

# **BVGer C-3221/2021 vom 28. März 2025**

Bundesverwaltungsgericht, 2025-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3221\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3221_2021)

FR: TAF C-3221/2021 du 28 mars 2025

IT: TAF C-3221/2021 del 28 marzo 2025

## **Regeste**

Invaliditätsbemessung

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 69 Abs. 1 bis und 2 IVG i.V.m. Art. 63 Abs. 4 VwVG; BVGer-act. 3), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG. Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 130 V 1 E. 3.2; 129 V 113 E. 2.2).

### **E. 2.1**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die

C-3221/2021 Seite 7 Verfügung der IVSTA vom 18. Juni 2021, mit der die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab dem 1. August 2019 gewährt hat. Aufgrund der Rechtsbegehren streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin zu Recht eine halbe Invalidenrente zugesprochen hat.

### **E. 2.2**

Vorab ist anzumerken, dass die eventuelle Rentenberechtigung der Beschwerdeführerin in Deutschland vorliegend nicht massgeblich ist. Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der

Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des BVGer C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3).

### **E. 3.1**

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. 3.2**

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. 3.3**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je

C-3221/2021 Seite 8 m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

### **E. 4.1**

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

### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 18. Juni 2021 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. Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535 ff.) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV [SR 831.201]) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer über- gangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze maßgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 und BGE 144 V 210 E. 4.3.1) und die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2021 (IVSTA-act. 141) vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November

C-3221/2021 Seite 9 2021 datiert, beurteilen sich die Ansprüche der Beschwerdeführerin gegenüber der IV nach dem IVG, der IVV und des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV [SR 830.11]; jeweils Stand am 1. Januar 2021). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

#### **E. 4.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 18. Juni 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C\_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4; BGE 121 V 362 E. 1b).

#### **E. 5**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 6) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten mitberücksich- tigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, wobei die Beitragszeit in der Schweiz aber mindestens ein Jahr betragen muss (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Der Aufstellung der für die Rentenberechnung berücksichtigten Versiche- rungszeiten und Einkommen in der Verfügung vom 18. Juni 2021 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin während 4 Jahren und 11 Mo- naten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet hat (vgl. IVSTA- act. 141; vgl. auch IVSTA-act. 31; 138; 139). Entsprechend ist die Voraus- setzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt. Es bleibt zu prüfen, ob sie invalid im Sinne des Ge- setzes ist.

#### **E. 6.1**

Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Be- gründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit

C-3221/2021 Seite 10 verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 6.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Die Versicherte meldete sich am 27. Februar 2019 (vgl. IVSTA-act. 7) über den deutschen Versicherungsträger zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Demnach könnte der Beschwerdeführerin frühestens ab 1. August 2019 unter der Bedingung, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. Sachverhalt B.a; E. 5 hiervor), eine IV-Rente ausgerichtet werden.

### **E. 6.3**

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

C-3221/2021 Seite 11

### **E. 6.4.1**

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

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

#### **E. 6.4.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). 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). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C\_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

#### **E. 6.4.3**

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen.

C-3221/2021 Seite 12 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3).

#### **E. 6.4.4**

Die Stellungnahmen des 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\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1;

9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). 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 m.H.; 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, 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).

### **E. 6.5**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches

C-3221/2021 Seite 13 Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungserfolg 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).

### **E. 7**

Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2021 im Wesentlichen das Folgende entnehmen (in chronologischer Reihenfolge):

#### **E. 7.1**

In ihrem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 30. Dezember 2019 zuhanden der D.\_\_\_\_\_ Ärzteversorgung diagnostiziert Dr. F.\_\_\_\_\_ nach persönlicher Begutachtung der Beschwerdeführerin eine fortbestehende mindestens mittelschwere depressive Episode (ICD- 10: F32.1) in Kombination mit deutlichen kognitiven Defiziten, eine Migräne ohne

Aura (ICD-10: G43.0), sensible Defizite am ehesten unter Escitalopram. Das Zustandsbild, welches die Beschwerdeführerin gegenwärtig unter pharmakologischer Medikation aufzeige habe sich auf keinen Fall gebessert, tendenziell eher verschlechtert. Die Verschlechterung bestehe insbesondere in der Kognition. Diese stelle sich eindeutig reduziert dar im Gespräch im Rahmen von nicht zu übersehenden Konzentrationsstörungen. Auch das Kurzzeitgedächtnis sei reduziert. Man müsse hier eine deutliche Interferenz sehen zwischen der Depression und der Kognition. Theoretisch

C-3221/2021 Seite 14 wäre z.B. die Durchführung einer Testbatterie völlig sinnlos, weil das Ergebnis im Rahmen der Kognition immer überdeckt würde von der Stimmung, weshalb ein solches Ergebnis nicht bewertbar wäre. Dies führe nicht daran vorbei, dass die Defizite gravierend vorhanden seien. Es sei wohl davon auszugehen, dass solange sich die depressive Störung nicht wirklich verbessere, auch an der Kognition keine Verbesserung zu erwarten sei. Die sensiblen Störungen, am ehesten auch die Parästhesien, seien immer noch zu sehen unter Escitalopram. Diese hätten sich eher verschlechtert. Man könne der Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Kinderpsychiaterin für mindestens weitere zwei Jahre nicht zumuten (IVSTA-act. 46 = Beilage 7 zu BVGer-act. 1).

## **E. 7.2**

Nach eigener Untersuchung sowie neuropsychologischer Testung am 20. Mai 2020 erstattete G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dipl.ad.Sc. Neuropsychology UZH, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, am 3. Juli 2020 ein Gutachten mit neuropsychologischer Zusatzuntersuchung. Der Gutachter stellte darin in Zusammenschau der psychopathologischen und psychometrischen Befunde die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung (ICD-10: F32.1) mit alltags-, verkehrsmedizinisch- und berufsrelevanten kognitiven Beeinträchtigungen. Hinweise für eine komorbide Persönlichkeitsstörung oder weitere Diagnosen auf fachpsychiatrischem Gebiet würden sich nicht finden, die früheren Angstzustände seien abgeklungen. Auf nichtpsychiatrischem Fachgebiet sei eine Migräne mit geringer Frequenz und Behandlungsintensität zu diagnostizieren. Mit Bezug zur beruflichen Tätigkeit als Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehe seit Juni 2018 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht absehbar, dass die Beschwerdeführerin ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen werde. Mit Bezug zu einer angepassten Tätigkeit, z.B. einer beratenden medizinischen Tätigkeit im Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), bestehe ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Diese ergebe sich auf Grundlage der geringen Anforderungen an die Stressresistenz und dem geringen Arbeitsvolumen bzw. der veränderten Rahmenbedingungen im Sinne eines ruhigen Arbeitsumfelds mit gegebenenfalls flexibleren Möglichkeiten für die Arbeitsgestaltung. Bezüglich der Ressourcen könne die Beschwerdeführerin trotz der depressiven Symptomatik auf ihre jahrelange Erfahrung und Fachkenntnisse zurückgreifen. Es sei davon auszugehen, dass bis mindestens April 2019 auch in diesem Bereich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gegeben gewesen sei. Eine sichere Aussage über die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ergebe sich erst

C-3221/2021 Seite 15 anhand der Befunderhebung durch den Gutachter im Juni 2020. Der aktuelle Therapieansatz sei sinnvoll und zweckmässig hinsichtlich einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands (IVSTA-act. 77).

### **E. 7.3**

In seiner medizinischen Stellungnahme vom 1. September 2020 hält der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ fest, die übereinstimmend in allen medizinischen Unterlagen seit Mitte Jahr 2018 festgehaltene 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als privattätige ambulante Kinder- und Jugendpsychiaterin sei nachvollziehbar. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin, im Gegensatz zum Gutachten von Herrn G. \_\_\_\_\_, eine mindestens 70 %-ige Arbeitsfähigkeit bereits ab Juni 2018 zumutbar. Die Einschränkungen seien in erster Linie auf depressiv bedingte kognitive Einschränkungen zurückzuführen, die seit Beginn der depressiven Symptomatik klinisch festgestellt und in mehreren medizinischen Unterlagen erwähnt worden seien. Definitiv seien diese erst im Gutachten von G. \_\_\_\_\_ 2020 testpsychologisch erfasst, wobei sich dort gleichzeitig bei der klinischen Untersuchung keine kognitiven Einschränkungen mehr manifestierten (IVSTA-act. 85)

### **E. 7.4**

In ihrer neuropsychologischen Stellungnahme vom 17. September 2020 gibt Dipl.-Psych. H. \_\_\_\_\_, psychologische Psychotherapeutin, an, dass sich die Beschwerdeführerin seit Mai 2020 bei ihr in psychotherapeutischer und neuropsychologischer Behandlung befinde. Sie führt aus, die Beurteilung von Herrn G. \_\_\_\_\_ sei fachlich anzuzweifeln. Aufgrund der von ihr am 20. Mai 2020 durchgeführten neuropsychologischen Diagnostik und den entsprechenden Befunden sei die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit wie bspw. MDK zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 84 = 98 = 101). Mit ergänzender Stellungnahme vom 19. November 2020 legt sie sodann im Wesentlichen dar, dass Störungen der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, der geteilten Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses und des verbalen Langzeitgedächtnisses in der Summe zu einer neuropsychologischen Beeinträchtigung führten, die für eine Tätigkeit als Ärztin eine 100 %-igen Berufsunfähigkeit ergeben würden. Die Störungen der Aufmerksamkeitsleistungen verunmöglichten für sich genommen Tätigkeiten, die ein schnelles und komplexes Reagieren erforderten, womit eine ärztliche Tätigkeit am Patienten nicht möglich sei. Die Störungen des Arbeitsgedächtnisses und des verbalen Langzeitgedächtnisses verunmöglichten Tätigkeiten, welche das Verarbeiten, Erfassen oder Erstellen komplexer

C-3221/2021 Seite 16 schriftlicher Informationen erforderten, auch wenn diese Tätigkeiten langsam und ohne Zeitdruck durchgeführt würden, womit auch eine Schreibtischaktivität als Ärztin nicht möglich sei (IVSTA-act. 112).

### **E. 7.5**

Aus dem "Ausführlichen ärztlichen Bericht (E 213 D)" von Dr. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, vom 5. Februar 2021 zuhanden der D. \_\_\_\_\_ Ärzteversorgung geht die Diagnose einer anhaltenden und nicht gebesserten schweren Depression (ICD-10: F33.2 [vgl. korrigiertes Gutachten, IVSTA-act. 129 = Beilage 9 zu BVGer-act. 1]) hervor. Die Beschwerdeführerin stelle sich seit Juni 2020 regelmässig in der Praxis vor. Das schwere depressive Bild der Diagnose F32.2 habe sich im Laufe dieser Zeit in keiner Weise gebessert, obschon die Beschwerdeführerin sehr versuche ihren Tag zu strukturieren, regelmässig in die spezifische Psychotherapie gehe und eine komplexe Medikation mit Escitalopram (Anmerkung: ein Antidepressivum, indiziert zur Behandlung von Depressionen in der initialen Phase und als Erhaltungstherapie gegen Rückfälle, zur Pro-

phylaxe neuer Episoden einer unipolaren Depression und von sozialen Phobien. Vgl. <<https://compendium.ch/product/1360134-escitalopram-axapharm-filmtabl-10-mg>>, zuletzt besucht am 17. März 2025) und Agomelatin (Anmerkung: ein Antidepressivum, indiziert zur Behandlung depressiver Episoden Erwachsener und zur anschliessenden Erhaltungs-therapie über 6-12 Monate bei den Patienten, deren depressive Symptomatik auf Agomelatin in der Akutbehandlung gut angesprochen hat. Vgl. <<https://compendium.ch/product/1443245-agomelatin-mepha-filmtabl-25-mg/mpro>>, zuletzt besucht am 17. März 2025) einnehme. Es bestünden weiterhin massive kognitive Beeinträchtigungen mit Konzentrationsstörungen, Durchhaltestörungen, einem verlangsamten Denkvermögen, begleitet von einer massiven Antriebsarmut, Freudlosigkeit und massiven Schlafstörungen. Sie sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 120; 121 und 124 = Beilage 10 zu BVGer-act. 1).

### **E. 7.6**

Gemäss dem RAD-Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 20. April 2021 zeigten die neu eingereichten medizinischen Unterlagen nicht schlüssig und nachvollziehbar einen in erheblichem Mass veränderten Gesundheitszustand gegenüber der RAD-Beurteilung vom 1. September 2020 (vgl. E. 6.3 hiervor), sodass diese nach wie vor ihre Gültigkeit behalte (IVSTA-act. 125).

### **E. 8**

Die Vorinstanz geht vorliegend insbesondere gestützt auf das Gutachten

C-3221/2021 Seite 17 von G. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 (IVSTA-act. 77) sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 1. September 2020 (IVSTA-act. 85) und 20. April 2021 (IVSTA-act. 125) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Juni 2018 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Gestützt auf die vorgenannten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E. \_\_\_\_\_ nimmt sie sodann für leichtere, dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ab Juni 2018 an. Bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit bestünden aufgrund des Gesundheitszustands folgende Einschränkungen: Keine Arbeit die Stress erzeugt, kein schnelles Arbeiten, keine Arbeiten die komplexe Aufgaben beinhalten, keine Arbeiten die Ausdauer erfordern, kein Multitasking. Zudem müsse die Möglichkeit bestehen flexibel Pausen einzulegen und Rücksicht auf die Übersichtsfähigkeit sowie die Reaktionsgeschwindigkeit genommen werden (vgl. IVSTA-act.134).

### **E. 8.1**

Die Beschwerdeführerin macht beschwerdeweise im Wesentlichen geltend, die berücksichtigte Diagnose der mittelgradig depressiven Episode sei falsch. Eine Diagnose entstehe durch die Zusammenschau und Beurteilung aller Befunde, was bedeute, dass die Diagnose alle für sie erforderlichen Symptome bereits enthalte. Der RAD-Arzt kritisiere, dass in den diversen Berichten der behandelnden Ärzte die Symptome nicht komplett aufgelistet worden seien. Die IV (recte: IVSTA) habe die behandelnden Ärzte in den Anfragen nicht über dieses Erfordernis oder das strukturierte Beweisverfahren informiert, welches in Deutschland nicht bekannt sei. Es handle sich hierbei um ein Informationsversäumnis der IVSTA. Alle fünf behandelnden Ärzte hätten als Diagnose mindestens eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) gestellt. Dr. J. \_\_\_\_\_ habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische

Symptome (ICD-10: F.33.2) diagnostiziert. Im für die IVSTA massgebenden, aber fehlerhaften Gutachten von G. \_\_\_\_\_ fehle unter anderem die Begründung, warum eine andere Diagnose als die Behandlungsdiagnose gestellt worden sei. Weiter seien die neuropsychologischen Symptome, welche die Neuropsychologin H. \_\_\_\_\_ fachgerecht abgeklärt habe, nicht angemessen bewertet worden, obwohl genau diese die Hauptursache für den stark beeinträchtigten Lebens- und Haushaltsalltag, die eingeschränkte Mobilität und das grösste Hindernis für eine berufliche Tätigkeit darstellten. Die neuropsychologischen Testungen von Herrn G. \_\_\_\_\_ seien lückenhaft und zum Teil nicht relevant für die Fragestellung. Es fehlten gemäss Frau H. \_\_\_\_\_ Untersuchungen zu Aufmerk-

C-3221/2021 Seite 18 samkeit, Arbeitsgedächtnis, Gedächtnis und Lernfähigkeit in den Bereichen visuelles und verbales Gedächtnis, exekutive Funktionen (Planen, Problemlösen, Wortflüssigkeit, Flexibilität). Die Testung bei Herrn G. \_\_\_\_\_ sei an einem Apparat sowie ausschliesslich in Abwesenheit des Gutachters und deswegen nicht fachgerecht durchgeführt. Die persönliche Anwesenheit des Gutachters bei der neuropsychologischen Begutachtung sei unabdingbar. Das Protokollblatt zu den von H. \_\_\_\_\_ am 20. Mai 2020 durchgeführten Testungen sei Herr G. \_\_\_\_\_ beim Begutachtungstermin übergeben worden, weshalb fraglich sei, warum er diese Tests nicht ausgewertet und die Ergebnisse mitberücksichtigt habe. Leichte, dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeiten könnten angeblich ab Juni 2018 zu 70% durchgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sei ab Juli 2018 für mehrere Monate völlig erschöpft ganztätig auf dem Sofa gelegen, und benötige bis heute ca. einen halben Tag Ruhe (über den Tag verteilt), um sich von schon kleinen geistigen Anstrengungen auszuruhen. Sie habe grosse Probleme länger als 10 bis 15 Minuten zu lesen, den gelesenen Inhalt könne sie sich nicht merken. Es sei nicht vorstellbar, wie sie 70 % arbeiten können soll zusätzlich zu diesem Alltag. Der Gesundheitszustand schränke sie in der Ausübung einer Erwerbsarbeit folgendermassen ein: Keine Arbeiten, die Stress erzeugen, kein schnelles Arbeiten, keine Arbeiten, die komplexe Aufgaben beinhalten, die Ausdauer erfordern und kein Multitasking. Trotzdem werde ihr eine ärztliche Tätigkeit als beratende Gutachterin (immer komplexe Aufgaben, Multitasking, Stress, schnelles Arbeiten, Ausdauer) als angepasste Tätigkeit vorgeschlagen, in einer Reihe mit einfachen Tätigkeiten wie Scannen oder einfachen Bürotätigkeiten. Diese Einordnung halte sie für völlig unangemessen. Zu den vom RAD-Arzt benannten nicht ausgeschöpften ambulanten ärztlichen Behandlungsoptionen, wonach nur monatliche Untersuchungen beim Facharzt für Psychiatrie stattfinden würden, führte sie aus, dass dies der in Deutschland übliche Rahmen für die psychiatrische Behandlung von gesetzlich Versicherten sei. Soweit der RAD ausführe, dass ihm nicht bekannt sei, wo sie sich in psychotherapeutischer Behandlung befinde, habe Frau H. \_\_\_\_\_ der IVSTA bereits am 17. September 2020 schriftlich bekannt gegeben, dass sie sich bei ihr seit Mai 2020 in psychotherapeutischer (Verhaltenstherapie) und neuropsychologischer Behandlung befinde. Sie habe eine Behandlung mit transkranieller Magnetstimulation (im Rahmen einer Studie) an der Universitätsklinik für Psychiatrie in K. \_\_\_\_\_ beantragt, da die positiven Effekte auf neuropsychologische Einbussen bekannt seien. Wegen auffälligem Schädel-MRT habe die Klinik die Behandlung leider abgelehnt. Soweit bemängelt werde, dass keine zumutbaren (teil)stationären

C-3221/2021 Seite 19 Behandlungen stattgefunden hätten, habe dies bisher kein Behandler vorgeschlagen. Sie habe von sich aus beim Institut L. \_\_\_\_\_ (Klinik mit For-

schungsschwerpunkt kognitive Defizite bei Depression) wegen einer neuropsychologischen Behandlung angefragt. Stationär werde nicht an neuropsychologischen Symptomen gearbeitet. Bei ihr stünden die neuropsychologischen Beschwerden im Vordergrund, wofür keine geeigneten stationären Angebote vorhanden seien. Klinikbehandlungen seien deswegen weder sinnvoll, noch angemessen. Dass Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Zwiegespräch nicht sichtbar werden, könne nicht als Beleg für irgendeine Erwerbsfähigkeit verwendet werden. Bezüglich dieser massiven Störungen werde im Gutachten von Herrn Dr. I. \_\_\_\_\_ zu Recht auf die neuropsychologische Diagnostik von Frau H. \_\_\_\_\_ verwiesen. Dort seien diese Symptome umfassend und nicht nur durch subjektive Beobachtung, sondern vor allem durch objektive Testung belegt. Die Ergebnisse dieser qualifizierten neuropsychologischen Diagnostik von Frau H. \_\_\_\_\_ würden durch unvollständige Widergabe vom RAD-Arzt als unbedeutend hingestellt. Die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie sei kein Indiz für fehlende oder vorhandene Therapieresistenz. Dieser Zusammenhang sei willkürlich herbeigeredet bzw. habe möglicherweise in der Schweiz für die Bewilligung einer Psychotherapie eine Bedeutung, in Deutschland aber nicht. Bei der Kombination aus Medikament und Psychotherapie handle es sich gemäss der AWMF-Leitlinie für Depression um eine offiziell empfohlene Therapie bei schwerer depressiver Episode (BVGeract. 1).

## **E. 8.2**

Die Vorinstanz hält dem in ihrer Vernehmlassung entgegen, der mit dem Fall betraute RAD-Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH habe sich zunächst aus den bisherigen medizinischen Akten und Gutachten kein zweifelsfreies Bild der vorliegenden Leiden bilden vermögen, da die diagnostizierte, mittelgradige Depression nicht umfassend einer entsprechenden Behandlung unterzogen worden sei, weshalb sich weitere ergänzende Abklärungen aufgedrängt hätten (vgl. IVSTA-act. 54). Die IV-Stelle habe den Sachverhalt im Anschluss gründlich abklären lassen und ein psychiatrisch/neuropsychologisches Gutachten veranlasst (IVSTA-act. 68). Das Gutachten des G. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 bestätige die Diagnose einer mittelschweren, depressiven Störung (ICD-10: F32.1) eingehend mit einer alltags-, verkehrsmedizinisch und berufsrelevanten kognitiven Beeinträchtigung (vgl. IVSTA-act. 79, S.12). Die von der Beschwerdeführerin eingebrachte Kritik der Neuropsychologin Frau H. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 17. September 2020 (IVSTA-act. 106), demnach das Gutachten lückenhaft und nicht gesamtheitlich sei und folglich nicht verwertbar,

C-3221/2021 Seite 20 habe den beurteilenden Facharzt der IV-Stelle veranlasst, sowohl die fehlenden Untersuchungsergebnisse und Protokolle der neuropsychologischen Untersuchung von Frau H. \_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 einzuholen als auch beim behandelnden Vertrauensarzt, Dr. I. \_\_\_\_\_, einen Gutachterbericht anzufordern (vgl. IVSTA-act. 107). Mit abschliessender Stellungnahme vom 20. April 2021 (IVSTA-act. 132) vermöge der beurteilende RAD-Facharzt weder die seitens des behandelnden Psychiaters (vgl. Bericht vom 5. Februar 2021 [IVSTA-act. 131]) erstellte Diagnose einer schweren Depression zu stützen noch eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, wie dies auch der neuropsychologische Befundbericht von Frau H. \_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 berichte, festzustellen. Begründet werde dies dadurch, dass je nach Zeitpunkt und Verlauf die depressive Episode (ICD-10: F32) oder depressive Störung (ICD-10: F33) leicht-, mittel-, schwergradig und auch remittent sein könne. Die diversen

medizinischen Unterlagen würden bei der Beschwerdeführerin von einer depressiven leicht- bis mittelgradigen, einmal als teilremittenten Symptomatik, seit 2019 mehrheitlich von einer mittelgradigen, depressiven Störung sprechen. Die gemäss ICD-10 erstellten Mindestkriterien für eine schwere Depression würden im Gutachten von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 5. Februar 2021 (IV-StA-act. 131) nicht allesamt erwähnt, die medikamentöse Behandlung betreffend Wirkung und Dosis seien nicht näher beschrieben und folglich nicht schlüssig nachvollziehbar (vgl. IV-StA-act. 132). Zusammenfassend könne der beurteilende Facharzt der IV-Stelle eine begründete, zweifelsfreie schwere, depressive Störung mit gänzlicher Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehen, und halte die Schlussfolgerungen aus der neurologischen Untersuchung von Herrn G. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 weiterhin als massgebend, nachvollziehbar und zweifelfrei. Die dazu erfolgte IV-ärztliche Stellungnahme mit strukturiertem Beweisverfahren vom 1. September 2020 (vgl. IV-StA-act. 88) behalte ihre Gültigkeit und halte in arbeitsmedizinischer Hinsicht fest, dass in einer angepassten beruflichen Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % weiterhin gegeben sei (IV-StA-act. 6).

### **E. 8.3**

Replicando bringt die Beschwerdeführerin ergänzend im Wesentlichen vor, die Vorinstanz behaupte, es sei eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert worden. Alle der Vorinstanz vorliegenden Stellungnahmen der behandelnden Fachärzte für Psychiatrie würden die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.2) stellen. In den Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ werde die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode und eine arbeitsmedizinische Bewertung einer 100 %-igen Berufsunfähigkeit genannt. Gegen die von der Behandlungsdi-

C-3221/2021 Seite 21 agnose abweichenden Diagnose habe sie sich nicht gewehrt, weil komplexe Schriftstücke grösste Anstrengungen bedeuteten und die 100 %-ige Berufsunfähigkeit ihrem Leistungsvermögen entspreche. Das Gutachten von Herrn G. \_\_\_\_\_, in dem die gleiche Diagnose gestellt werde, sei mit teils gravierenden Fehlern behaftet. Ihre Behandlung mit Medikamenten und Psychotherapie entspreche vollständig den Empfehlungen der S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) und sei deshalb umfassend und geeignet. Soweit die Vorinstanz geltend mache, dass die Testergebnisse und Protokolle von Frau H. \_\_\_\_\_ gefehlt hätten, seien diese Herrn G. \_\_\_\_\_ übergeben worden, der diese als Überschrift in seinem Gutachten erwähnt, aber nicht ausgewertet habe. Dr. I. \_\_\_\_\_ habe sich selbst als in gutachterlichen Angelegenheiten unerfahren bezeichnet und sei kein Vertrauensarzt. Herr G. \_\_\_\_\_ habe sodann keine neurologische Untersuchung durchgeführt und in seinem Gutachten sei keine solche dokumentiert. Gemäss dem BSV dürften nur noch Psychologen, welche sich fünf Jahre lang im Bereich Neuropsychologie weitergebildet hätten, entsprechende Gutachten verfassen. Herr G. \_\_\_\_\_ erfülle im Gegensatz zu Frau H. \_\_\_\_\_ diese Anforderungen nicht. Sie habe um eine weitere neuropsychologische Stellungnahme gebeten (vgl. Beilage 1 zu BVGer-act. 8). Nach den Angaben von Frau H. \_\_\_\_\_ leite sich die 100 %-ige Berufsunfähigkeit aus den kognitiven Störungen ab und nicht aus dem Schweregrad der Depression. Schwere kognitive Störungen könnten auch bei leichtgradigen Depressionen auftreten und die berufliche Leistungsfähigkeit massiv beeinträchtigen. Frau H. \_\_\_\_\_ bewerte die Prognose aufgrund der Verlaufsbeobachtung in der Behandlung über eineinhalb Jahre als ungünstig (BVGer-act. 8).

#### **E. 8.4**

In ihrer Duplik verweist die Vorinstanz auf eine neu eingeholte Stellungnahme des RAD vom 17. November 2021 (vgl. BVGer-act. 10). Darin hält der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ fest, die Psychologin H. \_\_\_\_\_ vermisse, dass in den ICD-10 Kriterien der Schweregrad der kognitiven Störung im Rahmen der Depression nicht gesondert beurteilt werde. Tatsache sei, dass die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite als Symptome (unter mehreren anderen Symptomen) der Depression gelten und als Ganzes in die medizinisch-klinische Beurteilung des Schweregrads der Depression einfließen würden. In den Berichten von Frau H. \_\_\_\_\_ werde keine ICD-10 kodierte Diagnose an sich (auch nicht für Depression) und speziell nicht betreffend eine kognitive Störung aufgeführt. Es handle sich jeweils um psychologische Beurteilungen. Aus medizinischer Sicht gebe es in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen durchwegs Wege und

C-3221/2021 Seite 22 Möglichkeiten, schwere kognitive Störungen anderweitig und nicht im Rahmen der Depression, ICD-10 kodiert zu diagnostizieren, sofern die Kriterien erfüllt seien (z.B. F06.7). Versicherungstechnisch sei der RAD angehalten, die internationale Kodifizierung in jedem Fall zu respektieren und nach diesen die Diagnose(n) der Versicherten zu beurteilen. Betreffend neuropsychologische Beurteilung stütze sich der RAD in erster Linie auf das neuropsychologische Gutachten von G. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020. Es handle sich dabei um eine neuropsychologische klinische Untersuchung und um eine umfangreiche computergestützte Psychometrie. Im Gutachten werde insgesamt von einer leichten neuropsychologischen Beeinträchtigung ausgegangen (Arbeitsunfähigkeit 10-30 % aus rein neuropsychologischer Sicht nach den Kriterien FREI ET AL.). Die neuropsychologischen Beeinträchtigungen würden im Rahmen einer mittelschweren depressiven Episode laut ICD-10: F32.1 interpretiert. Im Übrigen werde auf die RAD-Stellungnahmen vom 1. September 2020 und 20. April 2021 verwiesen (Beilage 1 zu BVGer-act. 10).

#### **E. 8.5**

Mit unaufgeforderter Eingabe wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass zwischenzeitlich im Auftrag der D. \_\_\_\_\_ Ärzteversorgung ein fachärztliches Folgegutachten über ihren Gesundheitszustand zur Fragestellung der Berufsfähigkeit erstellt worden sei, welches eine dauerhafte 100 %-ige Berufsunfähigkeit bestätige. Auch habe die D. \_\_\_\_\_ Ärzteversorgung die 100 %-ige Berufsunfähigkeit anerkannt. Die Beschreibung der Diagnose der depressiven Störungen sei mit der per 1. Januar in Kraft getretenen ICD-11 auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht worden. Die ICD-11 liefere die diagnostische Begründung für ihre kognitiven Einschränkungen. So erscheine bereits an dritter Stelle von insgesamt zehn essentiellen Wesensmerkmalen der depressiven Störung «Kognitiven Störungen, die die Funktionsfähigkeit des Individuums signifikant beeinträchtigen» (BVGer-act. 12).

#### **E. 9**

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin zu Recht eine halbe Invalidenrente zugesprochen hat.

##### **E. 9.1**

Vorab ist auf die beschwerdeweise geltend gemachten formellen Mängel des Gutachtens einzugehen. Die Beschwerdeführerin rügt, der psychiatrische Gutachter G. \_\_\_\_\_ erfülle die Anforderungen des BSV an einen neuropsychologischen Gutachter nicht.

### **E. 9.1.1**

Zur Qualifikation von G.\_\_\_\_\_ zur Erstattung des neuropsychologischen Teilgutachtens ist vorab festzuhalten, dass eine begutachtende medizinische Fachperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen muss (Urteil des BGer 8C\_767/2019 vom 19. Mai 2020 E. 3.3) und das Bundesverwaltungsgericht dem von der IVSTA im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen nur dann vollen Beweiswert zuerkennen darf, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise vorliegen (vgl. E. 6.4.1 hiervor).

### **E. 9.1.2**

G.\_\_\_\_\_ als Sachverständiger verfügt seit 2012 über einen anerkannten, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienenden spezialärztlichen Titel auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Nervenkrankheiten (Neurologie). Der Umstand, dass diese Titel in Deutschland (Psychiatrie und Psychotherapie) respektive in Österreich (Neurologie) und nicht in der Schweiz erworben wurden, ist zwar insofern nicht von Relevanz, als rechtsprechungsgemäss keine FMH-Ausbildung verlangt wird und auch eine im Ausland erworbene Fachausbildung ausreichen kann (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 3.3.2; Urteil des BGer 9C\_669/2018 vom 18. April 2019 E. 4.2.1; vgl. hierzu auch ergänzend Art. 21 Abs. 1 bis 3 MedBG [SR 811.11]) und die entsprechenden Weiterbildungen durch die MEBEKO im Jahr 2012 anerkannt wurden. G.\_\_\_\_\_ sind somit die gleichen Qualifikationen wie den Inhabern und Inhaberinnen des in der Schweiz erworbenen Weiterbildungstitels «Psychiatrie und Psychotherapie» sowie «Neurologie» zuzuerkennen. Nachfolgend ist jedoch weiter zu prüfen, ob er als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie befähigt gewesen war, in rechtsgenügender Weise ein neuropsychologisches Gutachten zu erstellen.

### **E. 9.1.3**

Im IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017 des BSV, welches als Verwaltungsverordnung zu qualifizieren ist (vgl. PIERRE TSCHAN-NEN/MARKUS MÜLLER/MARKUS KERN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl. 2022, Rz. 304 f. und 1114 ff.), gelten für die neuropsychologische Begutachtung in der IV ab 1. Juli 2017 folgende fachlichen Mindestanforderungen: • Eidgenössisch anerkannter Abschluss in Psychologie und privatrechtlicher Fachtitel in Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP oder

C-3221/2021 Seite 24 • Eine gemäss Tarifvertrag zwischen H+ und SVNP (Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen) sowie BSV (IV), MTK (UVG) und BAMV (MV) vom Dezember 2003 zugelassene äquivalente Aus- und Weiterbildung oder • Eidgenössisch anerkannter Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie gemäss dem Psychologieberufegesetz (der Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels wird erst mit der Akkreditierung des Weiterbildungsgangs möglich sein). Die Gutachterstellen wurden dementsprechend im Februar 2017 darüber informiert, dass alle Aufträge für neuropsychologische Begutachtungen, welche ab dem 1. Juli 2017 von der Plattform vergeben werden, durch Neuropsychologinnen oder Neuropsychologen durchgeführt werden müssen, welche die obigen fachlichen Anforderungen erfüllen. Im

Hinblick auf die Sicherstellung der entsprechenden Qualität für neuropsychologische Begutachtungen sind die von SuisseMED@P an Gutachterstellen vergebenen Aufträge mit einer neuropsychologischen Begutachtung stets auf die obigen fachlichen Mindestanforderungen zu überprüfen (abrufbar unter <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/5942/download>); zuletzt besucht am 17. März 2025). Wie das Bundesverwaltungsgericht in BVGE 2022 V/3 festgestellt hatte, reicht mit Blick auf das IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017 und die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Urteile des BGer 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.3 sowie 9C\_531/2017 und 9C\_532/2017 vom 15. September 2017 E. 4) ein blosser Abschluss auf Diplom- oder Masterebene nicht mehr aus, um eine neuropsychologische Begutachtung für das IV-Verfahren durchzuführen (vgl. BVGE 2022 V/3 E. 5.3.4).

#### **E. 9.1.4**

Diese Sichtweise wird auch durch die Leitlinien der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP) für neuropsychologische Begutachtung bestätigt (abrufbar unter: <https://neuro.psychologie.ch/de/qualitaetsstandard-leitlinien> > Leitlinien für neuropsychologische Gutachten), zuletzt besucht am 17. März 2025). Diese Leitlinie hat zwar keinen verbindlichen Charakter, formuliert aber doch den fachlich anerkannten Standard für eine sachgerechte, rechtsgleiche neuropsychologische Begutachtungspraxis in der Schweiz.

C-3221/2021 Seite 25

#### **E. 9.1.5**

Diese Qualifikationen entsprechen denn auch mehrheitlich der im vorliegend massgebenden Verfügungszeitpunkt noch nicht in kraftgetretene Verordnungsbestimmung von Art. 7m Abs. 3 ATSV (SR 830.11), wonach neuropsychologische Sachverständige die Anforderungen nach Art. 50b KVV (SR 832.102) erfüllen müssen. Gemäss dieser Verordnungsbestimmung werden eine kantonale Berufsausübungsbewilligung (Bst. a) sowie einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011 (PsyG; SR 935.81) oder einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (Bst. b) vorausgesetzt.

#### **E. 9.1.6**

Gemäss den Angaben des Medizinalberuferegisters und des Psychologieberuferegisters hat G.\_\_\_\_\_ keinen Weiterbildungstitel in Neuropsychologie erworben (vgl. [www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search](http://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search) > Suche nach Name; [www.healthreg-public.admin.ch/psyreg/search](http://www.healthreg-public.admin.ch/psyreg/search) > Suche nach Name; beide zuletzt besucht am 17. März 2025). Dem Verzeichnis der Versicherungsmedizin Schweiz (SIM) ist demgegenüber zu entnehmen, dass G.\_\_\_\_\_ nebst seinem Zertifikat als medizinischer Gutachter SIM über ein Diploma of Advanced Studies (DAS) in Neuropsychologie der Universität M.\_\_\_\_\_ verfügt (vgl. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/zertifizierte-fachpersonen/suche-fachpersonen-sim> > Suche nach Name; zuletzt besucht am 17. März 2025). Nichts anderes geht denn auch aus dem Briefkopf des Gutachtens vom 3. Juli 2020 hervor (vgl. IVSTA-act. 77, S. 1). Der DAS ist

Teil des Curriculums zum Erwerb des Weiterbildungstitels "Eidgenössisch anerkannter Neuropsychologe" (EAN), welcher zu einem Eintrag in das PsyG berechtigt und damit den Anforderungen gemäss IV-Rundschreiben Nr. 367 (sowie Art. 71 Abs. 3 ATSV i.V.m. Art. 50b KVV) genügt. Das DAS entspricht dabei mindestens 34 ECTS Credits (vgl. § 19 Abs. 2 der Verordnung über die Weiterbildungsstudiengänge DAS und MAS in Neuropsychologie an der Philosophischen Fakultät der Universität M.\_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2018 [...; nachfolgend: Weiterbildungsverordnung M.\_\_\_\_\_]). Demgegenüber setzt der MAS mindestens 64 ECTS (§ 20 Abs. 2) sowie das Verfassen von 10 Fallberichten (§ 21), berufliche Tätigkeit (§ 22) sowie interne und externe Supervision (§ 23) voraus. Gemäss Anhang 4 Bst. A der Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe (AkkredV-PsyG; SR 935.811.1) vom 25. November 2013 in der vorliegend massgebenden Fassung vom 1. Januar 2016 (und im Übrigen auch unverändert geblieben in der aktuell gültigen Fassung vom 15. Dezember 2020)

C-3221/2021 Seite 26 umfasst die Weiterbildung in Neuropsychologie (EAN) nebst der theoretischen Weiterbildung ("Wissen und Können") auch eine praktische Weiterbildung: 1. Eine klinisch-neuropsychologische Praxis: mindestens 3600 Stunden supervidierte, klinisch-neuropsychologische Tätigkeit in mindestens zwei verschiedenen, ambulanten oder stationären Einrichtungen, in welchen Menschen mit verschiedenen neuropsychologischen Störungs- und Krankheitsbildern diagnostiziert, therapiert und/oder rehabilitiert werden. 2. Eigene klinisch-neuropsychologisch behandelte Fälle: mindestens 180 verschiedene, nachgewiesene neuropsychologisch behandelte Fälle unterschiedlicher Aetiologie; davon mindestens 10 umfassend dokumentierte Fälle (Fallberichte). 3. Supervision: mindestens 200 Einheiten fallbezogene Supervision. Diese praktische Weiterbildung gemäss Anhang 4 Bst. A der AkkredV-PsyG entspricht damit dem MAS und wird durch den DAS nicht abgedeckt, da hierbei gemäss Weiterbildungsverordnung M.\_\_\_\_\_ keinen praktischen Leistungsnachweise verlangt werden.

### **E. 9.1.7**

Nach dem vorstehend Dargelegten verfügt G.\_\_\_\_\_ nicht über einen anerkannten Fachtitel gemäss den Anforderungen des IV-Rundschreibens Nr. 367. Mit dem Erlagen des DAS hat sich G.\_\_\_\_\_ unzweifelhaft wesentliche Qualifikationen in diesem Fachbereich angeeignet, diese genügen jedoch den Anforderungen an die Qualifikation zur Erstellung rechtsgenügender neuropsychologischer Gutachten nicht. Es ist zu betonen, dass bei der Fachkompetenz bzw. fachspezifischen Qualifikationen der Gutachter ein strenger Massstab anzusetzen ist, weil den medizinischen Gutachten eine erhebliche Bedeutung zukommt.

### **E. 9.2**

Hinsichtlich der neuropsychologischen Abklärung ist in Erinnerung zu rufen, dass eine solche rechtsprechungsgemäss lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung darstellt (Urteile des BGer 8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2; 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 75 zu Art. 44 ATSG; vgl. auch Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Zeigen sich im Rahmen dieser Untersuchung Auffälligkeiten, ist das nicht hinreichend, um von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgehen zu können. Vielmehr ist es alsdann die Aufgabe des Arztes,

den Gesundheitszustand – unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Defizite – zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 132 V

C-3221/2021 Seite 27 93 E. 4; Urteil 8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2).

Neuropsychologische Untersuchungsergebnisse können somit, soweit sie sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse einfügen, im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung bedeutsam sein (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Dies bedeutet jedoch nicht, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie ohne weiteres eigenständige neuropsychologische Untersuchungen durchführen dürfen; vielmehr wird umso deutlicher, wie wichtig es ist, dass die dem Facharzt für Psychiatrie vorzulegenden neuropsychologische Befunde fachgerecht erhoben werden.

### **E. 9.3**

Aufgrund der Akten und der in Frage stehenden kognitiven Beeinträchtigungen ist zur vollständigen und umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine neuropsychologische Abklärung nötig (vgl. so im Wesentlichen auch der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2020 [IVSTA-act. 66]). Nach dem vorstehenden Dargelegten fehlt es vorliegend jedoch an einer beweiskräftigen neuropsychologischen Abklärung durch einen entsprechend qualifizierten Gutachter, weshalb sich das psychiatrische Gutachten von G.\_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 als unvollständig erweist. Nachdem die neuropsychologische Abklärung durch den begutachtenden Facharzt für Psychiatrie zu berücksichtigen sein wird (vgl. E. 9.2 hiervor), kann es vorliegend denn auch nicht bei der Einholung einer neuen neuropsychologischen Abklärung bleiben, sondern die Vorinstanz hat ein neues psychiatrisches Gutachten mit neuropsychologischer Zusatzuntersuchung einzuholen.

### **E. 9.4**

Sodann erlauben es auch die weiteren vorhandenen Berichte der Ärzteschaft oder einer Gutachterstelle nicht für den Zeitpunkt des Verfügungserlasses, mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), eine differenzierte, überzeugende, nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl für die bisher ausgeübte Arbeit als auch für eine Verweistätigkeit abzuleiten bzw. zu bilden, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass diese Berichte ebenfalls nicht übereinstimmen.

### **E. 9.5**

Da es somit an einem lückenlosen Befund fehlt können folglich auch die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 1. September 2020 (IVSTA-act. 85) und 20. April 2021 (IVSTA-act. 125) keine abschliessende Beurteilungsgrundlagen bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. E. 6.4.4 hiervor).

C-3221/2021 Seite 28

### **E. 10**

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu ermöglichen, hat die Vorinstanz, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, nach Aktualisierung und Vervollständigung des medizinischen Dossiers die Durchführung einer interdisziplinären medizinischen

Begutachtung nach Art. 44 ATSG zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen zumindest in den Fachbereichen Psychiatrie (dies unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 145 V 215; 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) und Neuropsychologie erforderlich. Zweck dieses interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 m.H.). Die interdisziplinäre medizinische Begutachtung hat grundsätzlich in der Schweiz zu erfolgen, da die Sachverständigen mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein müssen (Art. 7m ATSV; vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-3864/2017 vom

#### **E. 11**

Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der IVSTA mit Verfügung vom 18. Juni 2021 ab 1. August 2019 zugesprochene, halbe Rente (IVSTA-act. 134) in Frage gestellt werden könnte (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Die Beschwerdeführerin wurde daher vorgängig mit prozessleitender Verfügung vom 6. August 2024 das rechtliche Gehör gewährt (BVGer-act. 14; vgl. Sachverhalt Bst. J hiervor). Nachdem sich die Beschwerdeführerin hierzu nicht innert Frist vernehmen liess (BVGer-act. 15) ist androhungsgemäss davon auszugehen, dass sie ihre Beschwerde aufrechterhalten will (vgl. BVGer-act. 14).

#### **E. 12**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2021 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung von weiteren umfassenden medizinischen und erwerblichen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

C-3221/2021 Seite 29

#### **E. 13**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 13.1**

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 präsumiert als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 13.2**

Da die nicht anwaltlich vertretene, obsiegende Beschwerdeführerin keine Kosten geltend gemacht hat und auch nicht ersichtlich ist, dass ihr unverhältnismässig hohe Kosten entstanden wären, ist ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1

VwVG i.V.m. Art. 7 des Reg- lements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

C-3221/2021 Seite 30

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