

# **BVGer C-1075/2019 vom 13. November 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1075\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1075_2019)

FR: TAF C-1075/2019 du 13 novembre 2020

IT: TAF C-1075/2019 del 13 novembre 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2.1**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2019 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin reichte bereits im Dezember 2014 bei der kantonalen IV-Stelle ein Leistungsgesuch ein; die Verwaltung hielt daraufhin fest, sie habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da sie ihre bisherige Tätigkeit zwischenzeitlich in einem anspruchsausschliessenden Umfang wieder aufnehmen können (Verfügung vom 26. Februar 2016 [act. 69]). Bei dieser Ausgangslage ist die Wiederanmeldung vom 8. April 2016 nicht als Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV, sondern gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln (Urteil des BGer 8C\_801/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.1).

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. Februar 2019) 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).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 4**

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 laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [act. 20, act. 136]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs

Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

### **E. 5.3**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 5.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

### **E. 5.5**

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.). Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum Vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen. Das Bundesgericht hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3 und E. 7). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil des BGer 8C\_245/2019 vom 16. September 2019 E. 5 mit Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

#### **E. 5.5.1**

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und

grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2; 143 V 409 E. 4.2.1; 141 V 281 E. 3.7). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

### **E. 5.5.2**

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 5.5.3**

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. 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. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 54 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_465/2019 vom 12. November 2019 E. 7.3). Von einer *lege artis*, d.h. auch normorientiert erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich, im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der

versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist in Erinnerung zu rufen und es gilt als Leitschnur, dass die ärztliche Beurteilung - von der Natur der Sache her unausweichlich - Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen (BGE 145 V 361 E. 4.3; Urteil des BGer 9C\_765/2019 vom 11. Mai 2020 E. 4.2).

## **E. 6**

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

### **E. 6.1**

Bei der Beschwerdeführerin wurde am 2. Juni 2014 ein invasiv-duktales Mammakarzinom links diagnostiziert. Am 12. Juni 2014 wurde im Spital D. \_\_\_\_\_ eine brusterhaltende Operation (Lumpektomie) und anschliessend von Juli bis November 2014 eine Chemotherapie sowie von Dezember 2014 bis Februar 2015 eine Radiotherapie durchgeführt (act. 21, act. 52, act. 56). Am 24. November 2014 berichteten die behandelnden Ärzte, dass die Beschwerdeführerin über eine schwere Fatigue klage (act. 57). Laut den behandelnden Fachärzten des Spitals D. \_\_\_\_\_ bestanden die folgenden Arbeitsunfähigkeiten: 100 % von 2. Juni 2014 bis 28. Februar 2015, 70 % von 1. bis 15. März 2015, 50 % von 16. März bis 30. April 2015 (act. 64).

### **E. 6.2**

Der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Formularbericht E 213 vom 19. Mai 2015 fest, dass der Krankheitsverlauf erwartungsgemäss sei. Die Beschwerdeführerin leide derzeit an einem reduzierten Allgemeinzustand. Voraussichtlich sei die frühere Tätigkeit nach der Heilung wieder zumutbar (act. 39).

### **E. 6.3**

Die behandelnde Fachärztin des Spitals D. \_\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 25. Juni 2015 fest, dass derzeit die reguläre Tumornachsorge durchgeführt werde. Aktuell bestünde noch eine persistierende Müdigkeit, ansonsten habe die Beschwerdeführerin aber keine körperlichen Einschränkungen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht zumutbar. Es könne bei Status nach Chemotherapie und Radiotherapie zu verminderter Konzentration kommen. Die Beschwerdeführerin arbeite bereits wieder zu 62.5 % (act. 52).

### **E. 6.4**

Der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Oktober 2015 gestützt auf die Berichte der behandelnden Fachärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin wegen des invasiv-duktales Mammakarzinoms links mit brusterhaltender Operation (Lumpektomie) und anschliessender Chemo- und Radiotherapie aktuell an einer Fatigue leide. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit betrage ab 1. Juni 2015 noch 37.5 % (act. 65).

### **E. 6.5**

Nachdem die letzte Arbeitgeberin im September 2015 die Kündigung ausgesprochen hatte, wurde die Beschwerdeführerin von ihrem behandelnden Psychiater, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von 22. Oktober bis 8. Dezember 2015 (100 %), von 7. Januar bis 6. März 2016 (100 %) und von 1. Mai bis 30. Juni 2016 (50 %) betreut.

krankgeschrieben (act. 73 S. 2 ff.).

#### **E. 6.6**

Laut der psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 2. Februar 2016 des Vertrauensarztes der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestand zur Zeit der Berichterstattung aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) keine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Der Vertrauensarzt prognostizierte eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % ab März 2016, auf 50 % ab April 2016 und auf 70 % ab Mai 2016. Er wies darauf hin, dass die onkologischen Kontrollen (zuletzt am 1. Februar 2016) bislang zufriedenstellend verlaufen seien, und dass sich die Beschwerdeführerin seit September 2014 kontinuierlich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_, lic. phil. I.\_\_\_\_\_, befinde (act. 73 S. 7 ff.).

#### **E. 6.7**

Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, berichtete der Krankentaggeldversicherung am 20. Juni 2016, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelschweren depressiven Störung und einem psychophysischen Erschöpfungszustand nach einer Tumorerkrankung und invasiven Therapien leide. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zuzumuten, allerdings könne hinsichtlich des Grads der Arbeitsfähigkeit keine genaue Prognose gestellt werden. Sie könne sicher auch in anderen Tätigkeitsbereichen als Kauffrau eingesetzt werden. Als Beeinträchtigungen würden neben der raschen Erschöpfbarkeit, bei Belastung auftretender Drehschwindel, Ängstlichkeit im Kontakt mit anderen Menschen und die überstrenge Selbstbewertung der Beschwerdeführerin ins Gewicht fallen. Für den Einstieg bestehe von 1. Mai bis 30. Juli 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei einem 62 %-Pensum, das heiße von 2-3 Stunden pro Tag (act. 79). Am 6. Juli 2016 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_\_, der IV-Stelle, dass die Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Problematik und kognitiven Einschränkungen vermindert sei. Namentlich bestünden ein vermindertes Konzentrationsvermögen, ein vermindertes Auffassungsvermögen sowie eine eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit (act. 86).

#### **E. 6.8**

Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, hielt in seiner zweiten psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 6. Juli 2016 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, gegenwärtig leichte Ausprägung (ICD-10: F32.0) mit deutlicher reaktiver Komponente mit/bei Verlust des Arbeitsplatzes/Arbeitslosigkeit, Status nach Tumorerkrankung und Ausgebranntsein (ICD-10: Z56, Z85, Z73.0) fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine psychische Störung und Verhaltensstörung durch Tabak: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F17.1), Alkoholkonsum, Differentialdiagnose schädlicher Gebrauch (ICD-10: Z72.1 bzw. F10.1). Im Hinblick auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Assistentin des Finanzchefs sei die derzeit vom behandelnden Psychiater attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % (bezogen auf ein Pensum von 62.5 %) nachvollziehbar. Diese Einschränkung bestehe bezüglich der Leistungsfähigkeit (Erfordernis von Rückzugsmöglichkeiten, selbstgewählte Pausen). In der Präsenzzeit sei sie (bezogen auf eine Arbeitswoche von 25 Stunden) nicht eingeschränkt. Im Rahmen eines durch ein Jobcoaching begleiteten Wiedereinstiegs könne mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit um 10 % pro Monat

gerechnet werden. In einer angepassten Tätigkeit (unter anderem kleines Team, wenig direkter Kundenkontakt, Möglichkeit zu selbstgewählten Pausen) könne die Steigerung der Leistungsfähigkeit in grösseren Schritten von 20 % pro Monat erfolgen (act. 92).

#### **E. 6.9**

Nach Abbruch des Belastbarkeitstrainings teilte der behandelnde Psychiater, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, der Krankentaggeldversicherung am 23. September 2016 mit, dass sich im Verlauf von zwei Monaten gezeigt habe, dass die Beschwerdeführerin in einem begleiteten Rahmen ohne Leistungsdruck lediglich eine zeitliche Arbeitspräsenz von 3 bis 3,5 Stunden habe erreichen können. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einem Pensum von 62 % könne daher lediglich in einem geschützten, nicht leistungsbezogenen Rahmen eingehalten werden. Das bedeute, dass die Beschwerdeführerin seit Beginn der beruflichen Massnahme (18. Juli 2016) und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (act. 101).

#### **E. 6.10**

Im IV-Arztbericht vom 28. Oktober 2016 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als Diagnosen unverändert eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1) und einen psycho-physischen Erschöpfungszustand nach Tumorerkrankung (September 2014) fest. Er führte aus, dass sich im Belastbarkeitstraining gezeigt habe, dass die Beschwerdeführerin beruflich praktisch nicht belastbar sei. Sie sei im Grunde schon seit dem Zeitpunkt der Kündigung im September 2015 - auch wenn in der Zwischenzeit gewisse Restarbeitsfähigkeiten attestiert worden seien - zu 100 % arbeitsunfähig. Zurzeit könne nicht mit einer namhaften Verbesserung gerechnet werden. Einschränkungen beständen im Bereich der Antriebsstörung und körperlichen Leistungsfähigkeit, der kognitiven Verarbeitung, der raschen Ermüdbarkeit und der Selbstwerteinschränkung (act. 110).

#### **E. 6.11**

Im Verlaufsbericht der Frauenklinik des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 18. August 2017 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein seit 12. Juni 2014 bestehendes Mammakarzinom links genannt. Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden keine gemacht. Die letzte Untersuchung habe am 24. April 2017 im Rahmen der Tumornachsorge stattgefunden. Es bestehe eine Chemotherapie-induzierte Fatigue und eine psychosomatische Belastung aufgrund der Krebserkrankung. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär (act. 124).

#### **E. 6.12**

Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hielt in seinem zuhänden der IV-Stelle verfassten Bericht vom 28. August 2017 bei unveränderter Diagnostik fest, dass die Arbeitsunfähigkeit seit September 2015 100 % betrage. Seit der Beurteilung vom 28. Oktober 2016 sei eine gewisse Besserung eingetreten. Einschränkungen beständen im Bereich der Antriebsstörung und körperlichen Leistungsfähigkeit, der kognitiven Verarbeitung, der raschen Ermüdbarkeit und der Selbstwerteinschränkung. Die Leistungseinschränkungen seien enorm (ca. 1½ Stunden wenig komplexe Arbeiten), so dass die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde den gesundheitlichen Zustand noch etwas, die Arbeitsfähigkeit aber nicht wesentlich verbessern (act. 125).

#### **E. 6.13**

Im weiteren Verlauf wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der kantonalen IV-Stelle psychiatrisch begutachtet. Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Gutachten vom 15. Januar 2018 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierend depressive Störung, aktuell mittelschwer (F33.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Tabakabhängigkeit (F17.25) und einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bezifferte die Gutachterin mit 50 %. Voraussetzung sei eine optimierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Diese Einschätzung gelte auch für jede angepasste Tätigkeit, weil die psychische Erkrankung auf jede Tätigkeit einwirke. Retrospektiv sei die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen ab dem 22. Oktober 2015 bis Juni 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab Juli 2016 bis zum heutigen Tag bestehe eine Einschränkung von 50 % unter der Annahme eines weitgehend stabilen klinischen Verlaufes (act. 132).

#### **E. 6.14**

Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2018 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell mittelschwere rezidivierende depressive Störung auf. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein invasiv-duktales Mammakarzinom links (mit Status nach Lumpektomie, Status nach adjuvanter Chemotherapie und Status nach adjuvanter Radiotherapie), Tabakabhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Buchhaltungsmitarbeiterin sei ab Juni 2016 um 50 % eingeschränkt. Retrospektiv habe aufgrund der Krebserkrankung die Arbeitsunfähigkeit von Juni 2014 bis Februar 2015 100 %, von Februar bis März 2015 70 % und von März bis April 2015 50 % betragen. Ab Mai 2015 sei die Beschwerdeführerin wieder voll einsetzbar gewesen. Aus psychischen Gründen habe dann von Oktober 2015 bis Juni 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit und danach eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Das psychische und somatische Belastungsprofil der Verweistätigkeit entspreche der bisherigen Tätigkeit (act. 134). In seiner Stellungnahme vom 27. August 2018 bestätigte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf die Standardindikatoren seine Einschätzung (act. 141).

#### **E. 7**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist bzw. ob sie den in medizinischer Hinsicht erheblichen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat.

#### **E. 7.1**

Die Vorinstanz stützt sich für die Leistungsablehnung in medizinischer Hinsicht primär auf das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist sie jedoch von der Beurteilung der Gutachterin abgewichen und hat keine Einschränkung in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten anerkannt (während die Gutachterin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten von 50 % attestierte). Sie hielt in der angefochtenen Verfügung fest, dass die Gesamtbetrachtung der Indikatoren - namentlich mit Blick auf die fehlenden Komorbiditäten, bestehende Therapieoptionen und mangelhafte Compliance - ergebe, dass der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwer, keine invalidisierende

Bedeutung zukomme und die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht zu berücksichtigen sei.

### **E. 7.2**

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, einer fachärztlich-psychiatrischen Untersuchung, einer psychologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachterin setzte sich mit den beklagten Beschwerden, dem Verhalten der Beschwerdeführerin und auch mit den vorangegangenen psychiatrischen Beurteilungen auseinander. Insoweit ist das Gutachten mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten nicht zu beanstanden. Zu prüfen ist, ob das Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag, namentlich ob die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet werden.

### **E. 7.3**

Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater und dem Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, was aufgrund der Vorberichte, der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde grundsätzlich nachvollziehbar ist. Soweit die Gutachterin die depressive Symptomatik im Untersuchungszeitpunkt als mittelschwer eingestuft hat, lässt sich dies jedoch nicht ohne Weiteres mit den erhobenen, eher leicht ausgeprägten psychopathologischen Befunden («wenig schwingungsfähig und eher depressiv gedrückt», «latente Gereiztheit und aggressive Spannung» und «Durchschlafen sei öfter durch [...] Hitzewallungen gestört») in Einklang bringen. Gemäss ICD-10 richtet sich die Diagnose bei einer Depression nach der Anzahl der erfüllten Hauptsymptome (depressive, gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie Verminderung des Antriebs) und Zusatzsymptome (verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit). Bei einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) leiden die Betroffenen unter mindestens zwei Hauptsymptomen und drei bis vier Zusatzsymptomen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 173). Die psychiatrische Expertin begründet den mittleren Schweregrad damit, dass die Beschwerdeführerin affektiv eingeschränkt schwingungsfähig und rasch erschöpft sei, sich sozial zurückgezogen habe und Durchschlafstörungen aufweise (Gutachten S. 19). Diese Einschätzung lässt sich für einen medizinischen Laien anhand der klassifikatorischen Diagnosekriterien nicht nachvollziehen, hat die Gutachterin ihre Diagnose doch nur sehr knapp und ohne Bezug auf die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltene Umschreibung begründet. Im Gutachten wird somit nicht schlüssig dargelegt, dass die depressive Symptomatik mittelgradig ausgeprägt ist, weshalb die gestellte Diagnose nicht überzeugt. Zwar kommt es nicht in erster Linie auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil

9C\_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so schon BGE 127 V 294 E. 4c). Dies entbindet jedoch nicht vom Erfordernis, dass überhaupt eine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann, zu deren Nachvollziehbarkeit für die rechtsanwendenden Behörden die sachverständige Person wenigstens kurz darzulegen hat, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind (vgl. 9C\_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1). Eine rentenbegründende Invalidität setzt eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2).

#### **E. 7.4**

Gemäss Verlaufsbericht der Frauenklinik des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 18. August 2017 liegt bei der Beschwerdeführerin eine Chemotherapie-induzierte Fatigue vor (act. 124). In der Beschwerde wird in diesem Zusammenhang kritisiert, dass die Vorinstanz bei der Leistungsbeurteilung die körperlichen Schwächezustände der Beschwerdeführerin nach der lange dauernden Chemotherapie nicht berücksichtigt habe. Es treffe nicht zu, dass die Beschwerdeführerin somatisch gesund sei und sie nur an einer Depression leide. Nach wie vor bestünden körperliche Schwäche- und Erschöpfungszustände, die mit dem depressiven Geschehen verwoben seien.

##### **E. 7.4.1**

Das Bundesgericht hat im Zusammenhang mit der tumorassoziierten Fatigue (Cancer-related Fatigue [CrF]) Folgendes ausgeführt: Krebsbedingte Fatigue ist ein multidimensionales Syndrom, unter dem die Mehrheit der Krebspatientinnen und -patienten während der Therapie leidet. Die Cancer-related Fatigue kann viele Jahre nach Therapieabschluss andauern und wird durch physische, psychologische und auch soziale Faktoren beeinflusst. Alle Erklärungsmodelle zur Ursache und Entstehung von Müdigkeits- und Erschöpfungssyndromen gehen von komplexen und multikausalen Vorgängen aus. Bei der tumorassoziierten Fatigue können diese durch den Tumor bedingt oder Folge der Therapie, aber auch Ausdruck einer genetischen Disposition, begleitender somatischer oder psychischer Erkrankungen, wie auch verhaltens- oder umweltbedingter Faktoren sein. [...] (BGE 139 V 346 E. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Ursachen und Entstehung der Cancer-related Fatigue sind demnach nach derzeitigem Forschungsstand nicht ganz geklärt. Es besteht in der medizinischen Fachwelt aber Einigkeit darüber, dass sie komplex sind und somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Die Cancer-related Fatigue kann - auch wenn zugrundeliegende internistische oder psychiatrische Erkrankungen behandelt worden sind - in 30 bis 40% der Fälle noch längere Zeit nach Therapieabschluss andauern. Sie wird in Zusammenhang gebracht mit der Krankheitsverarbeitung oder langfristigen Anpassungsproblemen. Sie wird aber auch als mögliche Spätfolge der Therapie im Bereich von Störungen des Stoffwechsels oder der psychovegetativen Selbstregulation des Körpers gesehen (BGE 139 V 346 E. 3.3). Definitionsbedingt tritt die Cancer-related Fatigue immer in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auf. Ein Hinweis auf die Einordnung in die somatoformen Störungen findet sich in der medizinischen Literatur nicht. Damit grenzt sich die tumorassoziierte Fatigue auch klar vom Chronic Fatigue Syndrome (ICD-10: G93.3) als eigenständiges Krankheitsbild ab, wenngleich die tumorassoziierte Fatigue noch nicht als eigene Krankheitsentität Eingang in die ICD gefunden hat. Es bestehen aber von der Fatigue-Coalition definierte Diagnosekriterien analog zu ICD-10-Kriterien. Als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie liegt der Cancer-related Fatigue zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde, weshalb es sich nicht

rechtfertigt, sozialversicherungsrechtlich auf die tumorassoziierte Fatigue die zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze analog anzuwenden (BGE 139 V 346 E. 3.4 mit Hinweisen).

#### **E. 7.4.2**

Nach der medizinischen Aktenlage ist das im Juni 2014 diagnostizierte Krebsleiden seit Abschluss der Chemo- und Radiotherapie in Remission und der Zustand der Beschwerdeführerin ist in dieser Hinsicht stabil. Sie besucht halbjährlich Tumornachsorge-Untersuchungen, wird internistisch-onkologisch aktuell aber nicht therapiert (act. 124, act. 125 S. 4). Die Beschwerdeführerin selbst bezeichnete den Verlauf der Krebstherapie als erfolgreich (act. 132 S. 14) und nahm denn auch im März 2015 ihre angestammte Tätigkeit mit der Absicht einer stetigen Steigerung des Pensums in reduziertem Umfang wieder auf, ehe ihr im September 2015 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt wurde. Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. August 2017 fest, dass sich aus den medizinischen Akten nachvollziehbar ergebe, dass das sich in Remission befindliche Mammakarzinom links keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (act. 127).

#### **E. 7.4.3**

Zur Chemotherapie-induzierten Fatigue hat der behandelnde Arzt der Frauenklinik des Spitals D. \_\_\_\_\_ nicht näher Stellung genommen, insbesondere hat er sich weder zu Diagnosekriterien der Fatigue-Coalition noch zu den Auswirkungen der Fatigue auf die Arbeitsfähigkeit geäußert (die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit wurde im Verlaufsbericht vom 18. August 2017 mit dem Hinweis «AUF-Ausstellung durch andere Kollegen» nicht beantwortet [act. 124]). Auch in den weiteren medizinischen Unterlagen findet sich keine onkologisch-fachärztliche Einschätzung der Chemotherapie-induzierten Fatigue und deren möglichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachterin Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat die bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende Müdigkeit bzw. Erschöpfung zwar als Symptom des depressiven Leidens erfasst, mit der Chemotherapie-induzierten Fatigue und deren allfälligen Wechselwirkungen mit der Depression hat sie sich jedoch nicht auseinandergesetzt. Dazu hat auch der RAD-Arzt nicht Stellung genommen. Da die Auswirkungen der Cancer-related Fatigue auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin - im Gegensatz zu jenen der Depression - nicht unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens zu beantworten sind, muss geklärt werden, ob die von der Beschwerdeführerin beklagte Erschöpfung ein Begleitsymptom ihrer onkologischen Erkrankungen ist. Überdies ist die Wechselwirkung zwischen depressiver Störung und der krebsassoziierten Fatigue interdisziplinär zu diskutieren. Eine solche Gesamtbeurteilung fand im vorliegenden Fall aber ebenfalls nicht statt. Hinsichtlich der Chemotherapie-induzierten Fatigue und deren allfälliger Wechselwirkungen mit der Depression besteht damit weiterer Abklärungsbedarf.

#### **E. 7.5**

Die Gutachterin Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat neben der rezidivierenden depressiven Störung einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Sie hielt fest, dass die Beschwerdeführerin inzwischen regelmässig zur Entspannung Alkohol trinke. Zwar hat die Gutachterin das Vorliegen einer Abhängigkeit verneint. Obwohl die Beschwerdeführerin eigenen Angaben zufolge jeden Abend zur Entspannung bis zu 0.8 Liter Bier trinke (Gutachten S. 14), was laut RAD-Arzt

Dr. med. J. \_\_\_\_\_ umgerechnet einem täglichen Konsum reinen Alkohols von 40 g entspreche und bei einer Frau - die Abbaukapazität der weiblichen Leber berücksichtigend - über der statistischen Grenze der potentiellen Schädlichkeit liege (Stellungnahme vom 1. September 2020 [BVGer-act. 20]), hat sich die Gutachterin nur oberflächlich mit dem Trinkverhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und insbesondere keine Laborwerte der Leber erheben lassen. Aus diesem Grund erweist sich das psychiatrische Gutachten auch in dieser Hinsicht als zu oberflächlich und vermag nicht vollends zu überzeugen (vgl. zum Ganzen Urteil des BVGer C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 6.2.2 ff.).

#### **E. 7.6**

Aus dem Dargelegten folgt, dass für die Leistungsbeurteilung nicht auf das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. J. \_\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

#### **E. 7.7**

Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nicht möglich. Es ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Haus- und Fachärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 8C\_653/2019 vom 8. Januar 2020 E. 4.2) und deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes verfolgen und deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BGer 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1). So erfüllen auch die Berichte von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ die allgemeinen Anforderungen an die Beweiskraft medizinischer Gutachten nicht. Insbesondere hat er nicht nachvollziehbar dargelegt, wie sich die geregelte und einigermaßen aktive Tagesgestaltung der Beschwerdeführerin mit einer weitgehend aufgehobenen Arbeitsunfähigkeit und einer mittelschweren Depression in Einklang bringen lässt. Weiter hat er nicht überzeugend aufgezeigt, weshalb bei einer aus seiner Sicht mittelschweren Depression die medikamentöse Behandlung, die gemäss der Gutachterin Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ angezeigt wäre, nach Auftreten von Nebenwirkungen eines ersten Antidepressivums (dessen Name nicht genannt wird) bereits wieder abgebrochen wurde, ohne verschiedene Alternativmedikamente auszuprobieren. Diesbezüglich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen hat (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis). 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). Soweit die Beschwerdeführerin im Hauptantrag die Zuspreehung einer ganzen Rente auf der Grundlage der Berichte ihres behandelnden Psychiaters beantragt, kann dem nicht entsprochen werden.

## **E. 8**

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2019 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

### **E. 8.1**

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und in Gutheissung des Subeventualantrags der Beschwerdeführerin zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde und auch Fragen mit der Prüfung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer allfälligen Alkoholabhängigkeit in einem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch nicht geklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

### **E. 8.2**

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Onkologie resp. gynäkologische Onkologie und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat und die Beurteilung allfälliger Auswirkungen eines Abhängigkeitssyndroms im Lichte der zwischenzeitlich mit BGE 145 V 215 angepassten Rechtsprechung zu erfolgen hat) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-4537/2017 E. 8).

### **E. 8.3**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend

keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

## **E. 9**

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 22. Februar 2019 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

### **E. 9.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 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 Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 9.2**

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Der Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.- gerechtfertigt.

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