

BVGer C-195/2017 vom 26. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-195_2017

FR: TAF C-195/2017 du 26 février 2020

IT: TAF C-195/2017 del 26 febbraio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Entsprechend war im vorliegenden Fall die IV-Stelle des Kantons C._____ für die Entgegennahme und Prüfung des Rentengesuchs zuständig und hat die IVSTA die vorliegend angefochtene Verfügung vom 1. Dezember 2016 erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass - unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar - auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 9. Januar 2017 einzutreten ist (Art. 38 Abs. 4 Bst. c, 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 1. Dezember 2016, mit der die Vorinstanz der Beschwerdeführerin rückwirkend eine vom 1. Mai 2014 bis 31. Oktober 2015 befristete ganze Rente zugesprochen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der (weitergehende) Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 1. Dezember 2016 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für

die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 1. Dezember 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2).

Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. 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. 4.1

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. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

E. 4.3

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

E. 4.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 4.5

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 4.6

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E.

2.2). Dabei unterliegen auch die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten der richterlichen Prüfung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d).

E. 4.7

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). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.8

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; BGE 135 V 465 E. 4.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa; Urteile des BGer 8C_159/2014 vom 26. August 2014 E. 3.2; 9C_278/2016 vom 22. Juli 2016 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4).

E. 4.9

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gehen die Verfahrensbeteiligten übereinstimmend davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Frühjahr 2013 einen Zusammenbruch erlitten hat und in der Folge aus psychischen Gründen vollumfänglich arbeitsunfähig geworden ist. Angesichts der hinsichtlich Befunde und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen übereinstimmenden echtzeitlichen fachärztlichen Berichte, der sich darauf stützenden Aktenbeurteilung des RAD-Psychiaters vom 16. Juli 2014 sowie der in den Akten dokumentierten intensiven therapeutischen Behandlung (teilstationär und stationär) der Beschwerdeführerin im Zeitraum von April 2013 bis September 2014 ist dies nicht zu beanstanden (vgl. act. 8 S. 2-9, 17; 16 S. 2 ff.; 18; 21 S. 2 ff.; 25 S. 1 ff. und 5 ff.; 36 S. 5; 41).

E. 6

Umstritten und zu prüfen ist hingegen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Folge im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erheblich verändert hat. Die Vorinstanz geht dabei gestützt auf das bidisziplinäre Administrativgutachten vom 20. Juli 2015 von einer ab diesem Zeitpunkt erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin aus. Demgegenüber plädiert die Beschwerdeführerin für einen nach wie vor unveränderten Gesundheitszustand.

E. 6.1

Zunächst ist zu erörtern, ob sich der weitere Verlauf des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin anhand des durch die Vorinstanz eingeholten bidisziplinären Administrativgutachtens vom 20. Juli 2015 von Dr. med. F._____, Psychiatrie FMH, und Dr. med. D._____, Rheumatologie FMH, beurteilen lässt.

E. 6.1.1

Im bidisziplinäre Administrativgutachten vom 20. Juli 2015 wurde eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/32.01) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden akzentuierte Persönlichkeitszüge (pedantisch, leistungsbewusst; ICD-10 Z73.1), Status nach Überlastung am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56), chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, Gonarthrose rechts, Übergewicht, gestörte Gluconeogenese und Reizmagen-Syndrom (anamnestisch) angeführt (act. 68.1 S. 7; 70.1 S. 7). Hinsichtlich des

Verlaufs des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin wurde im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, die Depression habe während der teilstationären Behandlung ab April 2013 gebessert werden können. Im Februar 2014 sei eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode festgestellt worden. Im Juni 2014 habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert und es sei vorübergehend eine schwere depressive Episode aufgetreten, worauf eine Hospitalisierung erfolgt sei. Seit Austritt aus der Klinik Ende September 2014 liege das Ausmass der Depressivität durchschnittlich bei leicht- bis mittelgradig, was auch anlässlich der aktuellen Untersuchung am 22. Juni 2015 der Fall gewesen sei (act. 70.1 S. 8). Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde sodann festgehalten, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Fähigkeit, sich im Haushalt zu betätigen. Aus psychiatrischer Sicht habe von April 2013 bis Ende September 2014 eine grossteils aufgehobene Arbeitsfähigkeit bestanden. Seither betrage die Einschränkung 60 % in Bezug auf die letzte berufliche Tätigkeit bzw. 40 % in Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit (act. 68.2; 70.2).

E. 6.1.2

Angesichts der vorliegenden echtzeitlichen medizinischen Berichte lässt sich die Einschätzung der Administrativgutachter, wonach das Ausmass der Depressivität seit Ende September 2014 durchschnittlich bei leicht- bis mittelgradig gelegen habe und seither eine Teilerwerbsfähigkeit gegeben sei, nicht nachvollziehen. Darauf ist nachfolgend einzugehen.

E. 6.1.2.1

Dem Entlassungsbericht des G. _____-Zentrums vom 27. Oktober 2014 ist zwar zu entnehmen, dass die bei Eintritt Ende Juni 2014 schwere depressive Symptomatik während des stationären Aufenthalts bis Ende September 2014 deutlich habe reduziert werden können, jedoch wurde auch ausdrücklich festgehalten, dass eine weitere ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich sei. Ferner sei die Beschwerdeführerin aufgrund der deutlichen psychischen Leistungseinbusse nicht in der Lage, einer regulären Erwerbstätigkeit nachzukommen. Die Prognose sei unsicher, da fraglich sei, ob der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur eine funktionale Beziehungsgestaltung sowie ein adäquates Stressmanagement gelinge. Der Doppelbelastung von Beruf und Familie werde sie wohl kaum gewachsen sein (act. 41 S. 12). Aufgrund der offensichtlich weiterhin bestehenden Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin sowie der unsicheren und sogar eher negativen Prognose, kann aus der blossen Tatsache, dass die Depressivität während des stationären Aufenthalts gebessert werden konnte, nichts Verlässliches für den weiteren Verlauf des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin abgeleitet werden.

E. 6.1.2.2

Aus den Akten ergibt sich sodann, dass die Beschwerdeführerin in der Praxis von Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie, durch den dort angestellten Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, weiterbehandelt worden ist (vgl. act. 49 S. 3; 68.3). Gemäss undatiertem, am 6. März 2015 bei der IV-Stelle des Kantons C. _____ eingegangenen, und von Dr. med. I. _____ unterzeichnetem Bericht habe die letzte Kontrolle im Januar 2015 stattgefunden. Er führte insbesondere folgende Diagnosen an: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen, abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61) und chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die depressive Störung wurde demnach im Januar 2015 als gegenwärtig schwer und die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig beurteilt, bei weiterhin unsicherer Prognose (act. 51).

E. 6.1.2.3

Auch in dem nach erfolgter Sprechstunde verfassten Schreiben vom 21. April 2015 nannte Dr. med. I. _____ dieselben, seiner Ansicht nach gesicherten Diagnosen, bei einer insgesamt leichten Besserung unter leicht reduzierter Medikation (act. 68.3).

E. 6.1.2.4

Überdies liegen mehrere von Dr. med. I. _____ unterzeichnete (Folge-)Bescheinigungen vor, welche der Beschwerdeführerin unter Nennung des Diagnosecodes ICD-10 F33.2G (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, gesichert) eine Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 2. April 2014 bis 31. August 2015 attestieren (vgl. act. 42 S. 2; 44 S. 2; 45 S. 2; 50 S. 2; 56 S. 2; 60 S. 2; 65 S. 2).

E. 6.1.2.5

Dr. med. F. _____ schliesst im psychiatrischen Teilgutachten einzig aus dem Umstand, dass in den letzten Wochen der stationären Therapie eine hinreichende Stabilisierung habe erreicht werden können, dass bei Austritt höchstens eine mittelgradige, möglicherweise leichte depressive Episode habe erreicht werden können. Mit den soeben angeführten Berichten, in welchen wiederholt von einer schweren depressiven Störung die Rede ist, setzt er sich hingegen in keiner Weise auseinander. Diese Berichte sprechen aber gerade gegen die Annahme einer günstigen Krankheitsentwicklung der Beschwerdeführerin. Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung einer seit September 2014 durchschnittlich leicht- bis mittelgradigen Depressivität schlichtweg nicht nachvollziehbar. Das bidisziplinäre Administrativgutachten vermag bereits deshalb den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen.

E. 6.1.3

Hinzu kommt, dass das bidisziplinäre Administrativgutachten noch vor der Ausweitung des strukturierten Beweisverfahrens auf depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur gemäss BGE 143 V 409 eingeholt wurde. Entsprechend wurde darin im Einzelnen keine Stellung zu den für die Beurteilung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit massgeblichen Standardindikatoren genommen. So hat sich Dr. med. F. _____ im psychiatrischen Teilgutachten nur summarisch zu den funktionellen Folgen der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin geäussert. Den Verlauf und Ausgang der Therapie hat er - wie soeben dargelegt - unzureichend gewürdigt. Zu den persönlichen Ressourcen, den sozialen Kontext und zur Konsistenz finden sich im Administrativgutachten - wenn überhaupt - nur punktuelle Hinweise. Auf dieser Grundlage ist entgegen der Ansicht der Vorinstanz die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nicht möglich. Das bidisziplinäre Administrativgutachten vom 20. Juli 2015 erweist sich demzufolge in mehrfacher Hinsicht als nicht beweiskräftig.

E. 6.2

In der Folge wurde zur Klärung des medizinischen Sachverhalts beim E. _____ ein interdisziplinäres Gerichtsgutachten eingeholt. Die Beschwerdeführerin wurde dabei am 28. November, 11. und 12. Dezember 2018 internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und

neuropsychologisch begutachtet. Das Gerichtsgutachten datiert vom 24. April 2019 (BVGer act. 68).

E. 6.2.1

In der Konsensbeurteilung des Gerichtsgutachtens wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Anamnestisch (rezidivierende, differentialdiagnostisch langjährig chronifizierte) depressive Episode(n), derzeit am ehesten mittelgradig (ICD-10 F32./33.1) 2. Angststörung mit agoraphobischen, generalisierten und panikartigen Zügen (ICD-10 am ehesten abbildbar als F41.8/9) 3. Mittelschwere neuropsychologische Störung 4. Anamnestisch Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), differentialdiagnostisch im Rahmen von Diagnose 1 Dabei würden folgende psychosozialen Faktoren bestehen: anamnestisch Persönlichkeit mit vor allem anankastischen und ängstlichen Zügen (ICD-10 Z73.1), differentialdiagnostisch im Rahmen von Diagnosen 1 und 2; initial (ca. 2013) Überlastung an der Arbeitsstelle (ICD-10 Z73.0/.2/.3); diverse körperliche Erkrankungen; Krankheit des Ehemannes; komplexes, langwieriges Rentenverfahren; fraglich finanzielle Schwierigkeiten. Als Diagnosen mit (qualitativer) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein chronisches zervikovertebrales und chronisch lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik, beidseitige rotatorenmanschettentendopathische Schulterbeschwerden und eine Flexorensehnentendinitis am rechten Mittelfinger mit Verdacht auf eine Ringbandstenose-Symptomatik erwähnt. Schliesslich wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführt: anamnestisch kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), derzeit unter überlagernder Symptomatik aus Diagnosen 1 und 2 nicht valide feststellbar; beginnende Gonarthrose rechts; Status nach Borrelien-Infekt; substituierte Hypothyreose; Dauerantikoagulation; urtikarielle Hautallergie auf Doxycyclin; chronische Kopfschmerzen, teils vom Spannungstyp.

E. 6.2.2

Zusammenfassend kamen die Gerichtsgutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in ihren früheren Tätigkeiten als Shop-Leiterin, Musikalienhändlerin oder Praxishelferin/-Organisatorin als auch in einer Verweistätigkeit seit Frühjahr 2013 («Zusammenbruch um Ostern herum») vollständig arbeitsunfähig. Seither habe sich auch keine stabile Gesundheitssituation entwickelt, die eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht hätte. Führend sei eine rezidivierende, differentialdiagnostisch langjährig chronifizierte, depressive Episode(n), derzeit am ehesten mittelgradig mit einer Angststörung mit agoraphobischen, generalisierten und panikartigen Zügen, einhergehend mit einer mittelschweren neuropsychologischen Störung, mithin klar definierte psychiatrische Krankheitsbilder. Rein somatisch/rheumatologisch ergäben sich aufgrund der gestellten Diagnosen lediglich qualitative Limitierungen. Sofern diese Limitierungen eingehalten würden, resultiere aus somatischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 14 f., 18).

E. 6.2.3

Zur Ätiopathogenese des Krankheitsbildes führten die Gerichtsgutachter Folgendes aus:

E. 6.2.3.1

Sie hätten eine ängstlich-unsichere und sehr um korrekte Kooperation bemüht wirkende Beschwerdeführerin, gepflegt und umgänglich, ohne klinische oder testpsychologische Hinweise auf eingeschränkte Beschwerdevalidität gesehen. Sehr authentisch wirkend habe

sie, teils selbst erstaunt-ungläubig hinsichtlich der anhaltend ungünstigen Entwicklung wirkend, von ihrem bis ca. 2011 weitestgehend glücklich erfüllten und erfolgreichen, vielseitig interessierten (Musik, Sport) und auch sozial aktiven Sozial-, Berufs- und Familienleben berichtet, bevor sie sich ab ca. 2012 zunehmend überlastet und ausgelaugt-erschöpft gefühlt habe. In ihrem aktuellen Zustand, ständig müde-erschöpft, deprimiert und so ängstlich, dass sie weder ohne Schwierigkeiten alleine zu Hause, noch unbegleitet in den Ausgang gehen könne etc., kenne sie sich quasi selbst nicht wieder. Der Leidensdruck sei authentisch spürbar gewesen, inkl. dem Bemühen, «alles richtig zu machen», vor allem den Empfehlungen der Therapeuten zu folgen, damit das «wieder weg» gehe. Neben der dominant geschilderten Schwäche/Erschöpfbarkeit und Antriebsschwäche seien eine erheblich verminderte Freude bei an sich angenehmen Tätigkeiten, Schlafstörungen, erheblich reduzierte kognitive Fähigkeiten und Stressintoleranz sowie Insuffizienzgefühle berichtet worden. Unter Therapie und praktisch völliger Entpflichtung sei aufgrund dessen eine derzeit am ehesten mittelschwere depressive Episode zu konstatieren. Zudem bestehe eine ausgeprägte und schon aufgrund dessen separat zu kodierende Angstsymptomatik. Nicht nur unbegleitete Ausgänge, sondern auch das Alleinsein zu Hause vermeide die Beschwerdeführerin demnach glaubhaft praktisch völlig. Teilweise, insbesondere unter subjektivem Stress, der schon bei geringfügigen Anlässen aufkommen könne, würden sich panikartige Attacken mit typischer vegetativer Begleitproblematik (Atemnot, Palpationen bzw. Tachykardie, präkollaptische Schwächezustände) entwickeln. Den authentischen, plastischen und detailreichen Schilderungen zufolge, bewege sich die Beschwerdeführerin nur noch in Begleitung ihres Ehemannes, um den sie wegen seiner Krankheiten zudem oft in grosser Sorge sei. Auch an sich geringfügige Verpflichtungen, wie etwa das Hüten der geliebten Enkel, seien ihr derzeit nicht möglich. Bei dieser vielgestaltigen Angstsymptomatik sei eine Störung mit agoraphobischen, generalisierten und panischen Elementen zu diagnostizieren (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 15 f., psychiatrisches Teilgutachten S. 12 f.).

E. 6.2.3.2

Das Schmerzsyndrom sei nur teilweise erklärt und sei anamnestisch als Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren eingeordnet worden, was prinzipiell plausibel erscheine. Jedoch müsse erwogen werden, dass es auch im Rahmen der depressiven Störung zu verstehen sei (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 16, psychiatrisches Teilgutachten S. 13).

E. 6.2.3.3

Sodann sei möglich, dass initial psychosoziale Belastungsfaktoren wirksam geworden seien (wohl vor allem die berufliche Überlastung, im Verlauf evtl. auch familiäre Probleme). Doch sei im Verlauf festzustellen, dass die Beschwerdeführerin vor allem störungsbedingt nicht in der Lage gewesen sei, diese bzw. jegliche Belastungsfaktoren zu bewältigen. Es bestehe eine krankheitsbedingt eingeschränkte Belastbarkeit und Stresstoleranz (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 16, psychiatrisches Teilgutachten S. 13).

E. 6.2.3.4

Im Weiteren sei eine Persönlichkeitsstörung im Fall der Beschwerdeführerin nicht ohne Weiteres zu diagnostizieren, da sich eine solche definitionsgemäss spätestens im jungen Erwachsenenalter manifestiere und überdauernd sei. Eher sei denkbar, dass eine vorbestehende Akzentuierung, gegebenenfalls initial im Zusammenhang mit (beruflicher)

Überlastung, dekompensiert sei und sich unter anhaltenden Belastungen bei dann krankheitsbedingt (Depression, Angst, Persönlichkeitsaspekte) eingeschränkten Kompensationsmöglichkeiten auf (symptomatologisch) Störungsniveau verfestigt habe. So könne eine zwanghaft-perfektionistische Person unter zunehmendem Druck noch vermehrt zwanghaft reagieren (versuchen, alles noch besser zu machen) und dadurch den Aufgabendruck/Stress dysfunktional ins schliesslich nicht mehr Bewältigbare erhöhen. Wahrscheinlicher (wenn auch retrospektiv gleichermaßen hypothetisch) sei es, dass eine (damals anamnestisch vor allem beruflich bedingte) Überlastung zunächst typischerweise zu depressiven Symptomen im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) bzw. einem «Burnout-Syndrom» (ICD-10 Z73.0) und bei persistierenden Stressoren bzw. mangelnder Erholung zu einer manifesten depressiven Störung und Angststörung geführt habe. Diese Symptomatik sei durch die angewendeten therapeutischen Strategien offensichtlich nicht erreicht worden und habe sich stattdessen verfestigt - möglicherweise (wenn auch ungewollt) begünstigt durch ein regressionsförderndes Umfeld. Die (persönlichkeitsnahe und somatisierende) Verfestigung zeige sich auch darin, dass sowohl seitens der Therapeuten im Verlauf zusätzlich eine Persönlichkeits- und eine Schmerzstörung diagnostiziert worden seien und die Beschwerdeführerin sich selbst inzwischen als gegenüber vorher (vor 2012/2013) wesensverändert empfinde. Insofern könne man allenfalls das zusätzliche Vorliegen einer «störenden Persönlichkeitsänderung» (ICD-10 F61.1) in Erwägung ziehen, die als «sekundär bei einer gleichzeitig bestehenden affektiven oder Angststörung angesehen» werde. Bei noch invalidisierender manifester Angst- und depressiver Symptomatik stelle sich aber die Frage, ob diese zusätzliche Diagnose, auch mit Blick auf das therapeutische Prozedere oder assoziierte funktionelle Einschränkungen eher klärend wirke oder den Fokus verundeutliche. Derzeit sei bei der erheblich überlagernden depressiven und ängstlichen sowie auch neurokognitiven (Defizit-)Symptomatik eine valide Persönlichkeitsdiagnose ohnehin nicht konklusiv zu stellen. Eine entsprechende Diagnostik solle, wenn dann noch nötig, erst nach erfolgreicher bzw. zumindest konsequenter und ausreichend langer, leitliniengerechter Behandlung der manifesten depressiven und ängstlichen Störung sowie Besserung/Remission der (am ehesten) damit assoziierten neuropsychologischen Symptomatik erfolgen. Eine primäre Wesensänderung sei auch deshalb eher unwahrscheinlich, weil kein Ereignis bzw. Trauma bekannt sei, das per se geeignet wäre, zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62) zu führen. Auch eine spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung sei psychiatrisch nicht herleitbar bzw. plausibel (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 16 f., psychiatrisches Teilgutachten S. 13 f.).

E. 6.2.3.5

Schliesslich wurde festgehalten, unter Berücksichtigung der sehr authentisch und detailliert geschilderten bzw. teils auch beobachtbaren Symptome und Funktionseinschränkungen, die derzeit und bereits über längere Zeit praktisch alle Partizipationsfähigkeiten gemäss Mini-ICP erheblich (mittel- bis schwergradig) betreffen, sei die Störung der Beschwerdeführerin derzeit als schwer zu bezeichnen. Neben der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und jeglichen interaktionsassoziierten Fähigkeiten (wie Selbstbehauptungs-, Kontakt- und Gruppenfähigkeit) seien derzeit auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und die Verkehrsfähigkeit aufgrund der kombinierten Störung erheblich beeinträchtigt (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 17, psychiatrisches Teilgutachten S. 14).

E. 6.2.4

Zu den Vorakten äusserten sich die Gerichtsgutachter im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.2.4.1

Aus psychiatrischer Sicht stimme das Gerichtsgutachten in diagnostischer Hinsicht mit dem bidisziplinären Administrativgutachten vom 20. Juli 2015 grundsätzlich überein. Aus damaliger Sicht hätte die angesichts dieser Diagnosen durchaus gerechtfertigte hoffnungsvolle Prognose einer Zustandsverbesserung wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit möglicherweise geteilt werden können (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 19).

E. 6.2.4.2

Wegen der teils erheblich diskrepanten Echtzeit-Befundbeschreibungen in den vorliegenden Berichten der behandelnden Fachpersonen und im Administrativgutachten könne eine retrospektive Beurteilung des Schweregrads der depressiven Störung jedoch nicht mit ausreichender Sicherheit vorgenommen werden (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 19).

E. 6.2.4.3

Was die über die Jahre stetig erweiterte Diagnosepalette anbelangt, sind die Gerichtsgutachter der Ansicht, dass die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung und einer Schmerzstörung angesichts der erheblichen, den Berichten zufolge oftmals schwergradigen, manifesten depressiven Symptomatik sowie dem bis vor der Depression unauffälligen Zustand nicht neu gestellt werden sollten (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 19).

E. 6.2.4.4

In somatischer Hinsicht würden zwischen dem Gerichtsgutachten und den Vorakten keine relevanten Abweichungen vorliegen. Aus psychiatrischer Sicht müsse im Längsverlauf von einer bisher nicht erfolgten Remission mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 20).

E. 6.3

Im Folgenden ist zu prüfen, ob das Gerichtsgutachten den beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

E. 6.3.1

Das interdisziplinäre Gerichtsgutachten ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neuropsychologie. Dabei wurden sowohl die vollständigen Verfahrensakten samt Vorakten als auch die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden berücksichtigt, was sich einerseits aus der zusammenfassenden Auflistung der (medizinischen) Vorgeschichte gemäss Aktenlage (vgl. BVGer act. 68 Anhang zur Gesamtbeurteilung) und andererseits aus den ausführlichen Anamneseerhebungen der Gutachter ergibt (vgl. BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 5-10, psychiatrisches Teilgutachten S. 2-7, rheumatologisches Teilgutachten S. 2-5, neuropsychologisches Teilgutachten S. 2-6). Ergänzend wurden Labor und Röntgenuntersuchungen vorgenommen (vgl. BVGer act. 68 Anhang zur Gesamtbeurteilung). Die medizinischen Zusammenhänge wurden im Einzelnen dargelegt und es wurden auch differentialdiagnostische Überlegungen angestellt. Im Rahmen der retrospektiven Würdigung des Krankheitsverlaufs wurde insbesondere auch Bezug auf die

früheren, sich teils widersprechenden Beurteilungen genommen (vgl. BVGer act. 68 psychiatrisches Teilgutachten S. 7-14, rheumatologisches Teilgutachten S. 5-15, neuropsychologisches Teilgutachten S. 7-12). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung haben die Gerichtsgutachter den unterbreiteten Fragekatalog beantwortet (vgl. BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 11-22). Einem solchen Gerichtsgutachten kommt grundsätzlich volle Beweiskraft zu. Von der Einschätzung der medizinischen Experten weicht das Gericht daher nur bei Vorliegen zwingender Gründe ab.

E. 6.3.2

In formeller Hinsicht stellt die Vorinstanz aufgrund der «Einverständniserklärung» von Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Leitung E. _____ Fachgruppe Psychiatrie, die Unabhängigkeit und fachliche Kompetenz der psychiatrischen Gerichtsgutachterin Dr. med. K. _____ in Frage (vgl. BVGer act. 75 S. 2). Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Zertifizierte Gutachterin SIM, Oberärztin Abteilung Versicherungsmedizin, Klinik L. _____, verfügt die psychiatrische Gerichtsgutachterin über die erforderlichen fachlichen Qualifikationen. Sodann hat sie im psychiatrischen Teilgutachten explizit ihre Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität erklärt. Aus der blossen Einverständniserklärung von Prof. Dr. med. J. _____ lässt sich jedenfalls keinerlei inhaltliche Einflussnahme in das von Dr. med. K. _____ abgegebene Fachgutachten ableiten.

E. 6.3.3

Die Vorinstanz moniert sodann, im psychiatrischen Teilgutachten sei die Herleitung der psychiatrischen Diagnosen respektive deren Schweregrad mangelhaft (vgl. BVGer act. 75 S. 1). Die erhobene ausführliche Anamnese wie auch die Befunde sind im psychiatrischen Teilgutachten getrennt dargestellt. Die gestellten Diagnosen wurden unter Angabe des ICD-10-Codes aufgeführt. Aus dem psychiatrischen Befund lassen sich sodann die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 durchaus nachvollziehen. Nicht erforderlich ist, dass in einem Gutachten der gesamte Kriterienkatalog nach ICD-10 in allgemeiner Weise rezitiert wird. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Dem oder der medizinischen Sachverständigen ist deshalb praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1).

E. 6.3.4

Entgegen der Ansicht der Vorinstanz ist die Diagnosestellung sowie die Einordnung des Schweregrades der depressiven Episode («derzeit am ehesten mittelgradig», «anamnestisch») keineswegs «unscharf» (vgl. BVGer act. 75 S. 2). Die Diagnoseliste kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss im Gesamtkontext verstanden werden. Hinzu kommt, dass im Gerichtsgutachten nicht nur der aktuelle Gesundheitszustand, sondern auch der langjährige Verlauf desselben erfasst werden musste. Dabei waren auch die vorliegenden, sich teils widersprechenden echtzeitlichen Berichte zu würdigen. Vor diesem Hintergrund wird die Diagnoseliste durch die von der Vorinstanz als «unscharf» bezeichneten Relativierungen gerade präzisiert.

E. 6.3.5

Die Vorinstanz führt sodann aus, es passe nicht zu einer schweren psychischen Störung mit vollständig aufgehobener Arbeitsfähigkeit, dass die Beschwerdeführerin über längere Zeit die Enkelkinder regelmässig betreut habe und sie aktuell nur einmal monatlich beim psychiatrischen Facharzt in Behandlung sei (BVGer act. 75 S. 2). Dabei lässt sie jedoch die Schilderungen unberücksichtigt, wonach die Kinderbetreuung die Beschwerdeführerin völlig erschöpft habe, obwohl der Ehemann ihr geholfen habe. Da die Beschwerdeführerin die Betreuung nicht habe leisten können, habe die Kinderbetreuung anderweitig organisiert werden müssen (vgl. BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 6, 9). Sodann ist zu präzisieren, dass die Beschwerdeführerin nicht nur psychotherapeutisch, sondern zusätzlich ambulant psychologisch, hausärztlich sowie in einer Schmerzklinik behandelt wird (vgl. BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 13, psychiatrisches Teilgutachten S. 4). Überdies ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin wiederholt in stationärer psychiatrischer Behandlung war.

E. 6.3.6

Im Weiteren macht die Vorinstanz Widersprüche hinsichtlich geäusselter und festgestellter Ermüdung und Belastbarkeit der Beschwerdeführerin geltend. So habe anlässlich der psychiatrischen Begutachtung keine relevante Ermüdung festgestellt werden können, während im neuropsychologischen Teilgutachten festgehalten worden sei, dass die Belastbarkeit über die gesamte Untersuchungsdauer reduziert gewesen sei und sich eine ausgeprägte Ermüdung gezeigt habe (vgl. BVGer act. 75 S. 1). Zunächst ist anzumerken, dass die psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung an jeweils unterschiedlichen Tagen stattgefunden haben. Bei der neuropsychologischen Begutachtung wurde zusätzlich eine Testung durchgeführt. Dass die psychiatrische Gutachterin keine «die Exploration störende Ermüdung» feststellte, bildet daher nicht zwangsläufig einen Widerspruch zu den Feststellungen des neuropsychologischen Gutachters an einem anderen Tag unter anderen Gegebenheiten.

E. 6.3.7

Alsdann erachtet die Vorinstanz die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des retrospektiven Verlaufs als widersprüchlich bzw. nicht überzeugend (vgl. BVGer act. 75 S. 3). Zunächst ist festzuhalten, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht, sodass die Diagnose allein keine Schlüsse in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zulässt. Die medizinische Folgeabschätzung weist deshalb notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (vgl. Urteil des BGer 9C_911/2017 vom 16. März 2018 E. 3.1; BGE 140 V 193 E. 3.1). Entgegen den Ausführungen der Vorinstanz haben sich die Gerichtsgutachter sehr wohl mit den echtzeitlichen Berichten auseinandergesetzt. Dabei haben sie festgestellt, dass die echtzeitlichen Befundbeschreibungen im Verlauf teils erheblich voneinander abweichen. Da die echtzeitlichen Befunde im Nachhinein nicht mehr überprüft werden können und die früheren Berichte sowie das interdisziplinäre Administrativgutachten jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten erstellt worden sind und entsprechend auch die im jeweiligen Zeitpunkt erhobenen Befunde widerspiegeln, ist es nur folgerichtig, wenn im Gerichtsgutachten festgehalten wird, dass eine retrospektive Beurteilung des Schweregrads der depressiven Störung nicht mit ausreichender Sicherheit vorgenommen werden könne. Angesichts der Tatsache, dass die vorliegenden echtzeitlichen Behandlungsberichte seit 2014 durchwegs eine schwere depressive Episode beschreiben sowie dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin vom 26. Juni bis 30. September 2014, vom 4. Januar bis 15. April 2016, vom 2. September bis 14. Oktober 2016, vom 19. Oktober 2016 bis 8. Februar 2017

und vom 23. März bis 4. August 2018, mithin wiederholt über längere Zeiträume in stationärer psychiatrischer Behandlung war, ist die Schlussfolgerung der Gerichtsgutachter, wonach davon auszugehen sei, dass bereits seit Frühjahr 2013 keine stabile Gesundheitssituation mehr vorgelegen habe, die eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht hätte, begründet und nachvollziehbar.

E. 6.3.8

Im Weiteren ist die Vorinstanz der Ansicht, der Schweregradindikator der Therapiebemühungen/-erfolge und generell der Therapierbarkeit (und damit Dauerhaftigkeit/Verfestigung) der psychischen Symptomatik sei bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unzureichend berücksichtigt worden. Die bisherigen psychotherapeutischen Bemühungen seien völlig insuffizient und nicht leitliniengerecht einzuschätzen und es sei längst ein Wechsel der Behandlungsstrategie angezeigt, wofür die Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht eine gewisse Mitverantwortung trage (vgl. BVGer act. 75 S. 3 f.). In diesem Zusammenhang ist vorweg darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht die Rechtsprechung, wonach depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, aufgegeben hat (BGE 143 V 409). Sodann trifft es zu, dass die versicherte Person im Rahmen der Schadenminderungspflicht sich einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen hat, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Dabei liegt es am Facharzt zu bestimmen, welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1 f.). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin sich stets in fachärztlicher Behandlung befunden hat und immer noch befindet, kann ihr der bislang ausgebliebene Therapieerfolg nicht zum Nachteil gereicht werden. Im Gerichtsgutachten wird nun angesichts der jahrelangen, intensiven und letztlich bis anhin weitgehend frustrierten Bemühungen im bisherigen therapeutischen Setting ein therapeutischer Milieuwechsel empfohlen (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 20). Dies bedeutet aber nicht, dass das bisherige Therapiesetting - wie die Vorinstanz suggerieren möchte - völlig ungenügend gewesen ist. Schliesslich ändert auch die im Gerichtsgutachten geäusserte Prognose einer unter zumutbaren Therapiebedingungen in ca. sechs bis fünfzehn Monaten wiedererlangbaren (initial teilzeitigen) Arbeitsfähigkeit (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 18) nichts an der Tatsache, dass seit Frühjahr 2013 keine stabile Gesundheitssituation bestanden hat, die eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht hätte.

E. 6.3.9

Schliesslich ist zur Frage der psychosozialen Faktoren (vgl. BVGer act. 75 S. 5) festzuhalten, dass das Invalidenversicherungsrecht im Grundsatz soziale Faktoren so weit ausklammert, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie mithin ausser Acht. Psychosoziale Belastungsfaktoren können jedoch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den

invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (vgl. Urteile des BGer 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2; 9C_37/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3). Im Gerichtsgutachten wird festgehalten, auch wenn vor allem initial gewisse psychosoziale Belastungsfaktoren wirksam geworden sein mögen, so sei doch festzustellen, dass die Beschwerdeführerin im Verlauf vor allem störungsbedingt nicht in der Lage gewesen sei, diese bzw. jegliche Belastungsfaktoren zu bewältigen (krankheitsbedingt eingeschränkte Belastbarkeit; vgl. BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 16, psychiatrisches Teilgutachten S. 13). Entsprechend wurden sowohl im Gerichtsgutachten als auch in früheren fachärztlichen Berichten wiederholt psychopathologische Befunde erhoben und gestützt darauf mittelgradige bis schwere depressive Episoden diagnostiziert. Selbst wenn insbesondere die berufliche Überlastung der Auslöser für die psychischen Beschwerden gewesen sein sollte, so ist im vorliegenden Fall von einem verselbständigten Gesundheitsschaden auszugehen.

E. 6.4

Nach dem Gesagten liegen keine zwingenden Gründe vor, die ein Abweichen von der gerichtsgutachterlichen Einschätzung rechtfertigen würden. Das vorliegende Gerichtsgutachten erfüllt demnach die beweisrechtlichen Anforderungen, sodass darauf abgestellt werden kann. Dem Gerichtsgutachten zufolge hat nach dem unbestrittenen und ausgewiesenen (psychischen) Zusammenbruch der Beschwerdeführerin im Frühjahr 2013 weder im retrospektiven Verlauf noch im Begutachtungszeitpunkt eine stabile Gesundheitssituation vorgelegen, die eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht hätte. Dies wird auch eindrücklich durch die intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung widerspiegelt. So wurde die Beschwerdeführerin im Zeitraum von April 2013 bis zur Begutachtung Ende 2018 zunächst ein Jahr lang teilstationär und in der Folge ambulant sowie auch immer wieder über mehrere Monate hinweg stationär behandelt. Gemäss dem zuletzt eingereichten Entlassungsbericht vom 23. Juni 2019 hat sich die Beschwerdeführerin vom 3. Juni bis 20. Juli 2019 erneut im G. _____-Zentrum in stationärer Behandlung befunden (BVGer act. 79 Beilage 1). Somit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erheblich verändert bzw. verbessert hat, insbesondere auch nicht ab dem 20. Juli 2015 (Datum des bidisziplinären Administrativgutachtens). Entsprechend ist von einer seit Frühjahr 2013 im Wesentlichen unveränderten, umfassenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen.

E. 7

Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen (vgl. Art. 28a IVG). Die Vorinstanz geht dabei davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang von 90 % teilerwerbstätig und im Umfang von 10 % im Haushalt tätig wäre.

E. 7.1

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person

im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

E. 7.1.1

Die Beschwerdeführerin reduzierte per 1. Januar 2012 ihr Arbeitspensum von 100 % auf 80 % (act. 12 S. 2; 15 S. 1; 23 S. 1). Im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt vom 28. April 2014 erklärte die Beschwerdeführerin, sie würde im Gesundheitsfall 80-100 % arbeiten (act. 28 S. 3). Mit Schreiben vom 4. Juni 2014 erklärte sie weiter, sie habe ein Arbeitspensum weit über 100 % geleistet. Sie habe deshalb ihr Pensum auf 80 % reduziert, was jedoch zur Folge gehabt habe, dass sie weiterhin Überstunden geleistet habe (act. 35 S. 2). Gemäss Bericht vom 30. Oktober 2015 zur Haushaltabklärung an Ort und Stelle gab die Beschwerdeführerin an, sie habe durch die vielen Überstunden ca. 120 % gearbeitet. Es seien nicht alle geleisteten Überstunden bezahlt worden, weshalb sie das Pensum per 1. Januar 2012 auf 80 % reduziert habe. Mit den weiterhin geleisteten Überstunden sei sie trotzdem nahe an ein 100 %-Pensum gekommen (act. 85 S. 3). Die IV-Stelle des Kantons C._____ stellte sodann aufgrund der glaubhaft gemachten Schilderungen der Arbeitssituation sowie der vorliegenden Überstundenlisten der Monate Dezember 2012 bis Februar 2013, wonach die Beschwerdeführerin durchschnittlich ca. 5 Stunden pro Woche zusätzlich Überstunden geleistet habe, fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin seit der Pensumsreduktion auf 80 % trotzdem mit einem 90 %-Pensum gearbeitet habe (act. 85 S. 3). Schliesslich gab die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der gerichtlichen Begutachtung an, ihr Pensum auf 80 % reduziert zu haben, weil sie sehr viele Überstunden gehabt habe, was jedoch nicht wirklich die gewünschte Erleichterung gebracht habe (BVGer act. 68 Gesamtbeurteilung S. 5).

E. 7.1.2

Die Beschwerdeführerin hat ihr Arbeitspensum somit freiwillig reduziert, um letztlich eine Entlastung von der Arbeit zu erlangen. Dabei ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz aufgrund der vorliegenden Umstände von einer effektiven Teilerwerbstätigkeit im Umfang von 90 % ausgegangen ist. Hingegen ergeben sich keinerlei Hinweise, dass die Beschwerdeführerin das frei werdende Pensum einem anerkannten Aufgabenbereich gewidmet hätte. Sie macht denn auch nichts dergleichen geltend. Demnach ist für die Bemessung der Invalidität von einer Teilerwerbstätigkeit im Umfang von 90 % ohne anerkannten Aufgabenbereich auszugehen.

E. 7.2

Bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich gelangt die gemischte Methode nicht zur Anwendung (BGE 131 V 51 E. 5.1.2). Die Invalidität ist ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen, wobei die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde (BGE 142 V 290 E. 7.3).

E. 7.3

Angesichts der umfassenden Arbeitsunfähigkeit kann auf die genaue ziffernmässige Berechnung von Validen- und Invalideneinkommen verzichtet werden, zumal sich unabhängig davon eine erwerbliche Einbusse von 100 % ergibt. Aufgrund der Teilerwerbstätigkeit im Umfang von 90 % ist diese mit dem Faktor 0.9 zu gewichten. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 90 %.

E. 8

Zusammenfassend ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin im Frühjahr 2013 aus psychischen Gründen eine umfassende Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Bei einem Invaliditätsgrad von 90 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist erfüllt. Aufgrund der IV-Anmeldung vom 4. November 2013 ist der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG am 1. Mai 2014 entstanden. In der Folge ist keine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erstellt, namentlich ist keine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, womit es beim bisherigen Rechtszustand bleibt. Demzufolge ist die von der Vorinstanz verfügte rückwirkende Befristung der Rente bis 31. Oktober 2015 zu Unrecht erfolgt. Entsprechend ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung ist aufzuheben. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente der Invalidenversicherung ab dem 1. Mai 2014. Die nachzuzahlende Rente ist - da die Beschwerdeführerin ihren Mitwirkungspflichten nachgekommen ist - nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 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 dessen, dass die Rechtsvertreterin erst im Laufe des Beschwerdeverfahrens, aber noch vor Einholung des Gerichtsgutachtens mandatiert wurde, erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen) angemessen.

E. 9.3

Zu prüfen bleibt die Verlegung der Kosten für das im Beschwerdeverfahren eingeholte interdisziplinäre Gerichtsgutachten von Fr. 16'253.75 (BVGer act. 72).

E. 9.3.1

Das Bundesgericht hat in BGE 143 V 269 E. 7.2 bestätigt, dass für die kantonalen Versicherungsgerichte und das Bundesverwaltungsgericht keine bundesrechtlichen Vorgaben bestehen, an welche Stellen sie interdisziplinäre Gerichtsgutachten zu vergeben haben, und in Anpassung seiner Rechtsprechung festgehalten, dass die erstinstanzlichen Versicherungsgerichte nicht an den Tarif gemäss Anhang 2 der Vereinbarung des BSV und den MEDAS gebunden sind. Das bedeutet, dass die IV-Stellen im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen (und mit BGE 140 V 70 bestätigten) Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen haben, zumal sich im Rahmen von Gerichtsgutachten für die Gutachtenden erfahrungsgemäss komplexere Fragen stellen und insbesondere weit umfangreichere Akten zu bewältigen sind als auf Stufe Verwaltungsverfahren und meistens in dieser Verfahrensphase bereits gutachterliche Stellungnahmen vorliegen, die ihrerseits gerade Anlass zum Gerichtsgutachten geben und die in diesem besonders einlässlich zu verarbeiten sind. Deshalb erfüllt das Gerichtsgutachten regelmässig die Funktion eines eigentlichen Obergutachtens (vgl. BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2).

E. 9.3.2

Im vorliegenden Verfahren war das Einholen eines interdisziplinären Gerichtsgutachtens im Sinne eines Obergutachtens als Beweismassnahme insbesondere erforderlich, weil sich das bidisziplinäre Administrativgutachten vom 20. Juli 2015, auf das die Vorinstanz die angefochtene Verfügung stützte, als nicht nachvollziehbar und unvollständig erwies und folglich nicht den Beweisanforderungen genügte. Damit fehlte es an einer beweistauglichen Grundlage, um über die im vorliegenden Beschwerdeverfahren streitigen Belange zu befinden. Entsprechend war die vorinstanzliche Sachverhaltsabklärung mangelhaft, weshalb die vom Bundesverwaltungsgericht geleisteten Aufwendungen für das interdisziplinäre Gerichtsgutachten vom 24. April 2019 von der Vorinstanz an das Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten sind.