingenommen. Es sei das einzige psychiatrische Medikament, das dauernd von der Versicherten eingenommen werde. Im Rahmen der anderen Schmerzmedikation könne aus der Verschreibung dieses Medikaments nicht auf eine Depression geschlossen werden. Das andere psychiatrische Medikament (Quentiax) sei ein Neuroleptikum, welches hier zur Beruhigung eingesetzt werde. Es könne aus dieser Medikamentenliste nicht auf eine psychiatrische Störung geschlossen werden. Das ärztliche Attest vom 9. Mai 2019 sei einerseits nicht nachvollziehbar und andererseits seien fünf Zeilen, welche eine andere Sichtweise desselben Zustands darstellten, nicht geeignet, ein ausführliches Gutachten in Frage zu stellen. Im dritten Dokument würden zwei Diagnosen ohne ICD-10 Codierung genannt, welche bereits bekannt seien. Insgesamt lasse sich aufgrund dieser Dokumente nicht auf eine Veränderung des Gesundheitszustands oder auf eine andere Beurteilung schliessen (Beilage 2 zu BVGer act. 16).

E. 4.10

Aus dem endgültigen Entlassungsbrief des Bezirksklinikums J. _____, Zentrum für Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juli 2019, unterzeichnet von Prof. Dr. med. Mm. _____, Facharzt für Psychiatrie, sowie Dr. med. Jj. _____ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) - Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) - Vorhandensein Hüft-TEP bei Koxarthrose (Z96.64) - Tinnitus aurium (H93.1) - Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet (51.9 [Anm.: wohl M51.9]) - Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter (E66.01) - Vitamin D-Mangel, nicht näher bezeichnet (E55.9) - Mangel Vitamin B-Komplex sonstige (E53.8) - Chronische Schmerzen (R52.2) Die Beschwerdeführerin sei auf hausärztliche Einweisung zur Behandlung einer reaktiven schweren depressiven Symptomatik im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung aufgenommen worden. Klinisch habe sich bei der Aufnahme eine deutlich zum depressiven Pol verschobene Stimmungslage mit affektiver Instabilität, psychomotorischer Verlangsamung und Grübelneigung gezeigt. Es sei nach erfolgter Umstellung auf Amitriptylin (zuletzt 100 mg/die) zu einer Stabilisierung der Stimmungslage gekommen. Der Versuch einer Opiatreduktion habe aufgrund einer Schmerzzunahme abgebrochen werden müssen. Die Beschwerdeführerin habe wiederholt Ibuprofendosen benötigt, die

über der Höchstmenge gelegen hätten. Man habe sich zu einer Umstellung der Opiatmedikation auf Fentanyl in Pflasterform entschieden (aufdosiert bis 50 µg/h), wovon die Versicherte deutlich profitiert habe. Man habe zudem die Anbindung an eine Schmerzklinik empfohlen, um welche sich die Patientin selbstständig kümmern möchte. Die Versicherte habe sich zudem entschieden, zur Bewältigung der heftigen emotionalen Reaktionen eine ambulante tiefenpsychologische Therapie zu beginnen. Am 29. Mai 2019 habe sie in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können (Beilage 1 zu BVGer act. 19).

E. 5.1

Vorab ist festzuhalten, dass die polydisziplinäre D. _____-Expertise vom 9. Mai 2018 grundsätzlich die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt. Sie ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und steht mit den Teilgutachten in Übereinstimmung. Zudem erfolgte die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in Einklang mit der neu geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 3.1.1 f.). Schliesslich ist das D. _____-Gutachten auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation an sich einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf dem Grundsatz nach abgestellt werden kann. Damit kann es jedoch nicht sein Bewenden haben. Vielmehr hat die Vorinstanz aufgrund der nachfolgenden Erwägungen die gutachterlichen Ausführungen erneut teilweise klarstellen, präzisieren und ergänzen zu lassen (vgl. hierzu bspw. Urteil des BGer 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151, 9C_85/2009 E. 3.5). Insofern erweist sich der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als noch nicht vollständig rechtsgenügend abgeklärt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb), und es kann bei dieser Sachlage - wie oben erwähnt - nicht auf weitere Abklärungen verzichtet werden (vgl. zum Verzicht auf solche resp. zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Dazu, was folgt:

E. 5.2.1

In somatischer Hinsicht wird im internistischen Teilgutachten festgehalten, dass sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen lasse. Auf internistischem Gebiet empfiehlt die Gutachterin eine Blutdruckkontrolle/Einstellung, eine Gewichtsreduktion und ein Sistieren des Nikotinkonsums. Gemäss Einschätzung des neurologischen Gutachters lässt der erhobene Befund eine überwiegend sitzende oder körperlich leichte, wechselbelastete Tätigkeit zu, wofür auch die anamnestisch erhaltene Selbstständigkeit und Selbstversorgung spreche. Dabei führt er aus, dass betreffend ein mögliches komplexes regionales Schmerzsyndrom keine suffiziente bzw. keine ausgeschöpfte spezifische Medikation bestehe. Dr. G. _____ hält fest, dass auch aus orthopädischer Sicht eine Gewichtsreduktion anzuraten sei. Er legt dar, dass aufgrund der Implantation künstlicher Hüftgelenke beidseits und der Schultergelenkspathologie rechts die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dauerhaft qualitativ limitiert sei: es seien nur noch körperlich leichte, überwiegend im Sitzen zu verrichtende Arbeiten, ohne häufige Armhaltepositionen

oberhalb der Horizontalen leistbar. Hierfür bestehe aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Gutachter halten sodann konsensual fest, dass die orthopädisch und neurologisch begründete qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit 2013 aktenkundig belegt sei. Die bisherigen aktenkundigen Bewertungen würden auf einer Zusammenziehung von somatischen und psychiatrischen Aspekten fussen, wobei aus Sicht der Gutachter die somatischen Einschränkungen lediglich qualitativ limitierend wirkten und in der angestammten/letzten sowie vergleichbaren Tätigkeiten nicht erheblich zum Tragen kommen könnten. Dieser Schluss ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, versäumen es die Gutachter doch, sich vertieft mit der angestammten/letzten Tätigkeit der Beschwerdeführerin auseinander zu setzen. Zudem erweisen sich die getätigten Ausführungen zumindest teilweise als widersprüchlich: So hielt die internistische Gutachterin Dr. S. _____ in ihrer sozialen Anamnese fest, die Beschwerdeführerin habe «aufgrund der zunehmenden Arbeitsbelastung und der körperlichen Beschwerden [...] im August 2013 selbst gekündigt» (act. 191, S. 16), während der orthopädische Gutachter, Dr. G. _____, ausführte die Versicherte habe ihre Kündigung im August 2013 erhalten (act. 191, S. 26).

E. 5.2.2

Auch in Bezug auf die psychiatrische Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) haben die Gutachter keine Einschränkung berücksichtigt. Gleichzeitig erachtet der begutachtende Arzt der D. _____, Dr. med. U. _____, zunächst eine stationär beginnende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als notwendig, wobei vorrangig auch eine Ordnung der Medikation angestrebt und ambulant fortgesetzt werden sollte. Der Gutachter kam zum Schluss, dass vorliegend die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft seien und somit auch keine invalidisierende psychische Erkrankung zu attestieren ist, zumal ein depressives Syndrom unter leitliniengerechter Therapie regelhaft besserbar sei. Die mangelhafte Inanspruchnahme von psychiatrischen respektive psychotherapeutischen und schmerzlindernden Therapien kann zwar unter Umständen als Indiz dafür gewertet werden, dass die Beschwerden kein erheblich leistungsminderndes Ausmass erreicht haben. Diese ist mithin insoweit relevant, als der Verlauf und der Ausgang der Therapien weiterhin wichtige Schweregradindikatoren bleiben (BGE 143 V 409 E. 4.4 und 4.5.2). Der Verzicht auf konsequente und systematische Therapien rechtfertigt für sich allein jedoch noch nicht den Schluss auf eine fehlende Invalidisierung. Ebenfalls als unklar erweist sich, inwiefern es der Versicherten bei Inanspruchnahme der indizierten stationären psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zumutbar ist, einer rentenausschliessenden Erwerbstätigkeit nachzugehen.

E. 5.2.3

In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Selbst wenn die Annahme des psychiatrischen Gutachters zutreffen sollte, dass die mittelgradige Depression für sich allein keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, so schliesst dies nicht aus, dass diese zusammen mit anderen Befunden, wie insbesondere der Schmerzproblematik, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (BGE 143 V 418 E. 5.1 und 8.1). Vorliegend haben die Gutachter nicht abschliessend geklärt, inwiefern zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen Wechselwirkungen bestehen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017 E. 4.2.4). Die pauschale

Antwort der Gutachter, es bestünden zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf ihre funktionellen Auswirkungen keine Wechselwirkung (act. 191, S. 42), wird in keiner Weise begründet und ist demnach nicht nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch eine tiefergehende Exploration der Opioidbehandlung resp. des diagnostizierten Opioid-Fehlgebrauchs (vgl. act. 191, S. 23, 37 und 42) im Gutachten vermisst.

E. 5.2.4.1

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig dann kein versicherter Gesundheitsschaden vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Dies galt auch bereits vor der Einführung der Indikatorenrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418, welche Aggravation zu den sogenannten Ausschlussgründen zählt.

E. 5.2.4.2

Vorliegend wird im Gutachten mehrfach erwähnt, dass Anhaltspunkte für eine Aggravation vorliegen würden (vgl. beispielsweise act. 191, S. 31, 38, 43). So würden Diskrepanzen zwischen den objektiven Zeichen einer fehlenden Inaktivitätshypotropie und den dargebotenen Bewegungseinschränkungen sowie ein konsistenter schmerzgeplagter Eindruck fehlen. Widersprüche (unter anderem zwischen der Aktenlage und dem klinischen Befund, zwischen den Beschwerden und dem klinischen Befund, zwischen dem Befund und den Ergebnissen von Zusatzuntersuchungen) sind offen zu legen und so weit wie möglich zu klären. Dazu gehören insbesondere auch die Berücksichtigung dynamischer Prozesse im Krankheitsverlauf psychischer Störungen und die Kontextabhängigkeit von Befunden. Das Gutachten der D._____ lässt jedoch weitergehende, erklärende Ausführungen vermissen. So steht die Äusserung betreffend Anhaltspunkte für eine Aggravation denn auch im Widerspruch zum festgestellten Behandlungsbedürfnis und einer Optimierung der Medikation (sowohl aus somatischer, wie auch psychiatrischer Sicht), dürfte doch bei Vorliegen einer Aggravation vielmehr ein Ausschleichen angezeigt sein.

E. 5.2.5

Schliesslich sind die Fragen nach Umfang und Dauer der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit für den Zeitraum von Mai 2014 (mutmasslicher Beginn der gesetzlichen einjährigen Wartezeit; vgl. act. 5, 99) bis zur Erstellung der polydisziplinären D._____-Expertise am 9. Mai 2018 weiterhin nicht rechtsgenügend geklärt. Gemäss psychiatrischer Beurteilung ist zunächst eine stationär beginnende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung notwendig. Zudem soll vorrangig auch eine Ordnung der Medikation (Etablierung einer suffizienten antidepressiven Medikation, Abbau des Opioids) angestrebt und ambulant fortgesetzt werden, wobei hierunter innert zwei Monaten eine Stabilisierung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (act. 191, S. 37). Gerade im Zusammenhang mit den übrigen Akten (vgl. E. 4.5, 4.8 und

4.10 hiervor), welche ebenfalls eine depressive Störung diagnostizieren, scheint eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in einem Zeitraum von zwei Monaten fraglich. Im Weiteren bleibt unklar, ob dieser Zeitraum tatsächlich nur der Angewöhnung in den Arbeitsmarkt dienen soll, wie dies die RAD-Ärztin, Dr. Hh. _____, in ihrer Stellungnahme vom 8. April 2019 (Beilage 2 zu BVGer act. 12) geltend machte. Dies scheint zwar auf den ersten Blick plausibel, entbehrt bei genauerer Betrachtung jedoch einer im D. _____-Gutachten verankerten Grundlage. So äussern sich die Gutachter gerade nicht zu dieser Frage. Es bleibt vielmehr unklar, ob sich diese 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit tatsächlich auf die Abwesenheit der Beschwerdeführerin vom Arbeitsmarkt bezieht oder ob vielmehr aufgrund des Wortlauts des Gutachtens - entgegen der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter (act. 224) - von einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Umfang von 50 % auszugehen ist, welche jedoch aufgrund nicht ausgeschöpfter Therapieoptionen besserbar scheint, wobei diesfalls ungeklärt bleibt, ab wann eine solche Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll.

E. 5.3

Folglich hat die Vorinstanz - obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig sind und entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-1421/2013 vom 29. September 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis) - bei den Experten des internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Fachgebiets unter Beilage sämtlicher ärztlicher Berichte aus dem In- und Ausland um eine entsprechende Klarstellung und Präzisierung zu ersuchen. Dabei haben die Experten die retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zusätzlich auch interdisziplinär festzulegen. Nach Würdigung der entsprechenden Gutachtensergänzung und -klarstellung hat die Vorinstanz - sofern die Ergänzung und Klarstellung zur (nachträglichen) vollen Beweiskraft des D. _____-Gutachtens vom 9. Mai 2018 führt - zusätzlich eine Verlaufsbeurteilung bis zum Zeitpunkt der neu zu erlassenden Verfügung in die Wege zu leiten. Sollte die Vorinstanz nach sorgfältiger Prüfung der ergänzten und präzisierten D. _____-Expertise vom Mai 2018 jedoch zum Ergebnis gelangen, dass diese nach wie vor nicht voll beweiskräftig ist, hat sie ein ergänzendes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Nach Vorliegen der entsprechenden Abklärungsergebnisse hat die Vorinstanz schliesslich allfällige (allenfalls auch befristete) Rentenansprüche der Beschwerdeführerin ab Mai 2014 (Ablauf der einjährigen gesetzlichen Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG mittels eines oder mehrerer Einkommensvergleiche zu prüfen und zu verfügen.

E. 5.4.1

Die festgestellten Mängel werden zudem auch nicht durch die Stellungnahmen des RAD kompensiert, zumal sich diese im Wesentlichen auf eine Wiedergabe der Schlussfolgerungen im D. _____-Gutachten beschränken (vgl. dazu Stellungnahme Dr. med. E. _____ und Dr. F. _____ vom 3. Oktober 2018 [act. 226]; Stellungnahme von Dr. med. Ll. _____ vom 12. Juni 2019 [Beilage 2 zu BVGer act. 16]).

E. 5.4.2

Dies gilt auch für die ausführliche Stellungnahme der RAD-Ärztin, Dr. Hh. _____, vom 8. April 2019 (Beilage 2 zu BVGer act. 12; vgl. bereits E. 5.2.6 hiervor). So führt sie insbesondere betreffend die 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit, welche der ärztliche Dienst vor dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts angenommen hatte, aus, diese würde auf der

orthopädischen Beurteilung von Dr. L._____ basieren, welche über den Umfang einer orthopädischen Expertise hinausgehe. Die D._____ -Expertise differiere hingegen von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. L._____ vom 15. März 2016 (vgl. act. 115). Dessen Bericht gehe von einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von drei bis sechs Stunden pro Tag aus, ohne jedoch die funktionellen Einschränkungen auf orthopädischer Ebene zu quantifizieren. Dr. L._____ habe die berufliche Tätigkeit auf der anamnestisch erhobenen Stundenbasis von 70 Stunden pro Arbeitswoche mit Stresssituationen und hoher Arbeitsbelastung beurteilt, wobei er feststellte, dass es sich hauptsächlich um Büroarbeit und einen kleinen Teil an externen Aufträgen gehandelt habe. Die orthopädische Beurteilung müsse die Tätigkeit der Versicherten auf Vollzeitbasis von ca. 40 Stunden pro Woche (in der Schweiz) berücksichtigen und ihre funktionellen Einschränkungen auf orthopädischer Ebene ermitteln. Der von Dr. L._____ beschriebene und berücksichtigte Stress und die hohe Überbelastung aufgrund des Arbeitsumfeldes betreffe nicht die orthopädischen Einschränkungen. Diese Erläuterung der RAD-Ärztin lässt sich aus dem Gutachten der D._____ gerade nicht ohne Weiteres ableiten, da es an einer vertieften Auseinandersetzung mit der letzten Tätigkeit der Beschwerdeführerin in grundlegender Hinsicht fehlt (vgl. E. 5.2.1 hiervor).

E. 5.5

Hinsichtlich der im Verlaufe des Beschwerdeverfahrens von der Beschwerdeführerin an das Bundesverwaltungsgericht übermittelten Berichte, welche nach dem Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2018 datiert sind (vgl. das Attest von Dr. I._____ vom 9. Mai 2019 [Beilage 1 zu BVGer act. 14], der Bericht des Bezirksklinikums J._____ vom 9. Mai 2019 [Beilage 2 zu BVGer act. 14] sowie der endgültige Entlassungsbericht vom 9. Juli 2019 [Beilage 1 zu BVGer act. 19]) ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2018 nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war, zu prüfen hat; Tatsachen, die diesen Sachverhalt verändert haben, haben Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung zu bilden (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Soweit die Beschwerdeführerin davon ausgeht, mit diesen ärztlichen Dokumenten eine seit dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2018 eingetretene namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen zu können, steht es ihr frei, sich erneut mit einem Leistungsbegehren an die Invalidenversicherung zu wenden.

E. 6

Nach dem vorstehend Dargelegten erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt noch nicht vollständig und damit rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine erneute Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Klarstellung, Präzisierung und Ergänzung des D._____ -Gutachtens begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Beschwerde vom 21. Dezember 2018 ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2018 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 7

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

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Die mit Zwischenverfügung vom 20. März 2019 (BVGer act. 10) gewährte unentgeltliche Rechtspflege findet daher keine Anwendung. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG). (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.