

# **BVGer C-288/2021 vom 7. Juni 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-288\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-288_2021)

FR: TAF C-288/2021 du 7 juin 2023

IT: TAF C-288/2021 del 7 giugno 2023

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat in casu die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die Verfügungen vom 21. Dezember 2020 und vom 25. Januar 2021 erlassen hat. 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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

#### **E. 1.1**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat in casu die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die Verfügungen vom 21. Dezember 2020 und vom 25. Januar 2021 erlassen hat. 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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

#### **E. 1.2**

Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und

C-288/2021, C-452/2021 Seite 8 formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

#### **E. 2.1.1**

Hinsichtlich des Anfechtungsobjekts ist vorab festzuhalten, dass es sich bei der vorinstanzlichen Verfügung vom 25. Januar 2021 formell gesehen um eine Wiedererwägung pendente lite handelt, da zu diesem Zeitpunkt aufgrund der am 20. Januar 2021 erfolgten Beschwerdeerhebung gegen die Verfügung vom 21. Dezember 2020 bereits eine Beschwerde in gleicher Sache beim Bundesverwaltungsgericht rechtshängig war (vgl. BGE 125 V 345 E. 2b/bb; ANDREA PFLEIDERER, in: Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], 2. Aufl., Zürich 2016, Art. 58 N 23). Die Vorinstanz kann bis zu ihrer Vernehmlassung die angefochtene Verfügung in Wiedererwägung ziehen (Art. 58 Abs. 1 VwVG; Art. 53 Abs. 3 ATSG). Sie eröffnet eine neue Verfügung ohne Verzug den Parteien und bringt sie der Beschwerdeinstanz zur Kenntnis (Art. 58 Abs. 2 VwVG). Die Beschwerdeinstanz setzt die Behandlung der Beschwerde fort, soweit diese durch die neue Verfügung der Vorinstanz nicht gegenstandslos geworden ist (Art. 58 Abs. 3 VwVG; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts I 115/06 vom 15. Juni 2007 E. 2). Sofern demzufolge diese neue Verfügung die Begehren der beschwerdeführenden Person nur teilweise erfüllt, ist eine Abschreibung infolge Gegenstandslosigkeit unzulässig und die neue Verfügung gilt als mitangefochten im fortzusetzenden Verfahren (vgl. Urteil des BGer 8C\_329/2012 vom 21. September 2012 E. 4; vgl. auch ANDREA PFLEIDERER, a.a.O., Art. 58 Rz. 46).

### **E. 2.1.2**

Mit der vorliegend pendente lite erlassenen Wiedererwägungsverfügung vom 25. Januar 2021, mit welcher sie die Verfügung vom 21. Dezember 2020 ersetzt hat, hat die Vorinstanz einzig die mangelhafte Eröffnung der ursprünglich angefochtenen Verfügung behoben. Den Begehren der Beschwerdeführerin hat sie indessen nicht ansatzweise entsprochen, da die neue Verfügung absolut identisch mit der ursprünglich angefochtenen Verfügung ist, so dass sie diese – wie z.B. eine Verfügung, bei welcher lediglich die Begründung ausgewechselt oder geändert wurden – von vornherein nicht zu ersetzen vermag (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Aufl., Basel 2022, Rz. 3.46 mit Hinweis auf das Urteil des BVer B-18/2006 vom 23. August 2007 E. 1.2; vgl. in diesem Zusammenhang auch Urteil des BVer B-2258/2006 vom 14. April 2008 E. 1.1 mit Hinweis auf BGE 113 V 237 E. 1 und ISABELLE HÄNER, Die Beteiligten im Verwaltungsverfahren und

C-288/2021, C-452/2021 Seite 9 Verwaltungsprozess, Zürich 2000, S. 313, FN. 1607). Demzufolge bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) die Verfügung vom 21. Dezember 2020 – die neue Verfügung gilt dabei als mitangefochten –, mit welcher der Beschwerdeführerin eine vom 1. Oktober 2018 bis zum 31. Dezember 2019 befristete halbe IV-Rente zugesprochen wurde. Auch wenn die Beschwerdeführerin vorliegend ausschliesslich die fehlende Rentenzusprache über den 31. Dezember 2019 hinaus beanstandet, so stellt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Invalidenrente als solche und nicht lediglich deren einzelne Faktoren für die (massliche und zeitliche) Festsetzung der Leistung Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens dar (vgl. Urteil des BGer 8C\_133/2022 vom 7. September 2022 E. 5.2). Wird also – wie vorliegend – gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise aufgehoben, so wird die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestrittene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (vgl. BGE 125 V 413 E. 2b und 2d mit Hinweisen). Den Streitgegenstand bestimmende, aber nicht beanstandete Elemente

prüft die Beschwerdeinstanz indes nur, wenn hierzu aufgrund der Vorbringen der Parteien oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 125 V 413 E. 2c).

### **E. 2.2**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.3**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

### **E. 2.4**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes

C-288/2021, C-452/2021 Seite 10 vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C\_693/2010 E. 10; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_732/2015 vom 29. März 2016 E. 3.1.2).

### **E. 2.5**

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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz 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 Anwendungsbe- reich 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. Dezember 2020) eingetretenen Sachver- halt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither

C-288/2021, C-452/2021 Seite 11 verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwal- tungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu be- rücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper- lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu- mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil- weise 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 Erwerbsunfä- higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchti- gung 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 Tä- tigkeit 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 nicht durch zumutbare Eingliede- rungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch- schnittlich 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). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Ren- tenanspruch ist, dass die Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Al- ters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (vgl. IV-act. 9). Im Weiteren entsteht der Rentenanspruch 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

C-288/2021, C-452/2021 Seite 12 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. 4.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 4.4**

Für die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog Anwendung; vgl. BGE 133 V 263 E. 6.1; 131 V 164 E. 2.2; Urteil des BGer 8C\_124/2021 vom 2. August 2021 E. 2.2):

#### **E. 4.4.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 4.4.2**

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; in jedem Fall ist sie zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei

C-288/2021, C-452/2021 Seite 13 Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

### **E. 4.5**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den

rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

#### **E. 4.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGR 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.8**

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, 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

C-288/2021, C-452/2021 Seite 14 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).  
Betreffend den sozialen Kontext ist festzuhalten, dass soziale Belastungen, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 m.H.). Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das

bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a m.H.; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_609/2018 vom 6. März 2019 E. 3.4 m.H.)

#### **E. 4.9**

Was retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit angeht, so sind diese rechtsprechungsgemäss schwierig und entsprechende Begutachtungen sollten deshalb erhöhten Ansprüchen genügen. Die Gutachterin bzw. der Gutachter hat – soweit nötig – hierbei alle Informationsquellen zu berücksichtigen, die zur Verfügung stehen, wie die Krankengeschichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, ausführliche Patienten-, Fremd- und Sozialanamnesen und die vollständigen Akten der involvierten Sozialversicherer und Behörden (vgl. Urteil des EVG vom I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5).

C-288/2021, C-452/2021 Seite 15

#### **E. 4.10**

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

#### **E. 5**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht lediglich eine von 1. Oktober 2018 bis Ende Dezember 2019 befristete halbe Invalidenrente zugesprochen hat. Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

##### **E. 5.1.1**

Zunächst ergibt sich aus den bei der Krankentaggeldversicherung eingeholten Akten, dass vom 8. September 2017 bis 30. April 2018 (bei- nahe) durchgehend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. die diversen AUF-Bescheinigungen, IV-Act. 11.1 S. 12, S. 20, S. 23-25, S. 28, S. 36-38 und S. 44-47).

##### **E. 5.1.2**

Im Weiteren ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Herbst 2017 einen dekompensativen depressiven Zusammenbruch erlitten hat, weshalb sie sich vom 30. November 2017 bis 17. Januar 2018 in der Klinik C.\_\_\_\_\_, (...), in stationäre psychiatrische Behandlung begeben hat. Im Rahmen der stationären Behandlung wurde als

Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) diagnostiziert. Im Weiteren wurden als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0), ein Status nach Low Dosis-Abhängigkeitssyndrom Stilnox (iatrogen induziert [ICD-10 F13.2]; der schädliche Gebrauch konnte im Verlauf der stationären Behandlung in der Klinik komplikationslos abgesetzt werden), Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Situation (ICD-10 Z56), Belastungen in Verbindung mit der familiären Situation (ICD-10 Z63) sowie ein Status nach Herpes labialis (ICD-10 B00.9) gestellt. Die Beschwerdeführerin sei in stabilisiertem Zustand entlassen worden, wobei die Stimmung, der Antrieb und die Konzentration deutlich verbessert gewesen seien. Ebenso habe sich die Schlafstörung im Längsschnitt verbessert; allerdings hätten sich gegen Ende des stationären Aufenthaltes die Schlafstörung und innere Unruhen wieder verstärkt (vgl. die Berichte der Klinik C.\_\_\_\_\_ zu Handen der Krankentaggeldversicherung sowie zu Handen

C-288/2021, C-452/2021 Seite 16 der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ vom 12. April 2018 respektive vom 5. Juni 2018 [IV-act. 11 S. 4 ff. und IV-act. 18]).

### **E. 5.1.3**

Aus dem zu Handen der Krankentaggeldversicherung erstellten Erstbericht des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 2. März 2018 ergibt sich ergänzend, dass sich das Leiden – wobei der Arzt im Unterschied zur Klinik C.\_\_\_\_\_ die Diagnose «depressive Episode, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F32.9)» nannte – durch zunehmende Schlafstörungen manifestiert habe; im Weiteren sei die Beschwerdeführerin bereits 2011 aufgrund desselben Leidens in Behandlung gewesen. Bis Ende März 2018 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Schliesslich führte er bezüglich einer Wiedereingliederung aus, dass ein langsamer Wiedereinstieg erforderlich sei, wobei ab dem 5. März 2018 eine Arbeitsaufnahme von 3 Stunden pro Tag geplant sei (vgl. IV-act. 11 S. 13 ff.). In seinem zu Handen der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ erstellten Arztbericht vom 16. Mai 2018 erwähnte der Hausarzt zusätzlich die Diagnose «sonstige Schlafstörungen (ICD-10 G47.8)». Im Weiteren führte er aus, dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin nur im eingeschränkten Umfang zumutbar sei, wobei ab dem 1. Mai 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % gegeben sei (vgl. IV-act. 16).

### **E. 5.1.4**

Im Verlaufsbericht zu Handen der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 stellte die behandelnde Fachärztin Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11; ED 2006, jetzt seit Dezember 2016) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 %. 8 Lektionen seien aus medizinischer Sicht zumutbar, wobei davon 2,5 Lektionen im Arbeitsversuch ausgeübt würden. Bezüglich des Befunds hielt die Ärztin fest, dass die Beschwerdeführerin eine verringerte Belastbarkeit beklage, die sie dann als Benommenheit beziehungsweise Dünnhäutigkeit erlebe. Die Symptome seien geringer, wenn sie gut schlafe beziehungsweise Ruhepausen habe. Sie neige dazu, ihre eigene Belastungsgrenze nicht zu erkennen. Die Beschwerdeführerin wirke bedrückt, reduziert schwingungsfähig und weise weder Depersonalisationen noch Derealisationen noch Ich-Störungen oder Wahrnehmungsstörungen auf. Es bestünden intermittierendes Grübeln, eine verringerte

Konzentration und Merkfähigkeit (neuropsychologisch objektiviert), eine leichte Verlangsamung der Arbeitsgeschwindigkeit wie auch der Aufmerksamkeit bei vermehrter Belastung sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Diese Symptome wirkten sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Prognostisch zeichne sich zwar

C-288/2021, C-452/2021 Seite 17 insgesamt eine allmähliche Besserung ab, und die Arbeitsfähigkeit liesse sich durch die Fortsetzung der Behandlung noch in gewissem Masse steigern. Dennoch entstehe der Eindruck, dass sie ihr früheres Leistungsniveau mittelfristig nicht werde erreichen können. Insgesamt sei in ihrer Tätigkeit als Heilpädagogin zu beachten, dass weniger die Zahl der Lektionen oder Klassen bedeutsam sei, als die Anzahl der zu betreuenden Kinder und gegebenenfalls auch deren Familien (vgl. IV-act. 33 S. 1-6).

#### **E. 5.1.5**

Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ legte ihrem vorgenannten Verlaufsbericht vom 30. Januar 2019 einen MRT-Befundbericht des Neurocraniums vom 18. Dezember 2018 bei, der altersentsprechende normale Werte mit einzelnen unspezifischen Gliosefoci frontal ergeben habe; ebenso habe die MR-Angiographie des Neurocraniums normale Werte ergeben (vgl. IV-act. 33 S. 7). Ausserdem waren die Seiten 1, 3 und 5 des sechsseitigen, zu Händen des Hausarztes erstellten Austrittsberichts der Klinik C.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018, in dem etwas ausführlicher das in den Berichten zu Händen der Krankentaggeldversicherung vom 12. April 2018 und zu Händen der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 Dargelegte ausgeführt wurde (vgl. dazu insb. die vollständige Fassung des Berichts in IV-act. 104 S. 22 ff.), sowie die erste Seite eines schlafmedizinischen Befundberichts des Universitätsspitals (...) vom 21. November 2013, in dem bei 18 Weckreaktionen eine Schlafeffizienz von 75,4 festgehalten wurde (vgl. IV-act. 33 S. 11), ihrem Verlaufsbericht beigelegt (vgl. IV-act. 33 S. 7).

#### **E. 5.1.6**

Aus den diversen Protokollen sowohl des Case Managements des Arbeitgebers als auch der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ aus dem Zeitraum vom

#### **E. 5.1.7**

Auf entsprechende Anfrage hin hielt die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, am 12. Februar 2019 fest, dass unter Berücksichtigung der Diagnose (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom [ICD-10 F33.11]) und des schleppenden bis stagnierenden Verlaufs die Prognose, dass die Versicherte mittelfristig ihr angestammtes Pensum wieder erreiche, ungünstig sei, weshalb es aus medizinischer Sicht sinnvoll sei, den Fall in die Rentenprüfung zu geben (IV-act. 36).

C-288/2021, C-452/2021 Seite 18

#### **E. 5.2**

Aufgrund des kurz nach Abschluss der Frühinterventionsmassnahmen erlittenen Ski-Unfalls vom 12. März 2019 wurden auch die entsprechenden Unfallakten beigelegt (IV-act. 55). Der beim Unfall erlittene Kreuzbandriss im linken Knie wurde am 13. März 2019 mittels arthroskopischer Operation versorgt (vgl. den Operationsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 13. März 2019 sowie dessen Befund- und MRT-Befundbericht von 12. bis 14. März 2019 [IV-act. 55.16-55.18]). Die Nachkon-

trollen und Nachbehandlungen mittels Physiotherapie, Lymphdrainagen und Tromboseprophylaxe erfolgten heimatnah und zeigten im Wesentlichen einen zufriedenstellenden Verlauf (vgl. insb. den Verlaufsbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 10. Mai 2019 [IV-act. 55.7]). Aufgrund des Unfallereignisses wurde vom 12. März 2019 bis zum 29. Mai 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Ab dem 30. Mai 2019 erachteten die Ärzte eine Arbeitsfähigkeit für 10,5 Lektionen wieder für zumutbar (vgl. die diversen ärztlichen Atteste, IV-act. 51 S. 2, 55.4, 55.5 S. 2, 55.8 S. 1 f., 55.9 S. 2, 55.19 f., S. 2, 55.32 und 59 S. 2).

### **E. 5.3**

Im Rahmen der Rentenprüfung nahm die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ zunächst eine Haushaltsabklärung vor, im Rahmen welcher die Beschwerdeführerin angegeben hat, bei guter Gesundheit in einem Pensum zwischen 75 % bis 80 % zu arbeiten. Grund für das bewusst gewählte Teilzeitpensum sei primär der Arbeitsweg sowie zusätzlich die körperlich aktiv gestaltete Freizeit mit 2 bis 3 Mal pro Woche Fitnesstraining mit Gerätetraining und Teilnahme an Kursen, Nordic Walking, Wanderungen und Tanzen. Die Versorgung des Hauses habe bei den Überlegungen für ein reduziertes Arbeitspensum hingegen keine Rolle gespielt (vgl. Bericht vom 21. Mai 2019 [IV-act. 50]). Diese Ausführungen bestätigte die Beschwerdeführerin nochmals schriftlich am 20. Mai 2019 (vgl. IV-act. 52).

### **E. 5.4.1**

Im Verlaufsbericht vom 19. Juli 2019 bestätigte Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2019 gestellten Diagnosen und attestierte ab dem 1. Juni 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 10 Lektionen (bei einem Pensum von 21 Lektionen). Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ wies zunächst auf den unfallbedingten Therapieunterbruch hin und hielt im Wesentlichen fest, dass es der Versicherten insgesamt besser gehe als vor einem Jahr, da sie langsam erkenne, nicht so belastbar zu sein wie andere respektive wie es ihr hoher Anspruch an sich fordere. Im Weiteren berichte die Versicherte weiterhin von einer vermehrten Erschöpfbarkeit, von Gefühlen der Betäubung bei Überlastung und einer reduzierten Erholbarkeit

C-288/2021, C-452/2021 Seite 19 des Schlafes mit Durchschlafstörungen. Die Versicherte habe sich insgesamt auf einem subjektiv verbesserten Niveau stabilisiert. Mit dem jetzt angepassten Arbeitspensum könne sie perspektivisch gut umgehen. Die Reduktion sei jedoch aus Krankheitsgründen erfolgt. Die rezidivierende depressive Störung gehe häufig mit einem chronischen Verlauf einher. Eine Fortsetzung von Psychopharmaka-Therapie und Psychotherapie sei angezeigt. Auch wenn die Versicherte selbst eine subjektive Besserung angebe und auch ärztlicherseits eine Stabilisierung feststellbar sei, so entspreche die Belastbarkeit doch weiterhin einer mittelschweren depressiven Episode. Aktuell sei der Zustand stationär, könne jedoch durch medizinische Massnahmen weiter verbessert werden (vgl. IV-act. 63).

### **E. 5.4.2**

Gestützt auf diese medizinischen Akten empfahl der RAD die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. I. \_\_\_\_\_. Ein polydisziplinäres Gutachten sei trotz des Unfalls vom 12. März 2019 nicht erforderlich, weil weder die Versicherte noch die behandelnden Ärzte somatische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geltend gemacht hätten (vgl. Stellungnahmen vom 3. und 5. September 2019 [IV-act.

67]).

## **E. 5.5**

Die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, fand am 2. Dezember 2019 statt. Das Gutachten wurde am 6. Januar 2020 erstattet (IV-act. 71).

### **E. 5.5.1**

Dr. med. I. \_\_\_\_\_ stellte gestützt auf die ihm von der kantonalen IV- Stelle zur Verfügung gestellten medizinischen Akten sowie gestützt auf die eigene ambulante psychiatrische Untersuchung vom 2. Dezember 2019 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Nicht-organi- sche Insomnie (ICD-10 F51.0) und als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1).

### **E. 5.5.2**

Zur Begründung seiner Diagnosestellung führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen aus, die Explorandin leide seit 2007 unter Schlafstörun- gen, die bis 2018 mit Benzodiazepinen behandelt worden seien. Aufgrund dieser Schlafstörung und auch aufgrund beruflicher und privater Belastun- gen sei die Explorandin 2017 in eine depressive Krise geraten, daher ar- beitsunfähig geschrieben und schliesslich vorübergehend in der Klinik C. \_\_\_\_\_ behandelt worden, wo sich das depressive Zustandsbild ge- mäss des Austrittsberichts während der Klinikbehandlung bereits deutlich

C-288/2021, C-452/2021 Seite 20 gebessert habe. Seither sei sie von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ambulant antidepressiv behandelt worden, wobei die Therapien entgegen Aussagen der Beschwerdeführerin statt alle 6 Wochen alle vier Monate stattfinden würden. Aufgrund dieser adäquaten Behandlung habe sich die depressive Störung zurückgebildet; es seien zurzeit keine depressiven Symptome vor- handen. Die Explorandin könne am Morgen gut aufstehen, arbeite wäh- rend 10 Lektionen pro Woche als Heilpädagogin in (...), sei in der Freizeit sehr aktiv und pflege rege soziale Kontakte. An drei Abenden pro Woche besuche sie ein Fitnesstraining und singe an einem Abend pro Woche im Chor. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopatholo- gischen Befunde erhoben werden können. Die mittelgradige depressive Störung, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe, sei vollständig remittiert. Nach wie vor bestehe eine leichte Schlafstörung, die sich trotz Behandlung mit Lamictal nicht vollständig gebessert habe. Die Explorandin erwache nachts öfters, könne meistens aber wieder gut einschlafen. Tagsüber ist sie aber deswegen etwas müde, es liegt eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit vor. Aufgrund der chronischen Insomnie bestehe eine geringgradige Beein- trächtigung der Arbeitsfähigkeit.

### **E. 5.5.3**

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung inklusive der Diskussion der Standardindikatoren fasste Dr. med. I. \_\_\_\_\_ zusam- men, dass die Explorandin erfolgreich Pädagogik und Heilpädagogik stu- diert habe und seit Jahren in ihrem Beruf tätig sei. Von ihrer Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Die Explorandin sei seit Jahren durch die chronischen Schlafstörungen belastet, die wesentlich dazu beigetragen hätten, dass es zur depressiven Symptomatik gekom- men sei. Zurzeit sei keine depressive Symptomatik mehr feststellbar und die Depression sei remittiert, da die ambulante Behandlung erfolgreich ge- wesen sei. Die Explorandin arbeite während 10

Lektionen pro Woche, gehe daneben aktiv zahlreichen Freizeit Aktivitäten nach, habe seit jeher eine gute Beziehung zu ihren Familienangehörigen und pflege soziale Kontakte. Aufgrund der Tagesgestaltung sei klar ersichtlich, dass die Explorandin nicht an einer mittelgradigen depressiven Störung leiden könne, zumal keine depressiven Symptome vorhanden seien. Die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei daher nicht nachvollziehbar. Es sei zwar verständlich, dass die Explorandin aufgrund der durchgemachten depressiven Störung etwas verunsichert sei; dies allein sei aber kein Grund, weiterhin eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Da die Explorandin im Alltag und in ihrer Berufsausbildung durch die depressive Symptomatik nicht länger eingeschränkt sei, bestehe einzig eine leicht verminderte Belastbarkeit aufgrund der chronischen Schlafstörung. Es sei hierzu zu erwähnen,

C-288/2021, C-452/2021 Seite 21 dass die Explorandin bereits seit März 2018 ihre Arbeit wieder aufgenommen und ab August 2018 10 Lektionen pro Woche unterrichtet habe. Im März 2019 habe sie beim Skifahren einen Kreuzbandriss erlitten. Auch dies sei ein Hinweis dafür, dass sie im Frühjahr 2019 nicht mehr wesentlich unter depressiven Symptomen gelitten habe. Es fänden sich auch keine Hinweise dafür, dass die Explorandin früher jemals an einer depressiven Störung gelitten habe. Somit könne auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht bestätigt werden. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit wie auch in Verweistätigkeiten bestehe aus psychiatrischer Sicht bei einer zumutbaren Anwesenheit von 8,5 Stunden eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Die geringgradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergebe sich einzig und allein aufgrund der Schlafstörung; Komorbiditäten bestünden aufgrund der remittierten Depression nicht. Vorher habe von September 2017 bis Februar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und von März 2018 bis Juli 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Ausserberuflich sei sie hingegen nicht beeinträchtigt. Da die Schlafstörung weitgehend chronifiziert sei, könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden.

## **E. 5.6**

Im Vorbescheidverfahren liess die Beschwerdeführerin ihren Einwand durch die behandelnde Psychiaterin Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 9. März 2020 medizinisch begründen. Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ be- anstandete das Gutachten, da der Gutachter sowohl von einer falschen Behandlungsfrequenz als auch von einer falschen Medikation ausgegangen sei und den psychopathologischen Befund nicht vollständig erhoben habe. Im Weiteren habe er die Schlafstörungen nicht als Zeichen der affektiven Erkrankung erkannt und die kognitiven Defizite nicht berücksichtigt, die erfolgreiche Reintegration nicht gewertet. Zudem verkenne der Gutachter die Gefahr der Dekompensation bei Steigerung des Arbeitspensums, da die Beschwerdeführerin gerne mehr arbeiten würde. Ebenso berücksichtige er die Vorgeschichte nur ungenügend und habe ein falsches Verständnis betreffend die rezidivierende Depression (vgl. IV-act. 79).

### **E. 5.6.1**

Die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt am 26. Mai 2020 im Wesentlichen fest, dass bezüglich der Therapiefrequenz möglicherweise ein Missverständnis vorliege, was jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Betreffend die Medikation habe der Gutachter angenommen, die Therapie erfolge lediglich mit dem Präparat Lamotrigin, da die Versicherte nur dieses Medikament erwähnt habe. Demzufolge sei auch nur der Spiegel des Lamotrigin bestimmt worden. Im Weiteren habe der Gutachter die Schlafstörungen

berücksichtigt wie auch ausführlich Stellung zur gestellten

C-288/2021, C-452/2021 Seite 22 Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode genommen; gemäss Gutachter führten die Schlafstörungen zu einer geringgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10%. Betreffend psychopathologischen Befund habe der Gutachter 12 Merkmalsbereiche nach AMDP erhoben. Die aufgeführten teils somatischen Befunde wie Appetit, Gewicht, Selbstbewusstsein und Sexualität seien vom Gutachter zwar nicht erfragt worden, jedoch seien für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht die Diagnose allein, sondern vornehmlich die funktionalen Einschränkungen und damit allfällig einhergehende Verminderungen der Arbeitsfähigkeit relevant. Der Ätiologie von Erkrankungen wie auch den Diagnosen komme dabei eine untergeordnete Rolle zu. Auch wenn aus psychiatrischer Sicht das Bestreiten des Vorliegens einer depressiven Störung in der Vergangenheit nicht begründet erscheine, so erschienen die Ausführungen des Gutachters zum aktuellen Funktionsniveau überzeugend und schlüssig. Auf die beigelegte neuropsychologische Untersuchung vom 11. Dezember 2018 könne nicht abgestellt werden, da diese eineinhalb Jahre zurückliege. Ausserdem habe die Versicherte keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt; sie habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können und die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien gemäss Gutachter während der Exploration intakt gewesen. In Ergänzung dazu führte der RAD-Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 26. Mai 2020 aus, dass, auch wenn das vorliegende Gutachten mit Blick auf die gestellten Diagnosen und den zugrundeliegenden Begründungen nicht völlig überzeuge, die Ausführungen zum aktuellen Funktionsniveau und zur gegenwärtig (gering ausgeprägten) Psychopathologie doch schlüssig und nachvollziehbar erschienen, weshalb auf die aktuellen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit abgestellt werden soll. Im Gegensatz dazu sei die Angabe zum Verlauf mit 90% Arbeitsfähigkeit ab September 2018 gutachterlich weder schlüssig noch argumentativ untermauert, weshalb auf diese Einschätzung nicht abgestellt werden könne und anstatt dessen für diesen Zeitraum auf die echtzeitlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten abzustellen sei (vgl. IV-act. 82 f.).

### **E. 5.6.2**

Infolge des neuen Vorbescheids vom 4. Juni 2020 reichte die Beschwerdeführerin nebst den teils schwer leserlichen handschriftlich abfassten Behandlungsakten der Psychologischen Psychotherapeutin Dipl.-Psych K. \_\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin von Oktober 2017 bis Januar 2019 betreut hatte, eine erneute Stellungnahme von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2020 ein. Letztere bestätigte im Wesentlichen ihre mit Stellungnahme vom 9. März 2020 dargelegten Punkte. Ergänzend wies sie darauf hin, dass auch gemäss RAD-Psychiater das psychiatrische

C-288/2021, C-452/2021 Seite 23 Gutachten mangelbehaftet sei, weil die gestellten Diagnosen und die zugrundeliegende Begründung nicht völlig überzeugten und die Angabe zum Verlauf mit 90% Arbeitsfähigkeit ab September 2018 gutachterlich weder schlüssig noch argumentativ untermauert sei. Die Arbeitsmedizinerin wage sich ihrer Ansicht nach zu weit vor, wenn sie ihre Kritik am psychopathologischen Befund damit zurückweise, dass die Befunde nicht relevant für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien und dass ein psychiatrischer Gutachter so genannte somatische Befunde, wie zum Beispiel das Selbstbewusstsein, nicht erfragen müsse. Ausserdem seien Ergebnisse einer neuropsychologischen Untersuchung in der Regel deutlich aussagekräftiger als die im Rahmen der im psychopathologischen Befund erhobenen kognitiven Befunde. Es

überzeuge zudem nicht, erst einen Mangel des Gutachtens einzuräumen, die Schlussfolgerungen aus dem Mangel aber überzeugend zu finden. Schliesslich müsse im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und durch den Ehemann als Ressource angesehen werden; jedoch würden die fortbestehenden kognitiven Probleme die Patientin zusätzlich verunsichern, dies insbesondere auch vor dem Hintergrund einer Demenzerkrankung bei ihrem Vater. Die Patientin sei jedenfalls seit der Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit und auch prospektiv als krankheitsbedingt zu 50 % als arbeitsunfähig anzusehen. Sie erachte es für sinnvoll, die testpsychologische Untersuchung nach nun bald zwei Jahren zu wiederholen und vielleicht auch noch einmal eine schlafmedizinische Untersuchung zu veranlassen (vgl. IV-act. 104 S. 6-8).

### **E. 5.6.3**

Der erneut konsultierte RAD-Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_\_ verwies in seiner Stellungnahme vom 30. November 2020 im Wesentlichen auf seine Ausführungen vom 26. Mai 2020 und empfahl, weiterhin auf das psychiatrische Gutachten abzustellen. Jedoch stimmte er der Therapeutin dahingehend zu, dass das Gutachten hinsichtlich der Diagnostik unbefriedigend sei. Bei den Beschreibungen zu den für die Arbeitsfähigkeit relevanten Funktionsniveaus hingegen sei der Gutachter präzise und orientiere sich an den Beschreibungen der Versicherten. Die Frage, warum die Versicherte trotz des offensichtlich hohen Funktionsniveaus nicht mehr leisten könne, bleibe indes weiterhin argumentativ ohne Untermauerung. Die Stellungnahme der Behandlerin zur RAD Replik auf das Einwandschreiben zur ursprünglichen Verfügung basiere auf unterschiedlichen Einschätzungen und gegenteiligen Behauptungen, ohne dass diese argumentativ gestützt würden. Eine sachliche Stellungnahme sei hier deshalb nicht möglich. Schliesslich sei das Vorliegen einer depressiven Störung und von Schlafstörungen nicht mehr strittig. Die Behandlung habe offenbar angesprochen, auch Dank der Ressourcen der Versicherten und deren Umgebung.

C-288/2021, C-452/2021 Seite 24 Allein wie sich beim Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung und Schlafstörungen, ohne das Vorliegen von Komorbiditäten, eine prospektive 50% Arbeitsunfähigkeit erklären soll, bleibe weiterhin unbegründet. Im Gegenteil, es wird hier, klinisch nachvollziehbar, auf das Vorliegen von psychosozialen Belastungen hingewiesen, welche als IV-fremde Faktoren das Vorliegen von Einschränkungen zusätzlich relativierten (vgl. IV-act. 107). 6. Die Vorinstanz stützt sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung auf das von ihr bei Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholte psychiatrische Gutachten vom 6. Januar 2020 sowie die entsprechenden Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, und Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Mai 2019 und 30. November 2019, die das Gutachten ab Begutachtungszeitpunkt als beweiskräftig erachteten. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass aufgrund der den RAD-Ärzten zur Verfügung stehenden Akten (vgl. dazu E. 5 hiervor) nicht zu beanstanden ist, dass diese eine Begutachtung einzig in der Fachdisziplin Psychiatrie empfohlen haben. Grund für die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 14. April 2018 waren einzig psychische Beschwerden. Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin zum damaligen Zeitpunkt auch an erheblichen somatischen Beschwerden gelitten hat, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, gibt es in den Akten keine. Zwar hat die Beschwerdeführerin noch während des vor Vorinstanz hängigen Leistungsge suchs am 12. März 2019 einen Skiunfall erlitten, bei welchem sie

sich einen Kreuzbandriss zugezogen hat. Aufgrund der Akten steht jedoch fest, dass dieses Unfallereignis lediglich eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte (vgl. die Suva-Akten in IV-act. 55 sowie Angaben im am 24. Juni 2019 eingereichten Attest [IV-act. 59]). Die Beschwerdeführerin macht in casu nicht geltend, seit dem Unfall auch an andauernden somatischen Beschwerden zu leiden; sie macht zur Begründung ihrer Beschwerde viel mehr einzig psychische Beschwerden geltend. Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob das psychiatrische Gutachten im Lichte der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (Indikatorenkatalog) eine schlüssige Beurteilung erlaubt. 6.1 Obwohl die als Entscheidungsgrundlage dienende Expertise vom 6. Januar 2020 gestützt auf eine Anamneseerhebung und auf eigene klinische Untersuchungen erstellt wurde, bestehen erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Diagnosestellung und Beurteilung.

C-288/2021, C-452/2021 Seite 25 6.1.1 6.1.1.1 Zunächst geht aus den vorinstanzlichen Akten hervor, dass das Gutachten offensichtlich nicht in Kenntnis sämtlicher relevanter medizinischer Akten erstellt wurde. Zum einen verfügte die IV-Stelle über genügend Angaben, dass die Beschwerdeführerin bereits früher einmal wegen des selben Leidens in Behandlung gewesen ist. So geht – entgegen der Ansicht der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (vgl. Stellungnahme vom 26. Mai 2020, IV-act. 82 S. 3 zweiter Absatz) – aus den Berichten des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 2. März 2018 (zuhanden der Krankentaggeldversicherung [IV-act. 11.1 S. 13]), der Klinik C.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 (Austrittsbericht zuhanden des Hausarztes [IV-act. 104 S. 22 ff.]) und vom

## **E. 6**

Die Vorinstanz stützt sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung auf das von ihr bei Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholte psychiatrische Gutachten vom 6. Januar 2020 sowie die entsprechenden Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, und Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Mai 2019 und 30. November 2019, die das Gutachten ab Begutachtungszeitpunkt als beweiskräftig erachteten. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass aufgrund der den RAD-Ärzten zur Verfügung stehenden Akten (vgl. dazu E. 5 hiervor) nicht zu beanstanden ist, dass diese eine Begutachtung einzig in der Fachdisziplin Psychiatrie empfohlen haben. Grund für die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 14. April 2018 waren einzig psychische Beschwerden. Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin zum damaligen Zeitpunkt auch an erheblichen somatischen Beschwerden gelitten hat, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, gibt es in den Akten keine. Zwar hat die Beschwerdeführerin noch während des vor Vorinstanz hängigen Leistungsgesuchs am 12. März 2019 einen Skiunfall erlitten, bei welchem sie sich einen Kreuzbandriss zugezogen hat. Aufgrund der Akten steht jedoch fest, dass dieses Unfallereignis lediglich eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte (vgl. die Suva-Akten in IV-act. 55 sowie Angaben im am 24. Juni 2019 eingereichten Attest [IV-act. 59]). Die Beschwerdeführerin macht in casu nicht geltend, seit dem Unfall auch an andauernden somatischen Beschwerden zu leiden; sie macht zur Begründung ihrer Beschwerde viel mehr einzig psychische Beschwerden geltend. Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob das psychiatrische Gutachten im Lichte der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (Indikatorenkatalog) eine schlüssige Beurteilung erlaubt.

### **E. 6.1**

Obwohl die als Entscheidungsgrundlage dienende Expertise vom 6. Januar 2020 gestützt auf eine Anamneseerhebung und auf eigene klinische Untersuchungen erstellt wurde, bestehen erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Diagnosestellung und Beurteilung.

#### **E. 6.1.1.1**

Zunächst geht aus den vorinstanzlichen Akten hervor, dass das Gutachten offensichtlich nicht in Kenntnis sämtlicher relevanter medizinischer Akten erstellt wurde. Zum einen verfügte die IV-Stelle über genügend Angaben, dass die Beschwerdeführerin bereits früher einmal wegen desselben Leidens in Behandlung gewesen ist. So geht - entgegen der Ansicht der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (vgl. Stellungnahme vom 26. Mai 2020, IV-act. 82 S. 3 zweiter Absatz) - aus den Berichten des Hausarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 2. März 2018 (zuhanden der Krankentaggeldversicherung [IV-act. 11.1 S. 13]), der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 (Austrittsbericht zuhanden des Hausarztes [IV-act. 104 S. 22 ff.]) und vom 12. April 2018 (zuhanden der Krankentaggeldversicherung [IV-act. 11.1 S. 4 ff.]) sowie von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 (zuhanden der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ [IV-act. 33]) klar hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits 2011 wegen desselben Leidens in Behandlung war. Insbesondere aus dem Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin wegen depressiver Symptomatik und massiven Schlafstörungen im Frühjahr bis Sommer 2011 stationär in der Klinik L. \_\_\_\_\_ in M. \_\_\_\_\_ in Behandlung war und vor diesem Aufenthalt von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ psychiatrisch behandelt worden war. In diesem Zusammenhang wird im Verlaufsbericht von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 zwar erwähnt, dass es sich bei der Klinik lediglich um eine Einrichtung für traditionelle chinesische Medizin gehandelt haben soll. Ein kurzer Blick auf die Homepage der entsprechenden Klinik zeigt indessen, dass es sich insbesondere auch um eine Privatklinik für Psychosomatik handelt, deren Therapieangebot u.a. die Behandlung von Depressionen und Burnouts umfasst (vgl. [www.L.\\_\\_\\_\\_\\_.de](http://www.L._____.de), zuletzt besucht am 28. März 2023). Obwohl die entsprechenden Berichte aus jener Zeit - insbesondere auch im Zusammenhang mit der vorliegend vom Gutachter bestrittenen Diagnose «rezidivierende (= wiederkehrende) depressive Episode» - zur medizinischen Vorgeschichte und betreffend den weiteren Verlauf bis zur erneuten stationären Behandlung Ende 2017/Anfangs 2018 in der Klinik C. \_\_\_\_\_ ein schlüssigeres Bild liefern könnten, wurden diese von der IV-Stelle nicht eingeholt und vom Gutachter nicht einbezogen.

#### **E. 6.1.1.2**

Im Weiteren kann den vorinstanzlichen Akten entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin wegen ihren psychischen Beschwerden vor der Behandlung durch Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ heimatnah durch die Psychiatrische Psychotherapeutin Dipl.-Psych. K. \_\_\_\_\_ betreut wurde. Obwohl die Beschwerdeführerin die Psychotherapeutin ebenfalls als behandelnde Therapeutin angegeben hat (vgl. IV-act. 20 S. 4 und IV-act. 22), hat die IV-Stelle trotz des geltenden Untersuchungsgrundsatzes auch keine Berichte der Psychotherapeutin eingeholt. Die entsprechenden Behandlungsakten hat die Beschwerdeführerin zwar mit Eingabe vom 31. August 2020 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereicht. Zu diesem Zeitpunkt war das psychiatrische Gutachten vom 6. Januar 2020 bereits erstellt (vgl. IV-act. 104 S. 11 ff.).

#### **E. 6.1.2**

An der gutachterlichen Diagnosestellung und Beurteilung bestehen im Weiteren erhebliche Zweifel, da die Herleitung der Diagnose auch teils auf falschen, teils auf unvollständigen Angaben basiert.

#### **E. 6.1.2.1**

Offensichtlich ist zunächst, dass der Gutachter bei seiner Beurteilung von einer falschen Behandlungsfrequenz der Beschwerdeführerin ausgegangen ist. Im Rahmen der Herleitung seiner Diagnosen führt er aus, dass die Beschwerdeführerin lediglich alle vier Monate zu ihrer Psychiaterin gehen würde, was klar aktenwidrig ist. Es trifft zwar zu, dass es zwischen 22. Februar 2019 und 21. Juni 2019 tatsächlich einen viermonatigen Therapie-Unterbruch gegeben hatte; dies hat Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ transparent in ihrem Verlaufsbericht vom 19. Juli 2019 erwähnt. Sie hat jedoch in diesem Zusammenhang auch klar darauf hingewiesen, dass der am 12. März 2019 erlittene Kreuzbandriss mit anschliessender Rehabilitation der Grund für diesen Unterbruch war, vor diesem Unfallereignis indes die Therapiesitzungen im zweiwöchentlichen Rhythmus stattgefunden haben (vgl. IV-act. 63 S. 2 Ziff. 3).

#### **E. 6.1.2.2**

Im Weiteren basiert die Herleitung der Diagnose auf der Annahme, dass die Beschwerdeführerin medikamentös lediglich mit dem Arzneimittel Lamotrigin behandelt werde, das gemäss Fachinformation (abrufbar unter [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch), zuletzt besucht am 28. März 2023) unter anderem bei Erwachsenen ab 18 Jahren der Prävention von depressiven Episoden dient. Zwar scheint die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration lediglich die Einnahme dieses Präparats angegeben zu haben (vgl. Ziff. 3.1 und Ziff. 3.2.12 des Gutachtens). Jedoch hätte der Gutachter bei Anwendung der gebotenen gutachterlichen Sorgfalt aus den ihm zur Verfügung gestellten Akten entnehmen können, dass die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin zusätzlich auch das Arzneimittel Trazodon Retard 50 mg verschrieben hat, das gemäss Fachinformation (abrufbar unter [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch), zuletzt besucht am 28. März 2023) bei Depressionen mit oder ohne Angststörung indiziert ist. Diese Information kann dem Verlaufsbericht der Psychiaterin vom 30. Januar 2019 ohne Weiteres entnommen werden (vgl. IV-act. 33). Aus dem zweiten Verlaufsbericht der Psychiaterin vom 19. Juli 2019 ergibt sich überdies, dass eine Fortsetzung dieser Psychopharmakotherapie (wie auch der eigentlichen Psychotherapie) weiterhin angezeigt sei. Beide Berichte von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ standen dem Gutachter gemäss Aktenanamnese zur Verfügung. Aus dem Gutachten geht demgegenüber nicht hervor, dass sich der Gutachter bei der Befragung vergewissert hat, ob die Beschwerdeführerin nebst Lamotrigin allenfalls auch weitere Medikamente zu sich nimmt.

#### **E. 6.1.2.3**

Es ist offensichtlich, dass unvollständige oder gar falsche Angaben zur Therapie und Pharmakotherapie die psychiatrische Diagnosestellung beeinflussen können. Dass eine geringere Therapiefrequenz und eine weniger starke Psychopharmakotherapie objektiv auf einen geringeren psychischen Leidensdruck schliessen lassen können, ist offensichtlich. In casu hat Dr. med. I. \_\_\_\_\_ - was die Beschwerdeführerin wie auch ihre Therapeutin zutreffend hervorheben - die unvollständigen respektive falschen Angaben denn auch dahingehend interpretiert, dass die von ihm beurteilte vollständige Remission der Depression auch durch die geringe Behandlungsfrequenz sowie durch die aktuelle

Pharmakotherapie, welche seiner Ansicht nach lediglich aus der Einnahme des Präparats Lamotrigin zur Behandlung der Schlafstörungen (wofür es in der Schweiz gar nicht zugelassen ist, sondern lediglich zur Prävention des Wiederauftretens einer depressiven Episode bei Erwachsenen einerseits, und als Antiepileptikum andererseits) bestehen soll, dokumentiert sei.

### **E. 6.1.3**

Insbesondere basiert die Herleitung der Diagnose im Gutachten offensichtlich auf der Annahme, dass die Beschwerdeführerin früher nie wegen demselben Leiden in Behandlung gewesen sei. Denn im Rahmen der Befragung betreffend allfällige vorgängige Behandlungen werden der stationäre Aufenthalt in der Klinik L. \_\_\_\_\_ in M. \_\_\_\_\_ im Jahr 2011 sowie die zuvor erfolgte psychiatrische Betreuung durch Dr. med. N. \_\_\_\_\_ nicht erwähnt und der Gutachter führt schliesslich unter Ziffer 7.3.3 seines Gutachtens explizit aus, es fänden sich keine Hinweise dafür, dass die Explorandin früher jemals an einer depressiven Störung gelitten hätte; somit könne die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht bestätigt werden (vgl. IV-act. 71 Ziff. 3 S. 12 ff. und Ziff. 7.3.3 S. 20). Diese Annahme ist wohl der Tatsache geschuldet, dass die IV-Stelle vor Auftragsvergabe nicht sämtliche relevanten medizinischen Akten eingeholt hat (vgl. E. 6.1.1 hiervor). Dennoch hätte der Gutachter den ihm zur Verfügung gestellten Akten zumindest entnehmen können, dass die Beschwerdeführerin bereits früher wegen demselben Leiden in Behandlung war. Insbesondere im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ zuhause des Hausarztes vom 2. Februar 2018 wird auf diesen Umstand hingewiesen (vgl. IV-act. 104 S. 22 f.).

### **E. 6.1.4**

Auch die gutachterliche Einordnung der Schlafstörungen als eigenständiges Krankheitsbild (nichtorganische Insomnie [ICD-10 F51.0]) statt - wie von den behandelnden Ärzten beurteilt - als Merkmal einer depressiven Episode erweist sich für den Rechtsanwender als nicht hinreichend begründet. Der Gutachter wertete die seit Jahren bestehenden Schlafstörungen - nebst dem Auftreten von beruflichen und privaten Belastungen - als Ursache der im Jahr 2017 aufgetretenen depressiven Krise. Gemäss dem Kapitel nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10 F51) der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen sind Schlafstörungen jedoch in vielen Fällen Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 251 zweiter Absatz), insbesondere auch von depressiven Episoden (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 169 ff.). Das heisst Schlafstörungen können sowohl ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen als auch ein Merkmal einer anderen psychischen (oder vorliegend nicht geltend gemachten körperlichen) Erkrankung sein. Aufgrund dieses Umstands wie auch aufgrund der Tatsache, dass die behandelnden Ärzte die zum Zeitpunkt der Exploration nach wie vor vorhandenen Schlafstörungen offensichtlich anders beurteilt und dabei als Merkmal einer depressiven Störung erachtet haben, hätte der Gutachter einlässlich begründen müssen, was der Grund für die Schlafstörungen ist und weshalb diese entgegen der Ansicht der behandelnden Ärzte nicht als Ausdruck einer depressiven Störung anzusehen sind. Die eher oberflächlich gehaltene Exploration im Rahmen der Befragung bezüglich des Tagesablaufs (Ziff. 3.2.11) ersetzt jedenfalls eine eingehende Auseinandersetzung mit den nicht bestrittenen Schlafstörungen nicht.

## **E. 6.2**

Auch der RAD bestätigt in seinen Stellungnahmen vom 26. Mai 2020 und vom 30. November 2020, dass das psychiatrische Gutachten in diagnostischer Hinsicht weder nachvollziehbar und noch schlüssig sei. Der RAD-Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte zunächst am 26. Mai 2020 noch etwas zurückhaltend aus, dass das Gutachten mit Blick auf die gestellten Diagnosen und die zugrundeliegenden Begründungen nicht völlig überzeuge, und die retrospektive Beurteilung im Sinne einer ab September 2018 geltenden Arbeitsfähigkeit von 90 % weder schlüssig noch argumentativ untermauert sei (vgl. IV-act. 83). Am 30. November 2020 bestätigte der RAD-Arzt dann explizit, dass das Gutachten hinsichtlich der Diagnostik unbefriedigend und der Therapeutin Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in diesem Punkt zuzustimmen sei (vgl. IV-act. 107 S. 2 Stellungnahme zu Ziff. 3).

## **E. 6.3**

Dass der RAD trotz der offensichtlich mangelbehafteten Diagnosestellung dennoch empfohlen hat, am Gutachten festzuhalten, ist nicht nachvollziehbar. Die RAD-Ärzte halten zwar zutreffend fest, dass nicht die Diagnose allein, sondern vielmehr die Frage nach deren funktionellen Auswirkungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 6). Zudem ist zu beachten, dass bei leichten bis mittelgradigen Depressionen rechtsprechungsgemäss jeweils erhöhte Anforderungen an die Begründung einer Arbeitsunfähigkeit gelten (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Dennoch ist und bleibt Ausgangspunkt einer jeden Prüfung und damit erste Voraussetzung eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Erst aufgrund einer medizinisch einwandfreien Diagnose lassen sich auch die funktionellen Auswirkungen richtig einordnen und beurteilen. Somit erweist sich auch der Verweis des RAD-Arztes auf das vom Gutachter umschriebene aktuelle Funktionsniveau als unbehelflich, zumal gemäss den Ausführungen der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen im Kapitel depressive Episoden das Ausmass noch möglicher und sozialer und beruflicher Aktivitäten im Alltag zwar bei der Beurteilung des Schweregrades einer Episode oft hilfreich ist, es jedoch unklug wäre, die soziale Integration zu einem unentbehrlichen Kriterium für den Schweregrad zu machen, da häufig individuelle, soziale und kulturelle Einflüsse die Beziehung zwischen dem Schweregrad der Symptome und der sozialen Integration beeinflussen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 171 unten).

## **E. 6.4**

Da somit bereits die diagnostische Einordnung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin nicht abschliessend geklärt ist, kann auf die psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ für die Anspruchsprüfung nicht abgestellt werden. Es erübrigt sich somit auch die Prüfung, ob die Einschätzung auch mit Blick auf die Standardindikatoren zu überzeugen vermag. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung zwar zu einzelnen Standardindikatoren Stellung genommen hat, es jedoch im Gutachten - worauf die behandelnde Psychiaterin zu Recht hinweist - an Feststellungen zum Komplex «Persönlichkeit» fehlt (BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Der Gutachter hat nur festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von ihrer Persönlichkeit her nicht beeinträchtigt sei, ohne diese Schlussfolgerung zu begründen.

## **E. 6.5**

Aus dem Dargelegten folgt, dass für die Leistungsbeurteilung nicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2020 abgestellt werden kann. Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin nicht möglich, da diese die allgemeinen Anforderungen an die Beweiskraft medizinischer Unterlagen offensichtlich nicht erfüllen.

#### **E. 7**

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2021 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

#### **E. 8**

Juni 2018 bis zum 6. Februar 2019 ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit von 6 Lektionen plus 2 Lektionen im Arbeitsversuch auf zuletzt 8 Lektionen plus 2,5 Lektionen im Arbeitsversuch steigern konnte (vgl. IV-act. 19 f., 23-26, 29, 34 und 37).

#### **E. 8.1**

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend in Bezug auf massgebliche Fragen im Zusammenhang mit den erhöhten Anforderungen an die psychiatrische Diagnosestellung und den daraus folgenden funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie der fehlenden rechtskonformen Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 der Fall ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E.

#### **E. 8.2**

Aufgrund des Ausgeführten ist der Antrag der Beschwerdeführerin auf Einholung eines Gerichtsgutachtens, auf welches kein Anspruch besteht (vgl. BGE 138 V 271 E. 1.2.2; 139 V 339 E. 4.3), abzuweisen. Vielmehr ist die Angelegenheit an die Vorinstanz zur ergänzenden Abklärung des Sachverhalts zurückzuweisen.

#### **E. 8.3**

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (insbesondere auch durch die Akten betreffend frühere Behandlungen wegen desselben Leidens sowie gegebenenfalls durch Akten der Deutschen Rentenversicherung aufgrund des zwischenzeitlich eingeleiteten zwischenstaatlichen Verfahrens) ein neues psychiatrisches Gutachten bei einer mit der Sache nicht vorbefassten Facharztperson in der Schweiz einzuholen, unter Beachtung der Mitwirkungsrechte. Der bisherige Gutachter Dr. med. I. \_\_\_\_\_ kommt nicht mehr in Frage, da er anlässlich der neuen Begutachtung seine frühere Expertise

hinsichtlich Zuverlässigkeit und

C-288/2021, C-452/2021 Seite 32 Schlüssigkeit überprüfen müsste. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b m.H.; Urteil des BGer 8C\_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Bei der neuen Begutachtung ist praxisgemäss die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Indikatoren-geleiteten Beweisverfahren zu beachten (vgl. BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281), damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren bezüglich der Frage möglich ist, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im gesamten Verlauf in der bisherigen (Heilpädagogin) wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Somatische Erkrankungen mit andauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in den vorliegenden Akten nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht, weshalb sich diesbezügliche Abklärungen gemäss in casu sich präsentieren- dem Aktenstand erübrigen.

#### **E. 8.4**

Im Ergebnis ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 21. Dezember 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. 9. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 9.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 9.2 Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der

C-288/2021, C-452/2021 Seite 33 Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.– gerechtfertigt.

#### **E. 8.14**

mit Hinweisen). Vorliegend war der zwingend erforderliche weitere Abklärungsbedarf offenkundig und die Vorinstanz hätte diesen bereits vor Verfügungserlass erkennen müssen, insbesondere weil auch der RAD die Diagnosestellung wie auch – zumindest teilweise – die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Zweifel gezogen hat. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen ist

abzusehen, weil bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich litte und von einem Substanzverlust bedroht wäre, könnte doch die Verwaltung von

C-288/2021, C-452/2021 Seite 31 vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungs- weise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Die Verwaltung soll nicht dazu verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu MIRIAM LENDFERS, Sachver- ständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, S. 187). Auch bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungs- organen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen, wenn wie vorliegend eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwal- tungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwer- deverfahren korrigiert würde (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Ausserdem spricht auch die Verfahrensgarantie der Wahrung des doppelten Instanzenzugs in Fällen wie dem vorliegenden, in dem eine erstmalige umfassende Abklärung durchzuführen ist, für eine Rückweisung an die Vorinstanz (vgl. Urteile des BVGer C-7010/2018 vom 18. Juli 2019 E. 5.6; C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Schliesslich liegen in casu auch nicht an sich umfassende und beweiskräftige Gutachten vor, welche indessen zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen, so dass sich die Frage nach der Anordnung eines Obergutachtens stellen würde (vgl. BGE 136 V 156 E. 3.3, 125 V 351 E. 3b/aa mit Hinweisen).

## **E. 9**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 9.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 9.2**

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

## E. 12

April 2018 (zuhanden der Krankentaggeldversicherung [IV-act. 11.1 S. 4 ff.]) sowie von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 (zuhanden der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ [IV-act. 33]) klar hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits 2011 wegen desselben Leidens in Behandlung war. Insbesondere aus dem Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin wegen depressiver Symptomatik und massiven Schlafstörungen im Frühjahr bis Sommer 2011 stationär in der Klinik L. \_\_\_\_\_ in M. \_\_\_\_\_ in Behandlung war und vor diesem Aufenthalt von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ psychiatrisch behandelt worden war. In diesem Zusammenhang wird im Verlaufsbericht von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 zwar erwähnt, dass es sich bei der Klinik lediglich um eine Einrichtung für traditionelle chinesische Medizin gehandelt haben soll. Ein kurzer Blick auf die Homepage der entsprechenden Klinik zeigt indessen, dass es sich insbesondere auch um eine Privatklinik für Psychosomatik handelt, deren Therapieangebot u.a. die Behandlung von Depressionen und Burnouts umfasst (vgl. [www.L.\\_\\_\\_\\_\\_.de](http://www.L._____.de), zuletzt besucht am 28. März 2023). Obwohl die entsprechenden Berichte aus jener Zeit – insbesondere auch im Zusammenhang mit der vorliegend vom Gutachter bestrittenen Diagnose «rezidivierende (= wiederkehrende) depressive Episode» – zur medizinischen Vorgeschichte und betreffend den weiteren Verlauf bis zur erneuten stationären Behandlung Ende 2017/Anfangs 2018 in der Klinik C. \_\_\_\_\_ ein schlüssigeres Bild liefern könnten, wurden diese von der IV-Stelle nicht eingeholt und vom Gutachter nicht einbezogen.

6.1.1.2 Im Weiteren kann den vorinstanzlichen Akten entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin wegen ihren psychischen Beschwerden vor der Behandlung durch Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ heimatnah durch die Psychiatrische Psychotherapeutin Dipl.-Psych. K. \_\_\_\_\_ betreut wurde. Obwohl die Beschwerdeführerin die Psychotherapeutin ebenfalls als

C-288/2021, C-452/2021 Seite 26 behandelnde Therapeutin angegeben hat (vgl. IV-act. 20 S. 4 und IV-act. 22), hat die IV-Stelle trotz des geltenden Untersuchungsgrundsatzes auch keine Berichte der Psychotherapeutin eingeholt. Die entsprechenden Behandlungsakten hat die Beschwerdeführerin zwar mit Eingabe vom 31. August 2020 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereicht. Zu diesem Zeitpunkt war das psychiatrische Gutachten vom 6. Januar 2020 bereits erstellt (vgl. IV-act. 104 S. 11 ff.).

6.1.2 An der gutachterlichen Diagnosestellung und Beurteilung bestehen im Weiteren erhebliche Zweifel, da die Herleitung der Diagnose auch teils auf falschen, teils auf unvollständigen Angaben basiert.

6.1.2.1 Offensichtlich ist zunächst, dass der Gutachter bei seiner Beurteilung von einer falschen Behandlungsfrequenz der Beschwerdeführerin ausgegangen ist. Im Rahmen der Herleitung seiner Diagnosen führt er aus, dass die Beschwerdeführerin lediglich alle vier Monate zu ihrer Psychiaterin gehen würde, was klar aktenwidrig ist. Es trifft zwar zu, dass es zwischen 22. Februar 2019 und 21. Juni 2019 tatsächlich einen viermonatigen Therapie-Unterbruch gegeben hatte; dies hat Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ transparent in ihrem Verlaufsbericht vom 19. Juli 2019 erwähnt. Sie hat jedoch in diesem Zusammenhang auch klar darauf hingewiesen, dass der am 12. März 2019 erlittene Kreuzbandriss mit anschliessender Rehabilitation der Grund für diesen Unterbruch war, vor diesem Unfallereignis indes die Therapiesitzungen im zweiwöchentlichen Rhythmus stattgefunden haben (vgl. IV-act. 63 S. 2 Ziff. 3).

6.1.2.2 Im Weiteren basiert die Herleitung der Diagnose auf der Annahme, dass die Beschwerdeführerin medikamentös lediglich mit dem Arzneimittel Lamotrigin behandelt werde, das gemäss Fachinformation (abrufbar unter [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch), zuletzt besucht am 28. März 2023) unter anderem bei Erwachsenen

ab 18 Jahren der Prävention von depressiven Episoden dient. Zwar scheint die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration lediglich die Einnahme dieses Präparats angegeben zu haben (vgl. Ziff. 3.1 und Ziff. 3.2.12 des Gutachtens). Jedoch hätte der Gutachter bei Anwendung der gebotenen gutachterlichen Sorgfalt aus den ihm zur Verfügung gestellten Akten entnehmen können, dass die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin zusätzlich auch das Arzneimittel Trazodon Retard 50 mg verschrieben hat, das gemäss Fachinformation (abrufbar unter [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch), zuletzt besucht am 28. März 2023) bei Depressionen mit oder ohne Angststörung indiziert ist. Diese Information kann dem Verlaufsbericht der Psychiaterin vom 30. Januar 2019 ohne C-288/2021, C-452/2021 Seite 27 Weiteres entnommen werden (vgl. IV-act. 33). Aus dem zweiten Verlaufsbericht der Psychiaterin vom 19. Juli 2019 ergibt sich überdies, dass eine Fortsetzung dieser Psychopharmakotherapie (wie auch der eigentlichen Psychotherapie) weiterhin angezeigt sei. Beide Berichte von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ standen dem Gutachter gemäss Aktenanamnese zur Verfügung. Aus dem Gutachten geht demgegenüber nicht hervor, dass sich der Gutachter bei der Befragung vergewissert hat, ob die Beschwerdeführerin nebst Lamotrigin allenfalls auch weitere Medikamente zu sich nimmt. 6.1.2.3 Es ist offensichtlich, dass unvollständige oder gar falsche Angaben zur Therapie und Pharmakotherapie die psychiatrische Diagnosestellung beeinflussen können. Dass eine geringere Therapiefrequenz und eine weniger starke Psychopharmakotherapie objektiv auf einen geringeren psychischen Leidensdruck schliessen lassen können, ist offensichtlich. In casu hat Dr. med. I. \_\_\_\_\_ – was die Beschwerdeführerin wie auch ihre Therapeutin zutreffend hervorheben – die unvollständigen respektive falschen Angaben denn auch dahingehend interpretiert, dass die von ihm beurteilte vollständige Remission der Depression auch durch die geringe Behandlungsfrequenz sowie durch die aktuelle Pharmakotherapie, welche seiner Ansicht nach lediglich aus der Einnahme des Präparats Lamotrigin zur Behandlung der Schlafstörungen (wofür es in der Schweiz gar nicht zugelassen ist, sondern lediglich zur Prävention des Wiederauftretens einer depressiven Episode bei Erwachsenen einerseits, und als Antiepileptikum andererseits) bestehen soll, dokumentiert sei. 6.1.3 Insbesondere basiert die Herleitung der Diagnose im Gutachten offensichtlich auf der Annahme, dass die Beschwerdeführerin früher nie wegen demselben Leiden in Behandlung gewesen sei. Denn im Rahmen der Befragung betreffend allfällige vorgängige Behandlungen werden der stationäre Aufenthalt in der Klinik L. \_\_\_\_\_ in M. \_\_\_\_\_ im Jahr 2011 sowie die zuvor erfolgte psychiatrische Betreuung durch Dr. med. N. \_\_\_\_\_ nicht erwähnt und der Gutachter führt schliesslich unter Ziffer 7.3.3 seines Gutachtens explizit aus, es fänden sich keine Hinweise dafür, dass die Explo-randin früher jemals an einer depressiven Störung gelitten hätte; somit könne die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht bestätigt werden (vgl. IV-act. 71 Ziff. 3 S. 12 ff. und Ziff. 7.3.3 S. 20). Diese Annahme ist wohl der Tatsache geschuldet, dass die IV-Stelle vor Auftragsvergabe nicht sämtliche relevanten medizinischen Akten eingeholt hat (vgl. E. 6.1.1 hiervor). Dennoch hätte der Gutachter den ihm zur Verfügung gestellten Akten zumindest entnehmen können, dass die Beschwerdeführerin bereits früher wegen demselben Leiden in Behandlung war. Insbesondere

C-288/2021, C-452/2021 Seite 28 im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ zuhanden des Hausarztes vom 2. Februar 2018 wird auf diesen Umstand hingewiesen (vgl. IV-act. 104 S. 22 f.). 6.1.4 Auch die gutachterliche Einordnung der Schlafstörungen als eigenständiges Krankheitsbild (nichtorganische Insomnie [ICD-10 F51.0]) statt – wie von den

behandelnden Ärzten beurteilt – als Merkmal einer depressiven Episode erweist sich für den Rechtsanwender als nicht hinreichend begründet. Der Gutachter wertete die seit Jahren bestehenden Schlafstörungen – nebst dem Auftreten von beruflichen und privaten Belastungen – als Ursache der im Jahr 2017 aufgetretenen depressiven Krise. Gemäss dem Kapitel nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10 F51) der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen sind Schlafstörungen jedoch in vielen Fällen Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit (vgl.

DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 251 zweiter Absatz), insbesondere auch von depressiven Episoden (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 169 ff.). Das heisst Schlafstörungen können sowohl ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen als auch ein Merkmal einer anderen psychischen (oder vorliegend nicht geltend gemachten körperlichen) Erkrankung sein. Aufgrund dieses Umstands wie auch aufgrund der Tatsache, dass die behandelnden Ärzte die zum Zeitpunkt der Exploration nach wie vor vorhandenen Schlafstörungen offensichtlich anders beurteilt und dabei als Merkmal einer depressiven Störung erachtet haben, hätte der Gutachter einlässlich begründen müssen, was der Grund für die Schlafstörungen ist und weshalb diese entgegen der Ansicht der behandelnden Ärzte nicht als Ausdruck einer depressiven Störung anzusehen sind. Die eher oberflächlich gehaltene Exploration im Rahmen der Befragung bezüglich des Tagesablaufs (Ziff. 3.2.11) ersetzt jedenfalls eine eingehende Auseinandersetzung mit den nicht bestrittenen Schlafstörungen nicht. 6.2 Auch der RAD bestätigt in seinen Stellungnahmen vom 26. Mai 2020 und vom 30. November 2020, dass das psychiatrische Gutachten in diagnostischer Hinsicht weder nachvollziehbar und noch schlüssig sei. Der RAD-Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte zunächst am 26. Mai 2020 noch etwas zurückhaltend aus, dass das Gutachten mit Blick auf die gestellten Diagnosen und die zugrundeliegenden Begründungen nicht völlig überzeugend, und die retrospektive Beurteilung im Sinne einer ab September 2018 geltenden Arbeitsfähigkeit von 90 % weder schlüssig noch argumentativ untermauert sei (vgl. IV-act. 83). Am 30. November 2020 bestätigte

C-288/2021, C-452/2021 Seite 29 der RAD-Arzt dann explizit, dass das Gutachten hinsichtlich der Diagnostik unbefriedigend und der Therapeutin Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in diesem Punkt zuzustimmen sei (vgl. IV-act. 107 S. 2 Stellungnahme zu Ziff. 3). 6.3 Dass der RAD trotz der offensichtlich mangelbehafteten Diagnosestellung dennoch empfohlen hat, am Gutachten festzuhalten, ist nicht nachvollziehbar. Die RAD-Ärzte halten zwar zutreffend fest, dass nicht die Diagnose allein, sondern vielmehr die Frage nach deren funktionellen Auswirkungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 6). Zudem ist zu beachten, dass bei leichten bis mittelgradigen Depressionen rechtsprechungsgemäss jeweils erhöhte Anforderungen an die Begründung einer Arbeitsunfähigkeit gelten (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Dennoch ist und bleibt Ausgangspunkt einer jeden Prüfung und damit erste Voraussetzung eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Erst aufgrund einer medizinisch einwandfreien Diagnose lassen sich auch die funktionellen Auswirkungen richtig einordnen und beurteilen. Somit erweist sich auch der Verweis des RAD-Arztes auf das vom Gutachter umschriebene aktuelle Funktionsniveau als unbehelflich, zumal gemäss den Ausführungen der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen im Kapitel depressive Episoden das Ausmass noch möglicher und sozialer und beruflicher Aktivitäten im Alltag zwar bei der Beurteilung des Schweregrades

einer Episode oft hilfreich ist, es jedoch unklug wäre, die soziale Integration zu einem unentbehrlichen Kriterium für den Schweregrad zu machen, da häufig individuelle, soziale und kulturelle Einflüsse die Beziehung zwischen dem Schweregrad der Symptome und der sozialen Integration beeinflussen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 171 unten). 6.4 Da somit bereits die diagnostische Einordnung der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin nicht abschliessend geklärt ist, kann auf die psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ für die Anspruchsprüfung nicht abgestellt werden. Es erübrigt sich somit auch die Prüfung, ob die Einschätzung auch mit Blick auf die Standardindikatoren zu überzeugen vermag. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung zwar zu einzelnen Standardindikatoren Stellung genommen hat, es jedoch im Gutachten – worauf die behandelnde Psychiaterin zu Recht hinweist – an Feststellungen zum Komplex «Persönlichkeit» fehlt (BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Der Gutachter hat nur festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von ihrer Persönlichkeit her nicht beeinträchtigt sei, ohne diese Schlussfolgerung zu begründen.

C-288/2021, C-452/2021 Seite 30 6.5 Aus dem Dargelegten folgt, dass für die Leistungsbeurteilung nicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2020 abgestellt werden kann. Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin nicht möglich, da diese die allgemeinen Anforderungen an die Beweiskraft medizinischer Unterlagen offensichtlich nicht erfüllen. 7. Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2021 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 8.

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