

# **BVGer C-2539/2020 vom 16. Juni 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-06-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2539\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2539_2020)

FR: TAF C-2539/2020 du 16 juin 2022

IT: TAF C-2539/2020 del 16 giugno 2022

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 lit. b des IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG (SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 26bis und Art. 28 bis 70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

C-2539/2020 Seite 5

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, so dass vorliegend das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend Koordinierung der

Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 1408/71, SR 0.831.109.268.1) haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Ebenfalls zu beachten sind vorliegend die am 1. April 2012 für die Schweiz anwendbar gewordenen neuen EU-Verordnungen (insb. Verordnung [EG] Nr. 883/2004 und Verordnung [EG] Nr. 987/2009, jeweils in der Fassung vom 1. Januar 2015).

### **E. 2.2**

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens – unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität – sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

### **E. 2.3**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des

C-2539/2020 Seite 6 Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 18. März 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 18. März 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Vorliegend ist demzufolge auf die Fassungen gemäss den am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen (6. IV-Revision, IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659] und IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen.

### **E. 2.4**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 3**

Vorab ist zu prüfen, ob die IVSTA angesichts der bei der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ eingereichten Anmeldung zum Rentenbezug und die durch jene durchgeführten Abklärungen die zuständige Verfügungsbehörde war.

### **E. 3.1**

Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 55 Abs. 1 IVG und Art. 40 Abs. 1 lit. a IVV). Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle, 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. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin war Grenzgängerin und hatte ihre letzte Arbeitsstelle im Kanton B. \_\_\_\_\_; sie wohnt zudem noch im benachbarten Grenzgebiet. Sie hat sich somit zu Recht bei der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ zum

C-2539/2020 Seite 7 Leistungsbezug angemeldet. Der Erlass der Verfügung durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden.

### **E. 4**

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin zunächst geltend, die Vorinstanz habe ihren Gehörsanspruch dadurch verletzt, dass ihr keine Möglichkeit eingeräumt worden sei, nach Eingang des Gutachtens Ergänzungsfragen an die Gutachter zu stellen. Das Gutachten sei ihr zwar auf Anfrage hin zugestellt worden, aber sie habe zum Gutachten keine Ergänzungsfragen mehr stellen können. Dies sei umso stossender, als das Gutachten nicht widerspruchsfrei sei und die Vorinstanz schliesslich auch noch darauf abgestellt habe.

### **E. 4.1**

Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 26 ff. VwVG). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 136 V 351 E. 4.4; 132 V 368 E. 3.1). Der Akteneinsicht unterliegen grundsätzlich alle Akten, sofern sie geeignet sind, Grundlage für einen späteren Entscheid zu bilden (Urteile des Bundesgerichts [BGer] 8C\_570/2014 vom 9. März 2014 E. 3; 8C\_37/2014 vom 22. Mai 2014 E. 2.1).

### **E. 4.2**

Das Recht auf Akteneinsicht ist wie das Recht, angehört zu werden, formeller Natur. Die Verletzung des Rechts auf Akteneinsicht führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Vorbehalten bleiben praxisgemäss Fälle, in denen die Verletzung des Akteneinsichtsrechts nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die Partei, deren rechtliches Gehör verletzt wurde, sich vor einer Instanz äussern kann, welche sowohl die Tat- als auch

die Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390; 127 V 431 E. 3d/aa). Unter dieser Voraussetzung ist dar- über hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von ei-

C-2539/2020 Seite 8 ner Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und so- weit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu un- nötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleich- gestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beur- teilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197 f. m.H.; 132 V 387 E. 5.1; Urteil des BGer 6B\_777/2016 vom 2. No- vember 2016 E. 2.3).

### **E. 4.3**

Am 3. Dezember 2019 wurde der Beschwerdeführerin der Vorbescheid zugestellt (vgl. IV-act. 121). Mit Eingabe vom 13. Dezember 2019 (IV- act. 123) reagierte die Beschwerdeführerin und wies die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass ihr bislang noch nicht einmal das Gutachten, welches als Grundlage für den Vorbescheid gedient habe, zugestellt wor- den sei. Sie ersuchte die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_, ihr das Gutachten und all- fällige weitere Unterlagen zuzustellen. Diesem Ersuchen ist die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ am 18. Dezember 2019 (IV-act. 124) nachgekommen. Mit Schreiben vom 10. Januar 2020 (IV-act. 125) erhob die Beschwerdeführe- rin Einwand gegen den Vorbescheid und machte darin namentlich geltend, ihr rechtliches Gehör sei verletzt, da sie zum Gutachten keine Ergänzungs- fragen haben stellen können. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens bringt die Beschwerdeführerin, diese Rüge erneut vor.

#### **E. 4.3.1**

Hält der Versicherungsträger bei Vorliegen eines externen Gutach- tens Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen für notwendig, so ist er berech- tigt, der Gutachtensperson solche zu stellen (BGE 119 V 208 E. 4d S. 215). Aufgrund ihres Rechtes, sich zum Beweisergebnis zu äussern und erheb- liche Beweisanträge vorzubringen, darf auch die versicherte Person solche Fragen an den Experten richten. Zur Beschleunigung des Verfahrens und damit sich die begutachtende Person nicht immer wieder von Neuem mit dem Dossier auseinandersetzen muss, ist es angebracht, die zusätzlichen Fragen beider Parteien gleichzeitig dem Gutachter zu unterbreiten. Dies schliesst eine einseitige Vorgehensweise des Versicherungsträgers aus. Vielmehr hat er die versicherte Person vorgängig zu orientieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen (BGE 136 V 113 E. 5.4; Urteil des BGer 8C\_112/2019 vom 30. April 2019 E. 4.1).

#### **E. 4.3.2**

Vorliegend hat die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin das Gutachten erst auf ihre Anfrage hin am 18. Dezember 2019, nach dem Er- gehen des Vorbescheids, aber noch vor Verfügungserlass, zur Kenntnis zugestellt. Die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ hat dem Gutachter keine Zusatzfragen gestellt, da sie dies offenbar nicht für notwendig erachtete. Sie hatte somit

C-2539/2020 Seite 9 keinen Anlass, die Beschwerdeführerin zur Einreichung von Ergänzungs- fragen einzuladen, zumal sich aus der vorgenannten Rechtsprechung nicht ableiten lässt, dass die IV-Stelle explizit verpflichtet wäre, bei der versicher- ten Person betreffend Ergänzungsfragen nachzuhaken. Eine Information der versicherten Person und

eine Koordination mit derselben wäre gemäss Rechtsprechung nur dann angezeigt, wenn die IV-Stelle selbst dem Experten solche Fragen stellen möchte. Ist dies – wie hier – nicht der Fall, reicht es, wenn die IV-Stelle der versicherten Person das Gutachten vor Verfügungserlass zustellt, damit diese sich gegebenenfalls noch dazu äussern kann.

#### **E. 4.3.3**

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass es – wie die Beschwerdeführerin zu Recht moniert – wünschenswert wäre, dass die Vorinstanz das eingeholte Gutachten der versicherten Person unaufgefordert zur Kenntnisnahme zustellen würde. Allerdings ist davon auszugehen, dass, wenn die Vorinstanz keine Notwendigkeit sieht, den Gutachtern Ergänzungsfragen zu stellen, keine Pflicht besteht, der versicherten Person explizit Gelegenheit zu Ergänzungsfragen einzuräumen. Erfolgt indes noch vor Verfügungserlass die Zustellung der eingeholten medizinischen Unterlagen, ist es der versicherten Person schliesslich unbenommen, aus eigener Initiative der Vorinstanz Ergänzungsfragen einzureichen. Von der Möglichkeit Ergänzungsfragen zu stellen, hat die Beschwerdeführerin vorliegend keinen Gebrauch gemacht. Sie hat zwar in ihrem Antwortschreiben an die IV-Stelle vom 10. Januar 2020 darauf hingewiesen, dass sie keine Möglichkeit gehabt habe, Ergänzungsfragen zu stellen, sie hat es jedoch unterlassen, zeitnah konkrete Fragen einzureichen. Erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat sie wieder auf diesen Umstand hingewiesen, wobei sie auch dann nicht ausgeführt hat, welche Fragen aus ihrer Sicht noch zu klären seien. Im Verhalten der Vorinstanz ist somit keine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken.

#### **E. 5.1**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden

C-2539/2020 Seite 10 den ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

### E. 5.3

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des

C-2539/2020 Seite 11 BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzungen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die Behörde und das Gericht auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen medizinischen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Erkenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen können (vgl. dazu die Urteile des BGer 4A\_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 und 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3). Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen

(vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen,

C-2539/2020 Seite 12 ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1 in fine).

#### **E. 5.4.1**

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.). Die ärztliche Beurteilung bildet eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung. 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. 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 (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 mit zahlreichen Hinweisen).

C-2539/2020 Seite 13

#### **E. 5.4.2**

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 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. 5.4.3**

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 diagnoserlevanten 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. 5.4.4**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es

C-2539/2020 Seite 14 daher in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 mit Hinweisen).

#### **E. 5.5**

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, gemischte Methode, spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a IVG). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

#### **E. 5.6**

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent besteht ein Anspruch auf

eine halbe Rente, bei mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 in Kraft stehenden Fassung]).

#### **E. 5.7**

Die Mindestbeitragszeit gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG ist erfüllt (vgl. Urteil C-5111/2015 vom 27. Juni 2018 E. 4.6 und 5).

#### **E. 5.8**

Der Rentenanspruch entsteht 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. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. auch BGE 138 V 475 E. 3). Somit ist vorliegend aufgrund der im April 2014 eingereichten Anmeldung ein Leistungsanspruch frühestens ab 1. Oktober 2014 zu prüfen.

#### **E. 6**

Juni 2013). Die Ärztin stellte fest, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin vorwiegend bewegungs- und belastungsabhängig seien und insbesondere längeres Stehen und Gehen beschwerdeverstärkend wirkten. Die radiologischen Abklärungen hätten allerdings keine eindeutigen pathologischen Befunde ergeben und die Diagnose eines CRPS basiere auf dem klinischen Bild sowie auf dem Ausschluss sonstiger Pathologien. Die Ärztin stellte fest, dass die Beschwerdeführerin bei Tätigkeiten in vorwiegend stehender oder gehender Position eingeschränkt sei, und sie erachtete die Beschwerdeführerin daher in der bisherigen Tätigkeit als MTRA seit dem Unfall als nicht mehr arbeitsfähig. Ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 30-50% im September 2013 habe abgebrochen werden müssen. Am 22. August 2014 attestierte sie der Beschwerdeführerin für behinderungs- angepasste Tätigkeiten (vorwiegend sitzende Arbeit ohne langen Anfahrtsweg, ohne längeres Stehen, Gehen sowie Tragen und Heben von Lasten) eine Arbeitsfähigkeit von 50% und am 30. Januar 2015 eine solche von mindestens 70%. Mit Verlaufsbericht vom 5. März 2019 (IV-act. 97) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei letztmals am 1. Juli 2016 bei ihr zur Kontrolle gewesen; weitere Untersuchungen seien keine mehr durchgeführt worden, da die Patientin in Deutschland lebe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte die Ärztin aus, die Patientin sei in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig und in einer angepassten, sitzenden Tätigkeit bestehe eine zumindest 50%ige medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 6.1**

Den Berichten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 5. Mai 2014 (IV-act. 36 S. 29 ff.), 22. August 2014 (IV-act. 36 S. 17 ff.) und vom 30. Januar 2015 (IV-act. 37) ist folgende Diagnose zu entnehmen: (Verdacht auf) Morbus Sudeck / CRPS bei Status nach Kontusion des linken Fusses (Unfall vom

#### **E. 6.2**

Dipl. psych. E. \_\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin am 15. August 2014 (IV-act. 36 S. 16) eine reaktive Depression. Sie führte die Depression auf die starke Belastung im gesamten sozialen Umfeld zurück und empfahl die Durchführung einer intensiven multifaktoriellen Therapie in einem geschützten stationären Setting. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich nicht.

### **E. 6.3**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, erstellte im Auftrag des Unfallversicherers der Beschwerdeführerin am 9. März 2015 ein Gutachten (IV-act. 41 S. 2 ff.) und stellte folgende Diagnosen: 1) Algodystrophie des linken Fusses mit/bei klinisch weitgehender Remission, St.n. Quetschtrauma am 6. Juni 2013, St.n. rezidivierenden

C-2539/2020 Seite 16 Supinationstraumata, 2) chronische Schmerzsymptomatik mit/bei Schlafstörungen, neurokognitiven Beschwerden, Angstzuständen mit Zittern, depressiver Angststörung anamnestisch, psychosozialen Belastungsfaktoren, 3) unspezifische Kreuzschmerzen bei Fehlhaltung, Haltungsinsuffizienz, 4) unklare Knieschmerzen rechts, 5) Hypermobilität mit Beighton Index 7/9, Status nach Operation eines dorsalen Handgelenkganglions anamnestisch 2001, 6) arterielle Hypertonie, ED 1/2014 anamnestisch, 7) Übergewicht und 8) St.n. Schädel-Hirn-Trauma 2005 anamnestisch. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte er aus, die bisherige, weitgehend stehend und gehend auszuführende Tätigkeit als MTRA sei bei der gestellten Diagnose wenig sinnvoll. Für eine mehrheitlich sitzende, körperlich leichte Tätigkeit erachtete er die Beschwerdeführerin als zu 100% arbeitsfähig.

### **E. 6.4**

Dem interdisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der G.\_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2017 (IV-act. 70 S. 9 ff.) sind folgende Diagnosen zu entnehmen: 1) chronische Schmerzen bei somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei Zustand nach unklarer Verletzung, am ehesten einer Kontusion des linken Fusses entsprechend und fraglicher Entwicklung eines CRPS Typ I am linken Fuss, welches (falls jemals vorhanden) inzwischen restlos ausgeheilt ist, bzw. in chronische Schmerzen anderer Genese übergegangen ist und 2) schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2); differentialdiagnostisch: mittlerweile chronifizierte Depression, im Sinn der ICD-10 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) bei schweren, anhaltenden psychosozialen Belastungen (niedriges Einkommen, Probleme in Bezug auf Ehepartner, Erkrankung eines Kindes). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, seit dem Unfall bis ein Jahr danach sei von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wie sie in den Vorakten dokumentiert sei. Danach liege keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit mehr vor, weder in der angestammten Tätigkeit als Röntgenassistentin noch in einer anderen Tätigkeit. Zum Vorliegen einer allfälligen nicht-unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit äusserten sich die Gutachter nicht.

### **E. 6.5**

Dem Arztbrief des Zentrums H.\_\_\_\_\_ vom 8. März 2016 (IV-act. 80) respektive dem Entlassbrief vom 8. Juni 2016 (IV-act. 98) sind folgende Diagnosen zu entnehmen: 1) Mittelgradige depressive Episode (F32.1), 2) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und 3) benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00). Dem Bericht zufolge wurde die Beschwerdeführerin am 25. Januar 2016 notfallmässig und aus eigenem Antrieb stationär

C-2539/2020 Seite 17 aufgenommen, da sie verzweifelt und ohne Hoffnung gewesen sei und auch Suizidgedanken gehabt habe. Die Beschwerdeführerin wurde bis und mit 8. März 2016 stationär in der Klinik behandelt und danach auf eigenen Wunsch, aber gegen

ärztlichen Rat entlassen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit sind dem Bericht nicht zu entnehmen.

#### **E. 6.6**

Dr. med. univ. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und behandelnde Ärztin seit 13. Oktober 2017, attestierte der Beschwerdeführerin im Formularbericht vom 1. Februar 2019 (IV-act. 89) das Vorliegen einer chronischen Schmerzsymptomatik mit depressiver Entwicklung und einer Gastritis mit positivem *Helicobacter pylori*. Die Ärztin gab an, dass sie die Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Schmerzen in absehbarer Zeit nicht für arbeitsfähig halte. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin im Alltag und im sozialen Leben stark eingeschränkt; im Haushalt werde sie von der Familie unterstützt. Ohne Medikamente sei der Tag nicht zu bewältigen, wobei diese allerdings zu einer hohen Tagesmüdigkeit führten. Als Funktionseinschränkungen beschrieb die Ärztin Konzentrations- und Schlafstörungen sowie Gangunsicherheit.

#### **E. 6.7**

Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte der Beschwerdeführerin mit Formularbericht vom 5. Februar 2019 (IV-act. 94) eine schwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (F33.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.4). Sie führte aus, dass die Beschwerdeführerin unter depressiver Symptomatik mit Antriebsstörung, Angst, Hoffnungslosigkeit und negativer Stimmung leide. Die Versorgung von Haushalt und Kindern stelle zeitweise eine Überforderung dar. Aktuell sei ein Erlangen der Arbeitsfähigkeit nicht absehbar. Durch die schwierige soziale Situation bestehe eine chronische Überlastung, was die depressive Symptomatik fördere. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit stellte die Ärztin fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der depressiven Verstimmung, der damit verbundenen Antriebslosigkeit und kognitiven Defiziten nicht in der Lage sei, ihre letzte Tätigkeit als Fachfrau Medizinisch-Technische Radiologie auszuüben.

#### **E. 6.8**

Die begutachtenden Ärzte der C. \_\_\_\_\_, die mit der Erstellung eines polydisziplinären MEDAS-Gutachtens betraut wurden, hielten in ihrer Beurteilung vom 21. Oktober 2019 (IV-act. 117) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1) Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und 2) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Als Diagnosen ohne Einfluss auf C-2539/2020 Seite 18 die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 1) Leistungsorientierte anankastische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), 2) Überdosierung von Novaminsulfon, 3) Verdacht auf anhaltende Gastritis mit/bei St.n. HP-assoziiertes Gastritis, DD im Rahmen der Novaminsulfon-Überdosierung, 4) Obstipationsproblematik mit Verdacht auf rezidivierende Hämorrhoidenblutung, 5) Adipositas Grad I, BMI 30,47 kg/m<sup>2</sup>, 6) Cholezystolithiasis, 7) Lumbovertebrales bis intermittierend spondylogenes Syndrom bei/mit: Wirbelsäulenfehlstatik bei Fehlhaltung/muskulärer Dysbalance und klinisch Verdacht auf Facettensyndrom L5/S 1 rechts, 8) Konstitutionelle Hypermobilität bei/mit: Beighton Score 7/9 und anamnestisch St. n. rezidivierender USG-Distorsion links und 9) Asymptomatischer Knick-Senk-Spreizfuss beidseits. Von Seiten des allgemein-internistischen Fachgebiets attestierten die Ärzte der Beschwerdeführerin somit keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner konnte aus gutachterlicher Sicht weder in rheumatologischer noch in neurologischer Hinsicht eine

gesundheitliche Störung objektiviert werden, die eine wesentliche Einschränkung der physischen Fähigkeiten, Ressourcen und der Belastbarkeit der Beschwerdeführerin hervorzurufen vermögen würde. Insbesondere seien die gängigen Diagnostikriterien («Budapest-Kriterien») für ein CRPS bei der Beschwerdeführerin aktuell und – gemäss Neurologe – zu keiner Zeit erfüllt (gewesen). Aus neurologischer Sicht wurde insbesondere auch ein CRPS Typ II mit peripherer Nervenläsion ausgeschlossen. Die eher vage angegebene, strumpfförmig herabgesetzte Temperatur- und Schmerzempfindung im Bereich des linken Fusses (ohne begleitende Allodynie oder motorische Ausfälle) qualifiziere nicht für eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht erachtete es der Gutachter als plausibel, dass es vor dem Hintergrund einer sich zuspitzenden innerfamiliären Belastungssituation mit einer zunächst hohen beruflichen und familiären Beanspruchung der Beschwerdeführerin und dem Auftreten zunehmender finanzieller Probleme nach der Entwicklung einer Schmerzsymptomatik nach dem Unfallereignis am 6. Juni 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer psychosomatischen Reaktionsbildung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gekommen sei. Zunächst habe wohl die Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund der psychischen Beeinträchtigungen gestanden und ab zirka Anfang Januar 2016 werde anamnestisch und aktenkundig eine zunehmende depressive Entwicklung, welche in einer mittelgradigen depressiven Episode C-2539/2020 Seite 19 von Januar 2016 bis maximal April 2016 gipfelte plausibel. Danach beschreibe die Beschwerdeführerin einen Rückgang der depressiven Symptomatik, allerdings keine Remission, sodass wahrscheinlich eher kurzzeitig auch mittelgradige Symptome bei einer damals noch leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik vorhanden gewesen sein könnten. Ab Anfang 2019 seien anamnestisch und aktenkundig wiederum depressive Symptome von mittelgradiger Ausprägung plausibel geworden, welche sich im Rahmen der aktuellen Untersuchung entsprechend hätten objektivieren lassen. Die psychosoziale Belastungssituation stelle dabei für die Schmerzsymptomatik und die depressive Symptomatik auslösende und unterhaltende Faktoren für die Krankheitsentwicklung dar. Dies bedeute, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren nicht direkt die psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin beeinträchtigten, sondern über die psychische/psychosomatische Reaktionsbildung (Krankheit) zur psychischen Beeinträchtigung führten. Weiter bestehe bei der Beschwerdeführerin prädisponierend eine anankastische leistungsorientierte Persönlichkeitsakzentuierung. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen führten aus psychiatrischer Sicht zurzeit zu einer möglichen Präsenzzeit in der bisherigen Tätigkeit als MTRA von 3 Stunden pro Tag, wobei in dieser Zeit eine Leistungsfähigkeit von 100% erreicht werde. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage somit 30%. Retrospektiv habe durch die Schmerzverarbeitungsstörung allein zunächst aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden, da die Beschwerdeführerin prinzipiell vor dem Hintergrund ihrer anankastisch leistungsorientierten Persönlichkeitsstruktur zu einer hinreichenden Überwindung der Symptomatik mit entsprechender Willensanstrengung befähigt gewesen sei. Durch das Hinzukommen der mittelgradigen depressiven Symptomatik ab Januar 2016 habe bis maximal April 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, da durch das Vorhandensein der depressiven Symptome der Beschwerdeführerin ein Überwinden der schmerzbedingten Einschränkungen nicht mehr hinreichend möglich gewesen sei. Von Mai 2016 bis Juli 2017 (recte: 2016) habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestanden. Ab

August 2016 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100% bestanden. Ab Januar 2019 bis zum Begutachtungszeitpunkt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70%, die durch die noch vorhandene mittelgradige depressive Episode und die chronische Schmerzstörung bedingt sei. Der Gutachter prognostizierte, dass die Beschwerdeführerin, unter der Voraussetzung, dass sie ihre Lebensverhältnisse neu organisiere und eine Modifikation der medikamentösen

C-2539/2020 Seite 20 Therapie erfolge, innert sechs Monaten nach dem Begutachtungszeitpunkt wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen könne. In einer angepassten Tätigkeit (klar strukturierte Tätigkeit in einer wohlwollenden Atmosphäre, leichte bis mittelgradige intellektuelle Anforderungen ohne Zeitdruck und ohne Multitasking-Anforderungen) sei die Beschwerdeführerin zurzeit zu einer Präsenz von 4 Stunden pro Tag in der Lage. Die Leistungsfähigkeit während der vierstündigen Präsenz betrage 100%. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage somit 45-50%. Im zeitlichen Verlauf sei davon auszugehen, dass seit dem Unfall für eine derartige Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Während des stationären Aufenthaltes in der Klinik von Januar 2016 bis März 2016 und maximal bis April 2016 habe in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Mai 2016 sei in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 70% und ab August 2016 von einer solchen in der Höhe von 100% auszugehen. Seit Januar 2019 bestehe für eine angepasste Tätigkeit eine 45-50%ige Arbeitsfähigkeit. Unter der Voraussetzung einer Intensivierung der therapeutischen Massnahmen könne sogar eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

## **E. 6.9**

Die Vorinstanz stellte in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die Einschätzung des RAD (Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie) vom 5./6. November 2019 (IV-act. 119 S. 8 ff.) ab. Die Ärzte des RAD übernahmen im Wesentlichen die von den Gutachtern der C. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten. Zu klären ist, ob die Schlussfolgerungen überzeugend sind, beziehungsweise ob geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit am Ergebnis der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung bestehen.

### **E. 6.9.1**

Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Vor dem Hintergrund, dass die Diagnose CRPS nach wie vor strittig ist und insbesondere dessen Vorliegen im Gutachten der C. \_\_\_\_\_ ausdrücklich verneint, von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ jedoch explizit bejaht wurde, ist zunächst zu prüfen, ob die gestellte CRPS-Diagnose überzeugt.

### **E. 6.9.2**

Mit dem Begriff «CRPS» (auch komplexes bzw. chronisches regionales Schmerzsyndrom oder Morbus Sudeck) wird in der Medizin ein posttraumatisches Krankheitsbild beschrieben, das sich, von einem blauen

C-2539/2020 Seite 21 Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze

Extremität oder eine grosse Körperregion betroffen ist. Auslösende Ursachen können unter anderem Gelenksdistorsionen aber auch beispielsweise ein Herzinfarkt sein. Die Diskrepanz zwischen dem eigentlichen, als Bagatelle anzusehenden auslösenden Trauma und den sich daran anschliessenden Folgen ist als dramatisch zu bezeichnen. Ätiologie und Pathogenese der CRPS sind unklar (Urteil des BGer 8C\_673/2017 vom 27. März 2018 E. 5). Wenn es bei der Schädigung zu einer nachweisbaren Verletzung grösserer peripherer Nerven kommt, spricht man von CRPS II, andernfalls von CRPS I (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 9). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des BGer 8C\_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1, 8C\_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum, vgl. Urteil des BGer 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweis auf Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1623).

### **E. 6.9.3**

Gemäss der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]» aus dem Jahr 2018 (abrufbar unter: [www.awmf.org/leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)) erfordert die Stellung der Diagnose CRPS eine grosse Sorgfalt. Die folgenden vier Kriterien («Budapest-Kriterien») müssen erfüllt sein, wobei ein besonderes Augenmerk auf das vierte Kriterium zu legen ist: 1) Anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt wird. 2) Die Patienten müssen über jeweils mindestens 1 Symptom aus 3 der 4 folgenden Kategorien in der Anamnese berichten: a. Hyperalgesie (Überempfindlichkeit für Schmerzreize); «Hyperästhesie» (Überempfindlichkeit für Berührung, Allodynie) b. Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe c. Asymmetrie des lokalen Schwitzens; Ödem

C-2539/2020 Seite 22 d. Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, «Paresen» (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum 3) Bei den Patienten müssen jeweils mindestens 1 Symptom aus 2 der 4 folgenden Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen: a. Hyperalgesie auf spitze Reize (z.B. Zahnstocher); Allodynie; Schmerz bei Druck auf Gelenke/Knochen/Muskeln b. Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe c. Asymmetrie des lokalen Schwitzens; Ödem d. Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, «Paresen» (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum 4) Eine andere Erkrankung erklärt die Symptomatik nicht hinreichend. Die Diagnose CRPS ist eine klinische Diagnose. Deshalb sind die Anamnesenerhebung sowie die klinische und neurologische Untersuchung die entscheidenden Schritte in der Diagnosefindung. Im Prinzip gilt, dass für die Diagnosestellung ärztlich erhobene und dokumentierte Befunde wichtiger sind als die alleinige Beschwerdeschilderung. Ein wesentliches Merkmal des CRPS ist, dass die Symptome «generalisieren», d.h. fast die gesamte distale betroffene Extremität erfassen. Man muss fordern, dass die Diagnose CRPS in zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma erfolgt. Ein sinnvoller Zeitraum dabei wären ca. 2-3 Monate, dann müssen die Diagnosekriterien erfüllt sein (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und

Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 10). Obwohl in den Diagnosekriterien nicht unbedingt gefordert, sollte die Hauttemperatur mit geeigneten Instrumenten gemessen werden, alle anderen Symptome werden klinisch beurteilt. Um Punkt 4 beantworten zu können, müssen differenzialdiagnostisch insbesondere folgende Erkrankungen, die ein CRPS vortäuschen können, ausgeschlossen sein: Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Entzündungen (z.B. erregerbedingte Arthritiden, Infektionen nach Operationen, Polyneuritiden, Polyradikulitiden, Plexusschädigungen), thromboembolische Erkrankungen, Kompartiment- und Nervenkompressionssyndrome. Hierzu dienen unter anderem auch laborchemische Untersuchungen. Das CRPS selbst ist nicht durch Auffälligkeiten bei Routinelaborparametern wie z.B. CRP-Erhöhung oder BSG-Beschleunigung gekennzeichnet. Oft nicht einfach ist die Abgrenzung von den Folgen psychischer Erkrankungen, vor allem bei Vorliegen einer dissoziativen Störung mit autoaggressiven Handlungen. Der Verlauf der Erkrankung sollte mit in der Schmerztherapie üblichen Methoden unter Einschluss von Schmerzquantifizierung, Funktionsparametern C-2539/2020 Seite 23 (Kraft, Bewegungsumfang, Umfangsmessung) und vegetativen Funktionsstörungen dokumentiert werden (Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Neurologie «Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome [CRPS]», 2018, S. 12 f.).

#### **E. 6.9.4**

Ein CRPS zu diagnostizieren, ist unbestritten schwierig, da keine (genaue, zuverlässige) Methode existiert, um die Erkrankung eindeutig festzustellen. Es ist daher zwingend auf die dargelegten Prüfkriterien abzustellen (vgl. Urteile des BVerfG C-5111/2015 vom 27. Juni 2018 E. 6.2; C-117/2015 vom 23. Juni 2016 E. 5.3.7). Die medizinischen Sachverständigen haben die Diagnose einer CRPS daher so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, dass die Diagnosekriterien tatsächlich eingehalten sind. Für die Nachvollziehbarkeit der Diagnosefindung ist erforderlich, dass von der medizinischen Fachperson wenigstens kurz darlegt wird, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind.

#### **E. 6.9.5**

Die behandelnde Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ging in ihren Berichten davon aus, dass ein durch die Budapester-Kriterien nachgewiesenes CRPS I vorliege. Sie führte aus, es bestünden Hyperästhesien, Parästhesien, Dysästhesien und eine Druckdolenz über dem ganzen Mittelfuss mit zunehmender Versteifung des Mittelfusses. Die Diagnose eines CRPS basiere auf dem klinischen Bild sowie auch auf dem Ausschluss sonstiger Pathologien (vgl. IV-act. 36 S. 17 und 29 und IV-act. 37). Einige der CRPS-typischen Befunde (namentlich Asymmetrie: Schwitzen, Hauttemperatur, Verfärbung) sind zwar nicht anlässlich einer Untersuchung festgestellt worden, aber anamnestisch waren diese teilweise positiv (vgl. Kurzbericht Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Schmerztherapie, vom 18. Dezember 2014, IV-act. 36). Aus den ärztlichen Feststellungen kann geschlossen werden, dass bei der Beschwerdeführerin ein anhaltender Schmerz vorlag, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt werden kann, nachdem mittels bildgebenden Untersuchungen organische Ursachen ausgeschlossen werden konnten. Das erste Kriterium der Budapester-Kriterien ist somit erfüllt. Aus der zweiten Kategorie ist/war jeweils anamnestisch aus allen vier Gruppen je ein Symptom vorhanden (Hyperästhesie [Bst. a], Asymmetrie in der Hautfarbe [Bst. b],

Assymetrie des lokalen Schwitzens [Bst. c] und Paresen [Bst. d]). Im Zeitpunkt der Untersuchung konnte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ Druckdolenz (Bst. a) sowie Parästhesien (Bst. d) feststellen, womit auch das dritte Kriterium erfüllt ist. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass keine

C-2539/2020 Seite 24 andere Erkrankung festgestellt werden konnte, die die Symptomatik erklären könnte, weshalb auch das vierte Kriterium als erfüllt zu gelten hat. Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich aus der Fussverletzung infolge des Unfalls am 6. Juni 2013 ein CRPS mit einer entsprechenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entwickelt hat (vgl. nachfolgende E. 6.10).

#### **E. 6.10**

Nachfolgend sind die attestierten Arbeitsunfähigkeiten aus den obgenannten ärztlichen Berichten in Bezug auf die verschiedenen Zeitabschnitte und Tätigkeiten zusammenzufassen. 1. Oktober 2014 bis 29. Januar 2015: Für den betreffend Rentenanspruch in Frage kommenden Zeitraum ab 1. Oktober 2014 attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie eine Arbeitsfähigkeit von 50% für eine angepasste Tätigkeit (vgl. IV-act. 36 S. 11 und 17). Dem Gutachten der C.\_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2019 (IV-act. 117) ist zu entnehmen, dass die Gutachter die Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom 1. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2015 sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit für voll arbeitsfähig halten. Begründet wird dies im Wesentlichen damit, dass die «Budapest-Kriterien» nicht erfüllt seien und somit kein CRPS vorliege respektive nicht vorgelegen habe. Zu bemängeln ist an diesem Gutachten, dass sich die Gutachter hauptsächlich damit begnügen, die Aktenzusammenfassung der anderen Arztberichte mit folgendem Kommentar zu versehen: «Budapest-Kriterien nicht erfüllt. Klinische Befunde nicht ausreichend» (vgl. das neurologische Teilgutachten [IV-act. 117 S. 37 ff.]). Der Neurologe hat zwar detailliert aufgezeigt, welches die erforderlichen Kriterien wären (vgl. IV-act. 117 S. 49), ist jedoch inhaltlich nicht darauf eingegangen, wie auch die Beschwerdeführerin zu Recht kritisiert. Er hat insbesondere nicht dargelegt, welche der entsprechenden Kriterien erfüllt sind und welche nicht. Die pauschale Bemerkung, dass die Kriterien nicht erfüllt seien, genügt insbesondere deshalb nicht, weil aus den Arztberichten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ – wie oben bereits ausgeführt – davon auszugehen ist, dass ein CRPS vorliegt respektive im damaligen Zeitpunkt vorlag. Was die Höhe der Arbeitsfähigkeit betrifft, ist ab 1. Oktober 2014 auf die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ abzustellen, da ihre Beurteilung nachvollziehbar ist und für diesen Zeitraum keine weiteren Einschätzungen

C-2539/2020 Seite 25 vorliegen, die durch persönliche Untersuchung im fraglichen Zeitraum zustande gekommen sind und demnach davon auszugehen ist, dass ihre Beurteilung für diese Zeit am zuverlässigsten ist. 30. Januar 2015 bis 8. März 2015: Mit Wirkung ab 30. Januar 2015 geht Dr. med. D.\_\_\_\_\_ von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, sitzenden Tätigkeit (IV-act. 37 S. 3) auf mindestens 70% und gleichzeitig weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 9. März 2015 (IV-act. 41) eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, das heisst mehrheitlich sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit. Der Gutachter gab dabei nicht an, ab wann diese Einschätzung gilt, sodass mangels

anderweitiger Angaben da- von auszugehen ist, dass diese Angaben für die Zeit ab dem Gutachten vom 9. März 2015 gelten. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ stimmen somit mit ihren Einschätzungen insofern überein, als sie beide davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin bis auf weiteres in der bis- herigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Die Ärzte der C. \_\_\_\_\_ ge- hen in der Gesamtbeurteilung für die Zeit ab dem 9. März 2015 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten aus; für die Zeit davor sei keine fundierte Aussage zur Arbeitsfähigkeit möglich (vgl. IV-act. 117 S. 9). Es erhellt nicht, weshalb die Gutachter zum Schluss kommen, es liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor, zumal sie für ihre Beurteilung nur die bisherigen Akten und die Schilderungen der Beschwerdeführerin zur Verfügung hat- ten, gestützt auf welche vielmehr von gewissen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Unstimmigkeiten in den Berichten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ wurden seitens der Gutach- ter der C. \_\_\_\_\_ keine geltend gemacht, sodass nicht ersichtlich ist, in- wiefern an diesen Berichten inhaltliche Zweifel angebracht wären. Somit ist es naheliegend, auf diejenigen schlüssigen Berichte abzustellen, die unter Begutachtung der Beschwerdeführerin im fraglichen Zeitraum und nicht al- lein gestützt auf die Vorakten zustande gekommen sind. Das Gutachten der C. \_\_\_\_\_ ist erst ca. fünf Jahre später erstellt worden, sodass dessen Aussagekraft für diese Zeitspanne, insbesondere bei abweichender und knapp begründeter Einschätzung, als eher gering einzuschätzen ist, wes- halb nicht darauf abzustellen ist. Demzufolge ist ab 30. Januar 2015 unter

C-2539/2020 Seite 26 Berücksichtigung der Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ von einer Ar- beitsfähigkeit von 70% in Verweistätigkeiten und von einer vollen Arbeits- unfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen.

## **E. 9**

März 2015 bis 31. Dezember 2015: Es ist festzuhalten, dass – in Übereinstimmung mit der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ festgestellten «Aufwärtstendenz» (Arbeitsfähigkeit min- destens 70%) ab dem 9. März 2015 gemäss dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in angepassten Tätigkeiten und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätig- keit auszugehen ist. 1. Januar 2016 bis 30. April 2016: Im Zeitraum vom 25. Januar 2016 bis zum 8. März 2016 war die Beschwer- deführerin in stationärer Behandlung im Zentrum H. \_\_\_\_\_. Für diese Zeit bestand gemäss Bericht vom 8. März 2016 (IV-act. 80 und 98) eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten. Weiter attestiert auch das psy- chiatrische Teilgutachten der C. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2019 (IV- act. 117 S. 54 ff.) für die Zeit vom 1. Januar 2016 bis zum 30. April 2016 aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätig- keiten. Dass dabei die übrigen Gutachter der C. \_\_\_\_\_ für dieselbe Zeit aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestierten, vermag an dieser Einschätzung nichts zu ändern. 1. Mai 2016 bis 31. Juli 2016: Aus psychiatrischer Sicht attestierte der Gutachter der C. \_\_\_\_\_ für die Zeit ab dem 1. Mai 2016 bis und mit 31. Juli 2016 mit überwiegender Wahr- scheinlichkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% für die bisherige Tätigkeit und eine solche von 70% für eine angepasste Tätigkeit. Da aus somatischer Sicht keine attestierten Arbeitsunfähigkeiten aktenkundig sind, ist davon auszugehen, dass sich somit die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für diesen Zeitraum lediglich nach den psychischen Beschwerden richten. Die Vorinstanz ging in ihrer Verfügung davon aus, dass die Beschwerdeführe- rin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweist, da sie in der Lage sei, sich um die Kinder und den Haushalt zu

kümmern und als Hobbies Schwimmen, Velofahren und Handarbeiten nenne. Dies deutet darauf hin, dass keine gleichermassen vorliegende Einschränkung in allen Lebensbereichen vorliege und im Übrigen auch der Leidensdruck als eher gering einzuschätzen sei, da noch nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft

C-2539/2020 Seite 27 seien. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden, da die fachlich kompetenten Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als beeinträchtigt eingeschätzt haben und auch diese Einschätzung unter Würdigung aller zu berücksichtigenden Umstände zustande gekommen ist. Die alleine auf die Akten gestützte Einschätzung der Vorinstanz vermag die gutachterliche Einschätzung nicht umzustossen. Dies gilt insbesondere auch deshalb, da es sich bei der vorinstanzlichen Einschätzung – soweit aus den Akten ersichtlich – lediglich um die Einschätzung der Sachbearbeiterin und nicht einmal um die Einschätzung des medizinischen Dienstes oder RAD und erst recht nicht um eine fachärztliche Beurteilung handelt (vgl. IV-act. 120). 1. August 2016 bis 31. Dezember 2018: Der psychiatrische Gutachter der C.\_\_\_\_\_ erachtete die Beschwerdeführerin ab dem 1. August 2016 bis zum 31. Dezember 2018 sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit für voll arbeitsfähig. Dieser Zeitraum ist in den Vorakten nicht ausführlich dokumentiert. Es liegt lediglich das im Auftrag des Unfallversicherers erstellte Gutachten der G.\_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2017 (IV-act. 70 S. 9 ff.) vor. Diesem sind zwar die aktuellen Diagnosen aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht zu entnehmen. Allerdings äusserten sich die Gutachter lediglich zur unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit, weshalb aus diesem Gutachten nur beschränkt Schlüsse auf die hier interessierende Arbeitsunfähigkeit gezogen werden können. Immerhin ist jedoch zu erwähnen, dass die Gutachter davon ausgingen, es liege eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), differenzialdiagnostisch: mittlerweile chronifizierte Depression, im Sinn der ICD-10 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) bei schweren, anhaltenden psychosozialen Belastungen (niedriges Einkommen [ICD-10 Z59], Probleme in Bezug auf Ehepartner [ICD-10 Z63], Erkrankung eines Kindes [ICD-10 Z83]) vor. Mit Blick auf diese Diagnose ist unklar, wie der psychiatrische Gutachter der C.\_\_\_\_\_ zum Schluss kommen konnte, es liege aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vor, zumal er dann für die zeitlich nachfolgende Zeitspanne (vgl. nachfolgender Abschnitt) wiederum von einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausging, obwohl nicht mehr eine schwere depressive Episode, sondern «nur noch» eine mittelgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert wurde. Dieser Widerspruch lässt sich nicht anders erklären, als dass die Gutachter der C.\_\_\_\_\_ die

C-2539/2020 Seite 28 von den Gutachtern der G.\_\_\_\_\_ attestierte volle Arbeitsfähigkeit unbeesehen übernommen haben, ohne dabei zu beachten, dass es deren Aufgabe war, sich zur unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit zu äussern. Dass diese die festgestellten psychischen Einschränkungen nicht als unfallkausal angesehen haben, ist nicht weiter erstaunlich. Retrospektiv bleibt es nun indes schwierig, die effektive Arbeitsfähigkeit für diesen Zeitraum zu bestimmen. Es ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und nicht zuletzt auch aus praktischen Gründen davon auszugehen, dass mit Blick auf das oben Ausgeführte für die aktuell zu beurteilende Zeitspanne (mindestens) dieselbe Arbeitsunfähigkeit vorliegen dürfte, wie für die nachfolgende Zeitspanne, in welcher sich die depressive Symptomatik bekanntlich eher wieder verstärkt hatte. Somit ist vom 1. August 2016 bis zum 31. Dezember 2018 von einer Arbeitsfähigkeit in der bisherigen

Tätigkeit von 30% und in einer angepassten Tätigkeit von 45-50% auszugehen. 1. Januar 2019 bis auf Weiteres: Seit dem 1. Januar 2019 bestand gemäss dem psychiatrischen Gutachter der C.\_\_\_\_\_ bedingt durch die noch vorhandene mittelgradige depressive Episode und die chronische Schmerzstörung eine lediglich 30%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine 45-50%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Der Gutachter ging im Sinne einer Prognose davon aus, dass es der Beschwerdeführerin durch die Neuorganisation der problematischen Lebensverhältnisse und einer Modifikation der medikamentösen Therapie möglich sein sollte, in den nächsten sechs Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass seit dem 1. Januar 2019 und bis auf Weiteres davon auszugehen ist, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vorderhand 30% und diejenige in einer angepassten Tätigkeit 45-50% beträgt. Die prognostische Einschätzung des psychiatrischen Gutachters scheint zwar einleuchtend, kann jedoch vorliegend, da es sich lediglich um eine Prognose handelt, nicht berücksichtigt werden. Es ist somit bis auf Weiteres und ohne anderweitige, gesicherte Erkenntnisse weiterhin von den obgenannten Einschränkungen auszugehen. Allfällige Veränderungen des Gesundheitszustands sind revisionsweise abzuklären. 7. Es bleibt noch der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin heute als Nichtinvalide zu 100% erwerbstätig wäre. Dies ist unbestritten. Der Invaliditätsgrad ist daher mittels Einkom-

C-2539/2020 Seite 29 mensvergleich zu ermitteln. Dabei ist zu beachten, dass sich die Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf – wie oben festgestellt – verändert hat, sodass unterschiedliche Berechnungen anzustellen sind. Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin sowie auch ihren beiden abgeschlossenen Ausbildungen zur Verkäuferin und zur MTRA offensichtlich ist, dass sie die bestehende Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten, leichten Tätigkeit ohne Weiteres verwerten kann, sodass sich eine nähere Prüfung zur Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit erübrigt. 7.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). 7.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was

die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest- möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in

C-2539/2020 Seite 30 der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht konkret ermitteln oder ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C\_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2; Urteil des BGer 8C\_379/2017 vom 8. September 2017 E. 3.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2). 7.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

C-2539/2020 Seite 31 In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C\_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert

(Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

7.4 Die Vorinstanz ging in Bezug auf das von der Beschwerdeführerin erzielbare Valideneinkommen im Jahr 2014 von einem jährlichen Lohn von Fr. 74'432.20 aus (vgl. IV-act. 130). Dies entspricht einem monatlichen Lohn von Fr. 6'202.70, dieser wurde nicht bestritten und ist auch nicht zu beanstanden. Auch wenn die Beschwerdeführerin die besagte Arbeitsstelle im Jahr 2015 verloren hatte, bleibt dieses Einkommen als Valideneinkommen für die Berechnung massgebend, da sie die Stelle aus gesundheitlichen Gründen verloren hatte und davon auszugehen ist, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin dort tätig gewesen wäre.

7.5 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die LSE 2014 abzustellen, da die Beschwerdeführerin kein Invalideneinkommen erzielt (hat) und somit kein effektives Einkommen vorhanden ist, das für einen

C-2539/2020 Seite 32 Vergleich beigezogen werden könnte. Der Zentralwert für Frauen, einfache, repetitive Tätigkeiten aller Wirtschaftszweige beträgt gemäss Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 im Jahr 2014 Fr. 4'300.- bei 40 Wochenstunden. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden für das Jahr 2014 ergibt dies einen monatlichen Lohn von Fr. 4'482.75. Auf eine jeweilige Aufindexierung der beiden Einkommen für die verschiedenen zu berechnenden Zeitspannen ist vorliegend der Einfachheit halber zu verzichten, da die Aufindexierung sowohl des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens im Ergebnis ohnehin nichts ändert.

7.6 Ein Leidensabzug ist nicht zu berücksichtigen. Dass die Beschwerdeführerin keine schweren Arbeiten mehr leisten kann, führt nicht automatisch zu einem leidensbedingten Abzug. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur noch leichte Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst. Angesichts des Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Folglich können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind. Solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Die leidensbedingten Einschränkungen wurden bereits im Belastungsprofil berücksichtigt und dürfen nicht nochmals - als abzugsrelevant herangezogen werden (Urteil des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.2 mit Hinweisen). Ebenfalls liegen keine anderen Gründe für die Gewährung eines Abzugs vor.

7.7 7.7.1 1. Oktober 2014 bis 29. Januar 2015: In dieser Zeit bestand gemäss den vorstehenden Feststellungen eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer Verweistätigkeit und eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Der Vergleich des Valideneinkommens (Fr. 6'202.70) und des Invalideneinkommens bei 50% Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (Fr. 4'482.75 : 2 = Fr. 2'241.40) ergibt somit einen IV-Grad von 63.87%.

7.7.2 30. Januar 2015 bis 8. März 2015:

In dieser Zeit bestand gemäss den vorstehenden Feststellungen eine Arbeitsfähigkeit von 70% in einer Verweistätigkeit und eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit.

C-2539/2020 Seite 33 Der Vergleich des Valideneinkommens (Fr. 6'202.70) und des Invalideneinkommens bei 70% Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (Fr. 4'482.75 x 0.7 = Fr. 3'137.90) ergibt somit einen IV-Grad von 49,41%. 7.7.3 9. März 2015 bis 31. Dezember 2015: In dieser Zeit bestand gemäss den vorstehenden Feststellungen eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer Verweistätigkeit und eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Der Vergleich des Valideneinkommens (Fr. 6'202.70) und des Invalideneinkommens bei 100% Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (Fr. 4'482.75) ergibt somit einen IV-Grad von 27,73%. 7.7.4 1. Januar 2016 bis 30. April 2016: In dieser Zeit bestand gemäss den vorstehenden Feststellungen eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten und somit ein IV-Grad von 100%. 7.7.5 1. Mai 2016 bis 31. Juli 2016: In dieser Zeit bestand eine Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen Tätigkeit und eine solche von 70% in einer Verweistätigkeit. Der IV-Grad beträgt somit 49,41% (vgl. E. 7.6.2 hier- vor). 7.7.6 1. August 2016 bis auf Weiteres: In dieser Zeit bestand eine Arbeitsfähigkeit von 30% in der bisherigen Tätigkeit (was einem IV-Grad von 70% entspricht) und eine solche von 45-50% in einer Verweistätigkeit, wobei für die Invaliditätsbemessung der Mittelwert von 47,5% massgebend ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_302/2021 vom 11. November 2021 E. 5 mit Hinweis auf Urteil 9C\_226/2009 vom 19. August 2009 E. 3.2). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 47,5% beträgt das Invalideneinkommen Fr. 2'129.30 (Fr. 4'482.75 : 100 x 47,5) und der damit errechnete IV-Grad 65,67%. 7.8 Nachdem für die verschiedenen Zeitabschnitte die Invaliditätsgrade bestimmt worden sind, ist zu prüfen, von wann bis wann und in welcher Höhe Anspruch auf eine Rente besteht. 7.8.1 Wird rückwirkend eine abgestufte und/oder eine befristete Rente zugesprochen, sind nach der Rechtsprechung die für eine Rentenrevision massgebenden Grundsätze zu beachten (vgl. BGE 125 V 417 E. 2d, 112 V 372 E. 2b; URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Freiburg 2003, S. 207 f.). 7.8.2 Gemäss Art. 17 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufge-

C-2539/2020 Seite 34 hoben, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich verändert hat. Eine Änderung des Invaliditätsgrades wird namentlich durch eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes impliziert. Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (BGE 117 V 199 E. 3B, 112 V 390 E. 1B; ZAK 1987 S. 36 ff.). 7.8.3 Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung vom Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. 7.8.4 Es wurde bereits ausgeführt, dass der frühestmögliche Rentenbeginn am 1. Oktober 2014 ist. Somit besteht ab 1. Oktober 2014 bei einem IV-Grad von 63,87% Anspruch auf eine halbe Rente. Ab 30. Januar 2015 (und bis zum 31. Dezember 2015) fällt der berechnete IV-Grad unter 50% (ab 30. Januar 2015 :49,41% und ab 9. März 2015 nur noch 27,73%). In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ist somit die ab 1. Oktober 2014 auszahlende halbe Rente mit Wirkung

ab 1. April 2015 auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Per 1. Januar 2016 erhöht sich der IV-Grad auf 100%, weshalb die Rente per 1. April 2016 auf eine ganze Rente zu erhöhen ist. Nachdem der IV-Grad jedoch per 1. Mai 2016 wiederum auf 49,41% sinkt, woraus sich nur noch ein Anspruch auf eine Viertelsrente ergibt, ist die Rente schliesslich gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV per 1. August 2016 auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Aufgrund der Änderung des IV-Grades per 1. August 2016 auf 65,67% besteht schliesslich mit Wirkung ab 1. November 2016 (und bis auf Weiteres) wiederum ein Anspruch auf eine halbe Rente. 7.9 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. Der Beschwerdeführerin sind folgende Leistungen zuzusprechen: ab 1. Oktober 2014: eine halbe Rente, ab 1. April 2015: eine Viertelsrente, ab 1. April 2016: eine ganze Rente, ab 1. August 2016: eine Viertelsrente und ab 1. November 2016: eine halbe Rente.

C-2539/2020 Seite 35 8. Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG). Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Einer unterliegenden Vorinstanz sind gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. 8.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 2 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Die Spesen werden aufgrund der tatsächlichen Kosten ausbezahlt (Art. 11 Abs. 1 VGKE). Die Beschwerdeführerin war im vorliegenden Verfahren anwaltlich vertreten, weshalb ihr zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht, weshalb die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwands auf Fr. 3'500.- festzusetzen ist.

C-2539/2020 Seite 36

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