



## Urteil vom 31. Mai 2017

---

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti, Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiber Tobias Grasdorf.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;  
Verfügung vom 1. September 2016.

**Sachverhalt:****A.**

Die Beschwerdeführerin A. \_\_\_\_\_, geboren 1960, deutsche Staatsbürgerin (IV-Akt. 5 und 57), arbeitete von September 2012 bis Ende August 2013 als Finanzchefin bei [...] in der Schweiz (IV-Akt. 20).

**B.**

Am 16. Oktober 2013 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Akt. 5). Bezüglich Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung gab sie an, sie leide unter Arthrose an beiden Hüften mit sehr starken Schmerzen. Am 4. Juni 2013 habe sie eine Operation gehabt, woraus eine Peroneuslähmung am rechten Fuss mit starken Schmerzen resultiert habe.

**C.**

Am 6. Oktober 2015 überwies die IV-Stelle Schwyz die Akten an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland, IVSTA, da die Beschwerdeführerin neu Wohnsitz in Deutschland hatte (IV-Akt. 3, 55, 57, 62).

**D.**

Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht, insbesondere dem Bezug von ärztlichen Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, vom 15. März 2016 (IV-Akt. 115) und von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Psychiater und Psychotherapeut, vom 22. März 2016 (IV-Akt. 116) sowie der Einholung einer Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 3. Mai 2016, und des medizinischen Dienstes, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2016, stellte die IVSTA der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 23. Juni 2016 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht, da keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege (IV-Akt. 132).

**E.**

Mit Einwand vom 1. Juli 2016 (IV-Akt. 134) brachte die Beschwerdeführerin vor, sie könne ihren Beruf nicht mehr ausüben, da die chronischen Schmerzen, ihr Tinnitus und die Depression jegliche Konzentration ausschliessen. Berufstätig zu sein, sei ihr nicht mehr zumutbar. Sie verlasse kaum noch die Wohnung und sei nicht mehr belastbar. Auch die Hausarbeit könne sie nur noch erledigen, wenn sie sich immer wieder hinlege und warte, bis die massiven Schmerzen besser würden.

**F.**

In Bestätigung ihres Vorbescheids wies die IVSTA mit Verfügung vom 1. September 2016 das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ab (IV-Akt. 138).

**G.**

Mit Eingabe an das Bundesverwaltungsgericht vom 19. September 2016 erhob die Beschwerdeführerin Beschwerde gegen die Verfügung der IVSTA vom 1. September 2016 und beantragte die Gewährung einer Invalidenrente. In formeller Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Gleichzeitig reichte sie drei Arztberichte ein, die sich nicht in den Vorakten befanden: ein Entlassungsbericht der [K]linik F.\_\_\_\_\_ vom 7. März 2016, ein Computertomographiebericht vom 14. März 2016 und ein Kernspintomographiebericht vom 15. April 2016.

**H.**

Mit Zwischenverfügung vom 21. Oktober 2016 gewährte das Bundesverwaltungsgericht die unentgeltliche Prozessführung.

**I.**

In ihrer unaufgefordert eingereichten Eingabe vom 24. Januar 2017 äusserte die Beschwerdeführerin die Bitte, alle Unterlagen von unabhängigen Fachärzten begutachten zu lassen.

**J.**

Mit Vernehmlassung vom 2. Februar 2017 stellte die IVSTA den Antrag, es sei der Beschwerdeführerin in teilweiser Gutheissung der Beschwerde mit Wirkung ab 1. Mai 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Gleichzeitig reichte sie zwei Stellungnahmen des RAD Rhone vom 24. November 2016 (Dr. D.\_\_\_\_\_) und vom 18. Januar 2017 (Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation) sowie eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 18. Januar 2017 (Dr. E.\_\_\_\_\_) ein.

**K.**

In ihrer Replik vom 19. Februar 2017 führte die Beschwerdeführerin aus, sie könne die Stellungnahmen der verschiedenen Ärzte zwar nicht nachvollziehen, habe aber alles getan, um die Situation ihrer Berufs- und Arbeitsunfähigkeit darzustellen.

**L.**

In ihrer Duplik vom 23. März 2017 hielt die IVSTA an ihren Anträgen fest.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 31 i.V.m. Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA vom 1. September 2016. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit für die Beurteilung der Beschwerde zuständig.

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Ebenfalls keine Anwendung findet das VwVG soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG). Dies ist für die Invalidenversicherung (Art. 1a–26<sup>bis</sup> und 28–70) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich vom ATSG abweicht (Art. 1 Abs. 1 IVG).

**1.3** Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

**1.4** Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

### **2.**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren 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).

### **3.**

**3.1** Da die Beschwerdeführerin deutsche Staatsangehörige ist und in Deutschland wohnt, sind das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die Rechtsakte der EU gemäss Anhang II des FZA anwendbar. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu

gewährleisten. Soweit weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4 und Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.3** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 1. September 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a]); 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.

#### **4.**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

**4.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**4.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**4.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen (Viertelrenten), nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben; diese Bestimmung ist im Anwendungsbereich des FZA jedoch nicht anwendbar (BGE 130 V 253 E. 2.3).

**4.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2 m.w.H.). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben indessen zusätzliche Abklärungen nur dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.w.H.).

**4.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im

Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdeführerin bringt auf Beschwerdeebene vor, die Vorinstanz habe ihre in Deutschland zugesprochene Schwerbehinderung von 50 % mit Kennzeichen G mit einer hundertprozentigen Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) verwechselt und ihr Leistungsbegehren abgewiesen. Dies mit der Begründung, dass sie kein Jahr zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Sie verstehe das nicht. Sie könne nicht mehr machen, als Atteste, Gutachten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und sonstige Beurteilungen von Kliniken einzureichen, um ihr Gesuch um Gewährung einer Invalidenrente zu begründen. Sie äussert zudem die Bitte, alle Unterlagen von unabhängigen Fachärzten begutachten zu lassen.

**5.2** Die Vorinstanz beantragt, der Beschwerdeführerin eine halbe Rente ab dem 1. Mai 2014 zu gewähren. Aus psychiatrischer Sicht sei zwar nach wie vor keine Arbeitsunfähigkeit begründbar, aus somatischer Sicht bestehe aber eine fünfzigprozentige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab dem 1. Mai 2013. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei nach wie vor uneingeschränkt. Aufgrund des Einkommensvergleichs erleide die Beschwerdeführerin infolge ihres Gesundheitsschadens eine Einkommenseinbusse von 50 % sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit (unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15 %). Dies ergebe einen Anspruch auf eine halbe Rente. Der Versicherungsfall sei nach Ablauf der einjährigen gesetzlichen Wartefrist am 1. Mai 2014 eingetreten.

## **6.**

**6.1** 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, das heisst während mindestens drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein. Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer werden Beitragszeiten mitberücksichtigt, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Die Beitragszeit in der Schweiz muss aber mindestens ein Jahr betragen (BGE 131 V 390 E. 5 und 6).

Gemäss Art. 36 Abs. 2 IVG sind für die Berechnung der ordentlichen Invalidenrenten die Bestimmungen des AHVG (SR 831.10) sinngemäss anwendbar. Eine IV-spezifische Besonderheit besteht darin, dass die Mindestbeitragszeit bei Eintritt der Invalidität (Eintritt des Versicherungsfalls) geleistet sein muss (vgl. Urteil des BGER 8C\_721/2013 vom 4. März 2014 E. 4.1; RWL Rz. 3004). Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Die Invalidität beziehungsweise der Versicherungsfall gilt erst mit der Entstehung des Rentenanspruches als eingetreten, also frühestens mit Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. BGE 138 V 475 E. 3).

**6.2** Die Beschwerdeführerin ist soweit vorliegend relevant seit dem 23. Mai 2013 ärztlich arbeitsunfähig geschrieben (IV-Akt. 32). Unter Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG kann der Versicherungsfall damit frühestens Anfang Mai 2014 eingetreten sein. Die Beschwerdeführerin weist in Deutschland in den Jahren 1979 bis 2012 eine Versicherungsdauer von 352 Monaten auf (IV-Akt. 37). In der Schweiz weist sie eine Gesamtversicherungszeit von 14 Monaten von November 2012 bis und mit Dezember 2013 auf (IV-Akt. 66).

**6.3** Damit erfüllt die Beschwerdeführerin die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalls (davon ein Jahr in der Schweiz und unter Berücksichtigung der Beitragszeiten in anderen EU/EFTA-Staaten).

## **7.**

**7.1** Die Vorinstanz stützt sich in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht auf die folgenden ärztlichen Unterlagen:

- Ärztliches Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, vom 15. März 2016 (IV-Akt. 115),
- Ärztliches Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Psychiater und Psychotherapeut, vom 22. März 2016 (IV-Akt. 116),
- Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 3. Mai 2016 (IV-Akt. 120),
- Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2016 (IV-Akt. 131).

Bezüglich ihres Antrages auf Beschwerdeebene stützt sich die Vorinstanz zusätzlich auf die folgenden ärztlichen Unterlagen:

- Entlassungsbericht der [K]linik F.\_\_\_\_\_ vom 7. März 2016, unterzeichnet von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und Dr. med. I.\_\_\_\_\_ (von der Beschwerdeführerin auf Beschwerdeebene eingereicht),
- Kernspintomographie vom 15. April 2016 (von der Beschwerdeführerin auf Beschwerdeebene eingereicht),
- Computertomographie vom 14. März 2016 (von der Beschwerdeführerin auf Beschwerdeebene eingereicht),
- Stellungnahmen des RAD Rhone vom 24. November 2016 (Dr. D.\_\_\_\_\_),
- Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 18. Januar 2017,
- Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 18. Januar 2017 (Dr. E.\_\_\_\_\_).

**7.2** Der Orthopäde Dr. B.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 15. März 2016 die folgenden Diagnosen:

- Chronifiziertes Schmerzsyndrom (R52.2)
- Chronisch rezidivierende Lumboischialgie (resp. Degen. LWS-Syndrom (M51.1))
- Zustand nach Hüft-TEP-Implantation beiderseits (M16)
- Peroneusparese rechts (G57.3)

Er führte aus, es bestehe eine chronifizierte und bislang weitgehend therapieresistente lumbale Schmerzsymptomatik. Radiologisch beständen degenerative Veränderungen mit mehrsegmentalen Bandscheibenschäden in Verbindung mit knöchernen degenerativen Veränderungen. Aufgrund des zeitlichen Verlaufs könne bei der Peroneusparese nicht mit einer Besserung gerechnet werden. Mit der verordneten Schiene komme die Beschwerdeführerin nicht zurecht, diese verwende sie nicht. Bezüglich Leistungsbeurteilung führt er aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei eine Tätigkeit von maximal 3 bis unter 6 Stunden täglich möglich, dies gelte auch für andere denkbare Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

**7.3** Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. C.\_\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 22. März 2016 die folgenden Diagnosen an:

- Mittelgradige depressive Episode (F32.1)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei in einer deutlich depressiven Stimmungslage bei erkennbaren affektlabilen Zügen erschienen. Der formale Gedankengang sei geordnet, eingeengt auf Ängste vor der weiteren finanziellen und gesundheitlichen Entwicklung. Sie leide unter einem stressabhängig verstärkten, rechtsseitigen Ohrgeräusch, Kopfschmerzen, Wirbelsäulenschmerzen, Beinschmerzen sowie teilweise Taubheitsgefühlen an den Händen und insbesondere am rechten Fuss mit Fussheberparese. Darüber hinaus seien bei ihr eine vermehrte Grübelneigung, Durchschlafstörungen mit Alpträumen und Konzentrationsschwierigkeiten vorhanden. Der Antrieb sei leichtgradig gemindert. Trotz mehrerer Vorstellungen bei Nervenärzten mit Einnahme einer entsprechenden Medikation und des Reha-Verfahrens sei bisher keine wesentliche Besserung der depressiven Symptomatik erreicht worden. Es lägen Einschränkungen auf affektivem, kognitivem und antriebsmässigem Gebiet vor. Sowohl die ambulante als auch die stationär zur Verfügung stehenden Therapiemassnahmen seien weitestgehend als ausgeschöpft zu betrachten. Es bestehe der dringende Verdacht auf Übergebrauch von Analgetika. In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Finanzchefin halte er die Beschwerdeführerin für nur unter 3 Stunden täglich arbeitsfähig. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei sie für leichte Tätigkeiten in Tagesschicht für 3 bis unter 6 Stunden einsetzbar. Eine Nachuntersuchung auf psychiatrischem Fachgebiet sei in etwa einem Jahr indiziert, da zukünftige Befundbesserungen bei konsequenter Anwendung einer nervenärztlichen, schmerztherapeutischen, psychotherapeutischen und medikamentösen Therapie nicht gänzlich ausgeschlossen werden könnten.

**7.4** Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_ stellte in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2016 die folgende Hauptdiagnose:

- Mittelgradige depressive Episode F32.1

und die folgenden Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chron. rezidiv. Lumboischialgie (M54.5)
- Peronäusparese rechts postoperativ (iatrogen)
- Chronifiziertes Schmerzsyndrom

- Postthrombotisches Syndrom Unterschenkel rechts

Als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Adipositas.

Er führte aus, orthopädisch werde eine fünfzigprozentige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Finanzchefin zugemutet. Im orthopädischen Gutachten werde nicht präzise gesagt, aus welchem Grunde keine vollschichtige Tätigkeit zumutbar wäre. Aus seiner Sicht sei eine angepasste Tätigkeit auch ganztags möglich. Es beständen nur Ausfälle als Operationskomplikationen. Psychiatrisch werde eine mittelschwere Depression festgestellt, neben der Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Es werde die Tätigkeit als Finanzchefin nicht mehr zugemutet, jedoch eine angepasste Tätigkeit 3–6 Stunden, das heisst, zu 50 %. Eine Besserung bei konsequenter Therapie sei möglich. Hier könnte von Seite der IV eine Mitwirkungspflicht zur psychischen Behandlung gefordert werden. Der Hauptgrund für die Arbeitsunfähigkeit sei eher der psychische Teil.

**7.5** Der medizinische Dienst der Vorinstanz, Dr. E. \_\_\_\_\_, stellte in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2016 die folgende Hauptdiagnose:

- Mittelgradige depressive Episode (F32.1)

und die folgenden Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chron. Rezidiv. Lumboischialgie (M54.5)
- Peronäusparese rechts postoperativ (iatrogen)
- Chronifiziertes Schmerzsyndrom
- Postthrombotisches Syndrom Unterschenkel rechts

Dr. E. \_\_\_\_\_ führte aus, es bestehe ein Syndrom ohne Pathogenese, ohne klare Ätiologie und ohne organische Einschränkungen. Entsprechend prüfte er die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Er führte dabei insbesondere aus, die mittelgradige depressive Episode diagnostiziert von Dr. C. \_\_\_\_\_ sei für die gestellte Diagnose nicht mit den dazu notwendigen Befunden versehen. Allenfalls handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, welche jedoch ebenfalls nicht nachweisbar sei. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren werde nicht näher erklärt. Eine lege artis durchgeführte Therapie finde nicht statt, wäre aber zumutbar. Es seien keine Komorbiditäten nachgewiesen

und es würden keine Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Aus rein psychiatrischer Sicht seien keine Einschränkung des Aktivitätsniveaus nachweisbar (mangelnde Befunde zu den gestellten Diagnosen). Der Leidensdruck dürfte aufgrund der Diagnosen im Subjektiven zu suchen sein; ausser man nehme die Beurteilung des Orthopäden. Die rein psychiatrische Beurteilung falle so aus, dass keine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit vorliege. Das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ belege die diagnostizierten Störungen nicht mit den notwendigen Befunden.

**7.6** Im Entlassungsbericht der [K]linik F.\_\_\_\_\_ vom 7. März 2016, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, wurden die folgenden Diagnosen festgehalten:

- Mittelgradige depressive Episode (F32.1)
- Anhaltende Schmerzstörung (F52.2)
- V.a. histrionische und narzistische Persönlichkeitsakzentuierung (F61)
- Koxalgie bds. bei Z.n. Hüft-TEP rechts 2013 sowie Hüft-TEP links 2015 mit eingeschränkter Funktion (M16.9)
- Peroneusparese rechts beim Z.n. Hüft-TEP rechts 2013 (G57.3)
- Adipositas Grad II BMI 37
- Nikotinabhängigkeit mit ca. 5-10 Zigaretten täglich
- Ventrikuläre Extrasystolen im EKG
- Z.n. tiefer Beinvenenthrombose rechts 1995 und 2012 und links 3/2015
- Thrombophlebitis rechts vom 11.2.16

Der Bericht führt aus, die Beschwerdeführerin habe bislang keine Psychotherapie gemacht und sie gebe an, sie habe alle Medikamente inklusive der Psychopharmaka abgesetzt, da sie ihr nicht geholfen hätten. In orthopädischer Hinsicht führt der Bericht insbesondere aus, bei der Untersuchung zeige sich die Beschwerdeführerin als klagsam und stark leidend. Als Befunde werden genannt: Oberarmschmerz rechts, Handschmerzen bds., Hüftschmerzen bds., Fusschmerzen bds., stark eingeschränkte und schmerzhaft bewegliche in den beiden Hüften, eingeschränkte Beweglichkeit in den beiden Fussgelenken, Schmerzen bei der Prüfung angegeben; gelegentliche LWS-Schmerzen, bei der Prüfung HWS-Schmerzen angegeben, eingeschränkte LWS-Funktion, eingeschränkte Rumpfbeugung, LWS klopfschmerzhaft, ISG links schmerzhaft, Ischiadicuspunkte bds. schmerzfrei. Die Entlassung erfolge arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich wegen stark verminderter psychischer Belastbarkeit bei be-

stehender depressiver Symptomatik und anhaltender Schmerzstörung sowie starken Hüftschmerzen bds. und eingeschränkter Funktion in den Gelenken.

**7.7** Nachdem die Beschwerdeführerin auf Beschwerdeebene die der Vorinstanz bis zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegenden ärztlichen Unterlagen eingereicht hatte (Entlassungsbericht der [K]linik F.\_\_\_\_\_, Kernspintomographie vom 15. April 2016 und Computertomographie vom 14. März 2016), nahm der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_ in einer Stellungnahme vom 24. November 2016 erneut Stellung. Er nannte dabei die folgenden Hauptdiagnosen:

- Chron. Lumbalgie bei deg. Veränderungen/Diskopathie (M54.5),
- Mittelgradige depressive Episode (F32.1)

und die folgenden Nebendiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- St.n. TP Hüftgelenk rechts mit Peronäusparese.

Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er:

- St.n. TP Hüftgelenk links,
- St.n. tiefer Thrombophlebitis Beine beidseits,
- Adipositas,
- Anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Berichte betreffend Kernspintomographie und Computertomographie, laut welchen Bandscheibenvorfälle beständen, Einengungen der Neuroforamina, müssten immer in Zusammenhang mit der Klinik gesehen werden. Es beständen keine neuen Feststellungen betreffend Ausfällen. Grundsätzlich habe er anhand der Zusammensetzung der Medikamente, welche die Beschwerdeführerin einnehme, gesehen, dass erhebliche Beschwerden bestehen müssten, so dass er unter diesen Umständen aus medizinischen Gründen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bisher und angepasst von 50 % verstehen könnte. Dies seit dem orthopädischen Gutachten vom 10. September 2014 – nach der Entlassung aus der Rehab im Juni/Juli 2013 sei noch eine angepasste Arbeitsfähigkeit von über 6 Stunden zugestanden worden.

**7.8** In seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2017 führt Dr. E.\_\_\_\_\_, medizinischer Dienst, aus, aus psychiatrischer Sicht ändere der REHA-Bericht der [K]linik F.\_\_\_\_\_, nichts an seiner bisherigen Beurteilung. Zur Begründung führte er aus, eine anhaltende Schmerzstörung begründe keine Arbeitsunfähigkeit, ebensowenig histrionische und narzisstische Persönlichkeitszüge. Die mittelgradige depressive Episode sei wieder nicht mit den entsprechenden Befunden belegt. Der Befund erfülle die ICD-Kriterien der gestellten Diagnose knapp. Das seien keine psychiatrischen Befunde, die funktionelle Einschränkungen begründen würden.

**7.9** Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2017 aus, bei der Beschwerdeführerin liege eine Hüftproblematik und eine Rückenproblematik vor. Es bestehe eine mittelgradige Funktionseinschränkung beider Hüften, welche die Gehfähigkeit, das Treppensteigen und die Transfers beeinträchtige. Die Peronäusläsion mit der Fussheberschädigung werde in der Regel mit einer Codivilla Schiene behandelt, die den Defekt weitgehend neutralisiere und den Patienten gehfähig mache. Was die Hüftproblematik angehe, sei also eine angepasste Tätigkeit zumutbar.

Was die Rückenproblematik betreffe, zeigten die bildgebenden Verfahren eine Protrusion L3/L4 und einen Bandscheibenvorfall L4/L5 und L5/S1 mit möglichem Kontakt zur Nervenwurzel und Einengung der Foramina. Eine eindeutige Kompression werde aber nicht beschrieben. Diese Befunde könnten nur in Zusammenhang mit dem klinischen Bild interpretiert werden. Klinisch werde aber keine eindeutige Wurzelausfall- oder Wurzelerkrankung beschrieben. Laut Austrittsbericht der Rehaklinik vom 7. März 2016 träten die LWS-Beschwerden gelegentlich auf und seien lokal begrenzt. Damit sei wohl gemeint, dass keine segmentorientierte Schmerzausstrahlung vorliege. Dafür spreche auch, dass die Ischiadicuspunkte als druckschmerzfrei beschrieben würden. Die Muskeleigenreflexe der unteren Extremitäten würden in diesem Bericht als auslösbar beschrieben. Ein Nervendehnungsschmerz werde nicht beschrieben. Um die Diagnose eines radikulären Reizsyndroms einer Wurzel zu stellen, werde das gleichzeitige Vorliegen einer Schmerzausstrahlung, die sich an einem Segment orientiere, und eines pathologischen Nervendehnungstests gefordert. Diese Kriterien würden nach den vorliegenden Berichten bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. Um die Diagnose eines radikulären Ausfallssyndroms einer Wurzel zu stellen, werde eine dermatombezogene Sensibili-

sierungsstörung, eine myotombezogene Kraftminderung oder ein pathologischer Muskeleigenreflex gefordert. Auch diese Kriterien scheine die Patientin nicht zu erfüllen.

Damit liege aus rein somatischer, physikalisch-rehabilitativer Sicht folgende Situation vor: Die Beschwerdeführerin sei für die bisherige Tätigkeit als Finanzchefin nur noch zu höchstens 50 % geeignet. Dies vor allem deshalb, weil es sich um eine 70 Wochenstundentätigkeit mit Aussendienst-einsatz handelte. Das bedeute Reisen, Autofahren, Gehen, Stehen. Dies sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine leichte Tätigkeit im Wechselrhythmus und vorwiegend sitzend ohne Hebe- und Tragebelastung, ohne lange Zwangshaltung, ohne Besteigen von Leitern und Treppen, ohne häufiges Bücken, ohne Rotationsbewegungen des Rumpfes, ohne Knien sei aber zumutbar, auch ganztags.

**7.10** In seinem Schlussbericht führte der RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_\_\_ schliesslich die folgenden Diagnosen auf:

Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Mittelgradige depressive Episode (F32.1),
- Chron. rez. Lumboischialgie (M54.5),
- Peronäusparese rechts postoperativ 2013,
- Chronifiziertes Schmerzsyndrom,
- Postthrombot. Syndrom Unterschenkel rechts.

Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- St.n. TP Hüftgelenk links,
- Adipositas.

Er führte aus, es gebe keinen Grund, warum die Beschwerdeführerin nicht den ganzen Tag angepasst tätig sein könne. Es stelle sich einzig noch die Frage, ob sie in der bisherigen Tätigkeit im Aussendienst auch tätig sein könnte. Hier seien nur 50 % zumutbar (Ein- und Aussteigen aus/ins Auto gehäuft). Andere Tätigkeiten im Finanzwesen seien jedoch vollschichtig zumutbar. Der Zustand nach Operation Hüftgelenk rechts mit iatrogener Peronäusparese habe keinen Einfluss auf die angepasste Tätigkeit. Diese Parese sei ohne Probleme mit einer Schiene korrigierbar und im Alltag generell nicht störend. Die Rückenproblematik bestehe, jedoch sei die zugemutete Tätigkeit dermassen, dass die Beschwerdeführerin auch weiterhin den ganzen Tag tätig sein könne. Es liege kein Ausfall vor, der beschränkend wäre. Er geht deshalb von einer Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

als Finanzchefin von 50 % aus (ab Mai 2013) und in einer angepassten Tätigkeit von 100 %.

## **8.**

**8.1** 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 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).

Für das Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. (Art. 40 BZP [SR 273] i.V.m. Art. 19 VwVG). Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3a und 3b).

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 sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel können (u.a.) von Arztberichten ausgehen, die von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen verfasst und von der betroffenen Person eingereicht wurden (BGE 135 V 465 E. 4.4 ff.).

## **9.**

**9.1** Den potentiell höchsten Beweiswert unter den vorliegenden ärztlichen Dokumenten können grundsätzlich das orthopädische und das psychiatri-

sche Gutachten der deutschen Ärzte Dres. B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ beanspruchen (BGE 125 V 351 E. 3.b/bb). Es ist deshalb zu prüfen, ob diesen Gutachten voller Beweiswert zugesprochen werden kann.

**9.1.1** Das orthopädische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 15. März 2016 enthält relativ umfangreiche orthopädische und neurologische Befunde. Der Gutachter attestiert eine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in angepassten Verweistätigkeiten von maximal 3 bis unter 6 Stunden (was der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_ als fünfzigprozentige Arbeitsunfähigkeit interpretiert) und macht Angaben zu den funktionellen Leistungseinbussen der Beschwerdeführerin. Was fehlt, ist eine nachvollziehbare Verbindung zwischen diesen beiden Elementen. Dem Gutachten sind keine schlüssigen Ausführungen dazu zu entnehmen, auf welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen welche Leistungseinbussen beruhen und wie sich diese wiederum konkret auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Unklar bleibt auch, welche der gestellten Diagnosen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben und welche nicht. Schliesslich ist die Diagnosestellung bezüglich den chronischen Rückenschmerzen unklar, nennt Dr. B.\_\_\_\_\_ doch einmal eine „Chronisch rezidivierende Lumboischialgie“ und ein andermal ein „Degen. LWS-Syndrom (M51.1)“.

Beide RAD-Ärzte folgen der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_\_ nicht. Dr. D.\_\_\_\_\_ stellt fest, dass die fünfzigprozentige Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ nicht schlüssig begründet ist und unklar bleibt, wieso eine hundertprozentige Verweistätigkeit nicht zumutbar ist (Stellungnahme vom 3. Mai 2016). Auch der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_ geht in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2017 von einer hundertprozentigen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus. Beide RAD-Ärzte gehen damit – im Widerspruch zum Gutachten – von einer hundertprozentigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit aus. Beide Stellungnahmen beruhen zwar entgegen dem Gutachten nicht auf persönlichen Untersuchungen, zumindest die Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_\_ ist jedoch ausführlich ausgefallen. Damit liegen konkrete Hinweise dafür vor, die erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des orthopädischen Gutachtens aufkommen lassen.

Im Gegensatz zum orthopädischen Gutachten werden in den auf Beschwerdeebene neu eingereichten Computer- Kernspintomographieberichten zudem Bandscheibenvorfälle beschrieben. Auch wenn die beiden RAD-Ärzte Dr. D.\_\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 24. November 2016) und Dr. G.\_\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 18. Januar 2017) davon ausgehen,

dass die Bandscheibenvorfälle keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben und entsprechend nicht relevant seien, solange keine klinischen Ausfälle beschrieben würden, wecken die beiden Berichten doch weitere Zweifel an der Zuverlässigkeit des orthopädischen Gutachtens.

**9.1.2** Das psychiatrische Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 22. März 2016 enthält eine ausführliche Anamnese und erfolgte in Kenntnis von ärztlichen Vorakten. Dr. C. \_\_\_\_\_ diagnostiziert eine mittelgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er geht von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit von unter 3 Stunden und in einer angepassten, leichten Tätigkeit von 3 bis unter 6 Stunden aus.

Dr. E. \_\_\_\_\_, Psychiater des medizinischen Dienstes kommt in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2016 zum Schluss, das Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ sei „von zweifelhafter Qualität“. Insbesondere bemängelt er, die diagnostizierten Störungen würden nicht mit den notwendigen Befunden belegt. Zudem werde die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht weiter erklärt. Trotzdem gibt Dr. E. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme an, es bestehe ein Syndrom ohne Pathogenese, ohne klare Ätiologie und ohne organische Einschränkungen, weshalb er die entsprechenden, vom Bundesgericht vorgegebenen Standardindikatoren prüft. Der Beurteilung des psychiatrischen Gutachten durch Dr. E. \_\_\_\_\_ ist insoweit zuzustimmen, als die somatoforme Schmerzstörung im Gutachten bezüglich der klassifikatorischen Vorgaben nicht (wie vom Bundesgericht ausdrücklich gefordert: BGE 141 V 281 E. 2.1.1) nachvollziehbar begründet ist. Das gleiche gilt für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode, die auf eher wenig ausgeprägten Befunden zu beruhen scheint (depressive Stimmungslage bei affektlabilen Zügen, vermehrte Grübelneigung, Durchschlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, leichtgradig geminderter Antrieb). Zudem ist Dr. C. \_\_\_\_\_ der Meinung, die ambulant zur Verfügung stehenden Massnahmen seien als weitestgehend ausgeschöpft zu betrachten. In Anbetracht des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin soweit ersichtlich seit 2013 nicht regelmässig in psychiatrischer Behandlung war (vgl. Entlassungsbericht [K]linik F. \_\_\_\_\_, S. 2), werfen diese Ausführungen zusätzliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens auf. Dr. E. \_\_\_\_\_ kommt – im Widerspruch zum psychiatrischen Gutachten – zum Schluss, aus rein psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Dies wiederum steht in einem gewissen Widerspruch zur Schlussfolgerung des RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_\_\_ in dessen Stellungnahme vom

3. Mai 2016, wonach der Hauptgrund für eine Arbeitsunfähigkeit eher der psychische Teil sei.

Im Entlassungsbericht der [K]linik F. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2016 wird ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (Dr. C. \_\_\_\_\_ stellt ausdrücklich fest, er stimme diagnostisch mit diesem Bericht überein). Dr. E. \_\_\_\_\_ ist hingegen der Meinung (Stellungnahme vom 18. Januar 2017), auch in diesem Bericht würden die Befunde die Diagnose nicht stützen. Der Bericht nennt jedoch zumindest einige Befunde, die für die Diagnose einer depressiven Episode relevant erscheinen (reduzierte Konzentration, gereizte Stimmung, weinerlich, bedrückt, stark reduzierte Freude und stark reduziertes Interesse, Grübelneigung, nachgelassenes Selbstvertrauen).

Der RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_\_\_ wiederum nennt in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 19. Januar 2017 eine mittelgradige depressive Episode als eine Nebendiagnose *mit* Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In seinen Ausführungen geht er jedoch nicht darauf ein, inwiefern sich diese Diagnose auf die von ihm attestierte fünfzigprozentige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke, und begründet diese ausschliesslich mit physischen Einschränkungen.

Damit liegen auch konkrete Hinweise vor, die erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens aufkommen lassen.

**9.1.3** Zusammenfassend kann auf die Gutachten der Dres. B. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden. Diese sind bezüglich der gestellten Diagnosen zu wenig begründet, ebenso bezüglich der daraus folgenden funktionellen Einschränkungen und der darauf beruhenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit. In den Stellungnahmen der RAD-Ärzte und des medizinischen Dienstes liegen ärztliche Aussagen vor, die konkrete Zweifel an der Zuverlässigkeit der beiden Gutachten wecken. Besonders schwer wiegt dabei, dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, bei der es sich um eine somatoforme Störung und damit um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage handelt (Urteil des BGer 8C\_381/2012 vom 20. Juni 2012 E. 4.2.1), von den IV-Ärzten offenbar nicht übernommen wurde, wobei Dr. E. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2016 trotzdem vom Vorliegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage auszugehen

scheint. Zudem sind die Gutachten insofern mangelhaft, als sie keinen interdisziplinären Konsens enthalten und allfällige Wechselwirkungen der somatischen und der psychischen Beeinträchtigungen nicht abgeklärt wurden.

**9.2** Auch auf die vorliegenden Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes kann nicht abgestellt werden. Diesen Berichten kann nur schon angesichts der ausgeführten Widersprüche zu den beiden Gutachten und den daraus folgenden Indizien, die gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee), sowie der fehlenden persönlichen Begutachtung kein voller Beweiswert zuerkannt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2 m.w.H.).

Dies gilt auch für die ausführlichste und substantiellste IV-interne Stellungnahme, diejenige von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2017. Dr. G. \_\_\_\_\_ ist der Meinung, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Finanzchefin nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei, weil es sich um eine 70 Wochenstundentätigkeit mit Aussendienstesinsatz handle, was Reisen, Autofahren, Gehen und Stehen bedeute, was der Beschwerdeführerin nicht mehr zuzumuten sei. Gesundheitlich scheint diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf der in der Stellungnahme erwähnten mittelgradigen Funktionseinschränkung beider Hüften, welche die Gehfähigkeit, das Treppensteigen und die Transfers beeinträchtigt, zu beruhen; den Rückenschmerzen scheint Dr. G. \_\_\_\_\_ keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Dies führt Dr. G. \_\_\_\_\_ jedoch nicht ausdrücklich aus, er nennt zudem keine Diagnosen und er führt auch nicht ausdrücklich aus, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben und welche nicht, womit diese Einschätzung insgesamt ebenfalls nicht umfassend nachvollziehbar ist. Diese Stellungnahme bezieht sich zudem einzig auf die somatischen Beschwerden, ist mithin nicht umfassend, und stellt keine klaren Diagnosen, weshalb auch darauf nicht abgestellt werden kann.

**9.3** Eine Übersicht über die in den genannten medizinischen Unterlagen aus den Jahren 2016 und 2017 attestierten Grade der Arbeitsfähigkeit (AF) zeigt, wie unterschiedlich die beteiligten Ärzte die Arbeitsfähigkeit einschätzen:

Medizinische Disziplin(en)	Datum	Arzt / Klinik	AF angestammte Tätigkeit	AF angepasste Tätigkeit
interdisziplinär	19.01.17	D._____ (RAD)	50	100
interdisziplinär	24.11.16	D._____ (RAD)	50	50
interdisziplinär	07.03.16	[K]linik F._____	0	50
psychiatrisch	20.06.16	E._____ (MD)	100	100
psychiatrisch	22.03.16	C._____ (Gutachter)	0	50
psychiatrisch	07.03.16	[K]linik F._____	0	50
orthopädisch	18.01.17	G._____ (RAD)	50	100
orthopädisch	15.03.16	B._____ (Gutachter)	50	50
orthopädisch	07.03.16	[K]linik F._____	100	100

Angaben deutscher Ärzte: unter 3 Stunden = 0 %; 3 bis 6 Stunden = 50 %; über 6 Stunden = 100 %

Diese Übersicht zeigt, dass sich die involvierten Ärzte weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einig sind. Daraus resultieren auch unterschiedliche Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in zusammenfassender („interdisziplinärer“) Hinsicht, wobei die einzige tatsächlich interdisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (durch die [K]linik F.\_\_\_\_\_) signifikant tiefer ausfällt als diejenige der IV-Ärzte (RAD-Ärzte und medizinischer Dienst). Zudem zeigt sich, dass die IV-Ärzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht höher einschätzen als die unabhängigen Ärzte, aus somatischer Sicht hingegen tiefer. Hinzu kommt eine unterschiedliche Einschätzung der Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auf ihre angestammte Tätigkeit. Insgesamt ergibt sich aus diesen unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (zusammen mit den oben 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.

**9.4** Insgesamt zeigt sich damit, dass der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt ist.

## 10.

**10.1** Ist der medizinische Sachverhalt in diesem Sinne ungenügend abgeklärt, kann auch dem Antrag der Vorinstanz auf Gewährung einer halben

Rente, der auf der neuen Einschätzung der Vorinstanz einer fünfzigprozentigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beruht, nicht gefolgt werden.

**10.2** Auf Beschwerdeebene geht die Vorinstanz neu von einer fünfzigprozentigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Finanzchefin und einer hundertprozentigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit aus (weiterhin volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, aber neu fünfzigprozentige Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit). Es bleibt jedoch unklar, worauf diese Neubeurteilung in medizinischer Hinsicht beruht.

**10.3** In medizinischer Hinsicht stützt sich die Vorinstanz insbesondere auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2017. Es wurde jedoch bereits festgestellt, dass dieser Stellungnahme kein voller Beweiswert zukommen kann (E. 9.2).

Der RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_\_\_ begründet sein Einverständnis mit der fünfzigprozentigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit in seiner ersten Stellungnahme vom 24. November 2016 damit, er habe anhand der Zusammensetzung der Medikamente, welche die Beschwerdeführerin einnehme, gesehen, dass erhebliche Beschwerden bestehen müssten. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % einzig aufgrund der ärztlich verordneten Medikamente anzunehmen ist jedoch nicht statthaft. Dies zumal die Beschwerdeführerin die Medikamente gemäss dem Entlassungsbericht der [K]linik F. \_\_\_\_\_ offenbar abgesetzt hatte und ihr mehrmals eine Reduktion der Schmerzmedikation empfohlen wurde. Nach Kenntnisnahme der Stellungnahme von Dr. G. \_\_\_\_\_ begründet Dr. D. \_\_\_\_\_ die fünfzigprozentige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit einzig mit dem Hinweis „Ein- und Aussteigen aus/ins Auto gehäuft.“ Er geht dabei davon aus, dass es sich um eine Tätigkeit „im Aussendienst“ handelt, obwohl die Beschwerdeführerin lediglich auf „gelegentliche Aussentermine“ verweist (Doc 116 S. 10). Auch dabei handelt es sich offensichtlich um eine ungenügende Begründung.

Die Neubeurteilung der Vorinstanz ist zudem auch insoweit nicht nachvollziehbar, als diese sich nicht aus den neu eingereichten medizinischen Dokumenten ergibt. Die von der Beschwerdeführerin auf Beschwerdeebene neu eingereichten Computer- und Kernspintomographieberichte enthalten gemäss den Ausführungen von Dr. D. \_\_\_\_\_ und von Dr. G. \_\_\_\_\_

keine relevanten Neuerungen. Der von der Beschwerdeführerin ebenfalls neu eingereichte (ausführliche) Entlassungsbericht der [K]linik F. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2016 lag zwar der Vorinstanz bei ihrer ersten Beurteilung nicht vor; jedoch lag ihr der Kurzbericht der Klinik vom 24. Februar 2016 vor, der zumindest die Diagnosen enthält (und der im Übrigen den ausführlichen Bericht in Aussicht stellt). Zudem lag der ausführliche Bericht dem psychiatrischen Gutachter Dr. C. \_\_\_\_\_ (und wohl auch dem orthopädischen Gutachter Dr. B. \_\_\_\_\_) bei seiner Beurteilung vor. Hinzu kommt, dass die Vorinstanz den Einschätzungen dieses Berichts mit ihrem Antrag auf Beschwerdeebene nicht folgt, da der Bericht von einer hundertprozentigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer fünfzigprozentigen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgeht.

Schliesslich ist festzuhalten, dass die wiederholt anamnestisch erhobene Erschöpfungsproblematik (IV-Akt. 33 [S. 5], 46 [S. 5] und 107), welche die Beschwerdeführerin in ihrem Einwand ebenfalls anspricht, von keinem der Gutachter diskutiert wurde.

**10.4** Insgesamt ist damit in keiner Weise nachvollziehbar, mit welcher medizinischen Begründung die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung neu eine fünfzigprozentige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit annahm. Auch diese Ausführungen zeigen im Gegenteil, dass der Sachverhalt nicht genügend abgeklärt wurde, da offensichtlich keine nachvollziehbaren und reproduzierbaren Schlussfolgerungen aus den vorliegenden ärztlichen Dokumenten möglich sind.

## **11.**

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung fehlt und die Fragen, welchen Einfluss die Hüft- und Rückenbeschwerden, die chronischen Schmerzen und die psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben, völlig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher auf Beschwerdeebene abzusehen. Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzu-

weisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin (insbesondere in orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

## **12.**

**12.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**12.2** Auf die Zusprechung einer Parteientschädigung ist zu verzichten, da nicht davon auszugehen ist, dass der nicht vertretenen Beschwerdeführerin aus der Einreichung der Beschwerde verhältnismässig hohe Kosten erwachsen sind (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

(Dispositiv nächste Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Streitsache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Tobias Grasdorf

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: