



## **Urteil vom 27. Oktober 2025**

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richter Beat Weber, Richterin Caroline Bissegger,  
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Portugal),  
vertreten durch Tania Teixeira, Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 11. Februar 2022).

**Sachverhalt:****A.**

**A.a** A.\_\_\_\_\_, geboren am (...) 1960 (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin), ist portugiesische Staatsangehörige, seit 1978 verheiratet, und wohnte und arbeitete seit 1979 in der Schweiz; seit 23. März 1993 verfügt sie über einen C-Ausweis. Sie arbeitete seit 2012 bei der B.\_\_\_\_\_, zuletzt in (...) als Kundenberaterin (...). Das Arbeitsverhältnis wurde per 30. April 2020 gekündigt (Vorakten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA-act.] 5 S. 5, 5 S. 8 ff., 80, 219, 222 S. 2, 224).

**A.b** Die Versicherte war seit 22. Januar 2018 zu 100 % krankgeschrieben (IVSTA-act. 253 S. 202). Am 8. Mai 2018 erlitt sie einen Autounfall (IVSTA-act. 25, 204 S. 51 f.). Sie meldete sich am 3. Juli 2018 wegen verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (mittelgradige depressive Episode, Einschränkungen am Bewegungsapparat [Diskushernie, Ischias Arthrosen], bevorstehende Operationen an Nase/Nasennebenhöhlen und Füßen, allenfalls Schulter rechts und beiden Knien) bei der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV C.\_\_\_\_\_) zu Leistungen der Invalidenversicherung an (Eingang bei der IV C.\_\_\_\_\_ am 4. Juli 2018; IVSTA-act. 60, 69, 262 S. 1 f.).

**A.c** Die IV C.\_\_\_\_\_ schloss am 23. August 2018 die Frühintervention ab (IVSTA-act. 83).

**A.d** Mit Vorbescheid vom 10. Mai 2019 stellte die IV C.\_\_\_\_\_ der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein dauerhafter psychischer oder somatischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bankangestellte ausgewiesen sei (IVSTA-act. 1, 230). Die Versicherte reichte – vertreten durch Rechtsanwältin Tania Teixeira, (...) – gegen diesen Bescheid am 26. Juni 2019 einen Einwand ein (IV-act. 140, 235 [inkl. Beilagen]).

**A.e** Im Nachgang zur Kündigung der Arbeitgeberin vom 23. Januar 2020 per 30. April 2020 meldete sich die Versicherte am 31. Januar 2020 bei der Arbeitslosenversicherung zur Arbeitsvermittlung im Umfang von 60 % per 1. Mai 2020 an, wobei gemäss Arzzeugnis eine Arbeitsvermittelbarkeit im Umfang von 20 % vorliege (IVSTA-act. 253 S. 327-338). Am 17. April 2020 stellte sie einen Antrag auf Arbeitslosenentschädigung (IVSTA-act. 253/316-321). In Berücksichtigung der von der Pensionskasse D.\_\_\_\_\_ am 18. Mai 2020 zugesprochenen Überbrückungsrente (siehe nachfolgend Bst. A.f) wies die Arbeitslosenkasse des Kantons C.\_\_\_\_\_ am 8. Juni

2020 den Anspruch der Versicherten auf Arbeitslosenentschädigung ab (IVSTA-act. 186 S. 1 f.).

**A.f** Am 18. Mai 2020 sprach die Pensionskasse D. \_\_\_\_\_ der Versicherten eine temporäre volle Invalidenrente ab 1. Mai 2020 von Fr. 3'940.– zuzüglich einer Überbrückungsrente von Fr. 2'370.– zu (temporäre Invalidenrente; Erlöschen des Anspruchs mit Einsetzen der Invalidenrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung bei allfälliger ganzer oder teilweiser Rückforderung der Überbrückungsrente bei Einsetzen von staatlichen Leistungen; IVSTA-act. 244 S. 2 ff.).

**A.g** Das am 28. Mai 2020 in Auftrag gegebene bidisziplinäre neuropsychologisch-psychiatrische Gutachten vom 6. Juli /16. November 2020 ging am 16. November 2020 bei der IV C. \_\_\_\_\_ ein (IVSTA-act. 174 S. 3 f., 242 f.; Gutachten: IVSTA-act. 190, 204; Konsensbeurteilung vom 13.11.2020 [IVSTA-act. 204/102-109]). In somatischer Hinsicht holte die IV C. \_\_\_\_\_ am 20. und 21. Juli 2020 aktualisierte Akten ein (IVSTA-act. 197, 201, 202).

**A.h** Am 30. September 2020 teilte die Versicherte der IV C. \_\_\_\_\_ mit, sie habe aus gesundheitlichen Gründen die Schweiz verlassen, und übermittelte die Abmeldebestätigung der Stadt (...) vom 29. September 2020 mit neuer Adresse in Portugal (IVSTA-act. 254).

**A.i** Nach Eingang des psychiatrischen Gutachtens vom 16. November 2020 forderte die IV C. \_\_\_\_\_ die Versicherte auf, zum Gutachten Stellung zu nehmen (Schreiben nicht aktenkundig, vgl. IVSTA-act. 265 S. 36 [Abklärung extern vom 27.11.2020]).

**A.j** Am 8. Januar 2021 übermittelte die IV C. \_\_\_\_\_ ihre Akten an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; *nachfolgend auch*: Vorinstanz; IVSTA-act. 257-265).

**A.k** Am 21. Januar 2021 forderte die IVSTA die Versicherte auf, aktualisierte Akten seit ihrer Abreise nach Portugal einzureichen (inkl. Fragebogen für den Arbeitgeber, falls eine Arbeit aufgenommen worden sei). Am 23. März 2021 erinnerte sie die Versicherte an ihre Mitwirkungspflicht und drohte bei Nichterfüllung Nichteintreten an. Am 7. Mai 2021 reichte die Versicherte den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail ein (IVSTA-act. 269 f.). Mit Verfügung vom 10. Mai 2021 trat die IVSTA wie angekündigt nicht auf das Leistungsgesuch der Versicherten vom 3. Juli 2018 ein (IVSTA-act. 266-268). Am 25. Mai 2021 teilte sie der Versicherten mit, den Fragebogen

erhalten zu haben, weshalb die Verfügung vom 10. Mai 2021 als nichtig zu betrachten sei (IVSTA-act. 271).

**A.l** Die Vorinstanz holte in der Folge bei Dr. E. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie sowie Dr. F. \_\_\_\_\_, FMH für allgemeine Medizin, und Dr. G. \_\_\_\_\_, FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation vom ärztlichen Dienst der IVSTA (service médical), Stellungnahmen zum Dossier ein. Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit dem zweiten Vorbescheid am 22. Oktober 2021 in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen (IVSTA-act. 274, 276, 279-281).

**A.m** In ihrem Einwand vom 25. November 2021 beanstandete die Versicherte im Wesentlichen, die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei nicht rechtsgenügend erfolgt. Sie habe ab Januar 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Eine allfällige medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit könne sie gar nicht verwerten. Die Vorinstanz habe zudem auch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt (IVSTA-act. 286).

**A.n** Mit Verfügung vom 11. Februar 2022 wies die IVSTA das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (IVSTA-act. 289).

## **B.**

**B.a** Gegen diesen Bescheid reichte die Beschwerdeführerin am 17. März 2022 (Postaufgabe) beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde ein und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 11. Februar 2022 und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente seit dem 1. Januar 2019. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Vorinstanz (Verfahrensakten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1).

**B.b** Der auferlegte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ging am 28. März 2022 bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 4).

**B.c** In ihrer Vernehmlassung vom 17. Mai 2022 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen.

**B.d** Mit Replik vom 5. September 2022 und Duplik vom 3. Oktober 2022 hielten Beschwerdeführerin und die Vorinstanz an ihren gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 13, 15).

**B.e** Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Oktober 2022 wurde der Beschwerdeführerin ein Doppel der Duplik zur Kenntnisnahme zugestellt und der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 16).

**C.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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 formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

**2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. a IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben. Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über (Art. 40 Abs. 2<sup>quater</sup> IVV).

**2.2** Die Beschwerdeführerin lebte im Zeitpunkt ihrer IV-Anmeldung im Kanton C.\_\_\_\_\_, weshalb sie sich rechtmässig bei der IV C.\_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug anmeldete. Da sie ihren Wohnsitz im Lauf des IV-Verfahrens nach Portugal verlegte, ging die Zuständigkeit an die IVSTA über, welche deshalb zu Recht das Verfahren weiterführte und über ihren Leistungsanspruch verfügte.

**3.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 11. Februar 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren hinsichtlich einer Invalidenrente abgewiesen hat (IVSTA-act. 289). Prozessthema ist somit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

**4.**

**4.1** 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). Es 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).

**4.2** 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 m.w.H.). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst damit nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. F. GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

**4.3** 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). 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, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

**4.4** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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).

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige und wohnt in Portugal. 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

**5.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2).

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

**5.3** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 11. Februar 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

## **6.**

**6.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung 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 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 über-

windbar 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).

**6.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> IVG nicht ausgeschöpft sind. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist hier unbestritten erfüllt (IVSTA-act. 80 S. 7 – 10, 82 S. 12, 257 S. 2 [Eintrag vom 06.07.2018], 262 S. 20 [Eintrag vom 30.04.2019]).

**6.3** Der Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, das heisst insbesondere bei Erreichen des Referenzalters nach Art. 21 Abs. 1 AHVG (SR 831.10). Das Referenzalter der Frauen liegt bei 64 Jahren für Frauen bis und mit Jahrgang 1960 (vgl. Art. 30 IVG und Art. 21 AHVG sowie Übergangsbestimmungen zur Änderung des AHVG vom 17. Dezember 2021 [AHV 21] Bst. a lit. a, je in ihren Fassungen vor dem 1. Januar 2024 [AS 2023 92, 2002 3371 und 1996 2466]).

## **6.4**

**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 Hinweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

**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). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

**6.4.3** Die Stellungnahmen des regional-ärztlichen Dienstes (RAD), 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).

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

**6.4.5** Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 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; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## 7.

**7.1** Die Vorinstanz geht in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorgelegen habe und trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung eine gewinnbringende Tätigkeit in rentenausschliessender Weise zumutbar sei. Aus psychischer Sicht liege trotz einer leichten Depression im Rahmen einer Anpassungsstörung wegen vielfältigen psychosozialen Problemen keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor, die eine langfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. In somatischer Hinsicht ergäben sich mehrere Beeinträchtigungen, insbesondere an den Füßen. Für die Zeiträume von September bis Dezember 2018 und für Juli bis Ende September 2019 würden Arbeitsunfähigkeiten erkannt. Diese führten aber nicht zu einer dauerhaften funktionellen Einschränkung der üblichen Tätigkeit. Die osteoartikulären Schäden würden keine dauerhafte, sondern nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit begründen. Demnach bestehe kein massgebender Gesundheitsschaden mit andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bankangestellte (zu-

mutbare Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 %). Gestützt auf das psychiatrische Gutachten sei die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt, sondern beruhe auf psychosozialen Faktoren, die rechtsprechungsgemäss invaliditätsfremd seien. Zudem verfüge die Beschwerdeführerin über zahlreiche Fähigkeiten und Ressourcen, die sie auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen könne.

Vernehmlassungsweise verweist die Vorinstanz am 17. Mai 2022 auf die Rechtsprechung zur Beweiskraft von Gutachten, zu Grundlagen zum Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, zur Invaliditätsbemessung sowie auf ihre medizinische und rechtliche Beurteilung in der Sache. In der Duplik vom 3. Oktober 2022 präzisiert sie ihre Ausführungen hinsichtlich der Rechtsprechung zur Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit. Vorliegend sei diese im massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar (BVGer-act. 7 und 15).

## **7.2**

**7.2.1** Die Beschwerdeführerin rügt zur Abklärung ihres Gesundheitszustands, die (gutachterliche) Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vermöge in retrospektiver Hinsicht nicht zu überzeugen, insgesamt fehle eine rechtsgenügeliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Schon in psychiatrischer Hinsicht könne der Expertise kein Beweiswert zugemessen werden. Der Gutachter habe ihre somatischen Beschwerden komplett ausgeklammert, welche ebenfalls zu einer massiven Reduktion der Leistungsfähigkeit sowie – zeitweise – zu einer vollumfänglichen (zusätzlichen) Einschränkung der Leistungsfähigkeit geführt hätten. Bezüglich der Restarbeitsfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt habe der Gutachter nicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit festgestellt, wie in der Verfügung suggeriert werde. Weshalb der Gutachter ihr trotz Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen habe – obwohl sie anlässlich der Begutachtung massiv gedanklich auf die somatischen Beschwerden eingeeengt gewesen sei, sei nicht nachvollziehbar. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, wonach ihr in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kundenberaterin wie auch in jeder anderen Verweistätigkeit maximal eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zugemutet werden könne, überzeuge nicht. Die Angabe, sie habe keine Schwierigkeiten mit ihrem Gedächtnis, widerspreche den Feststellungen anlässlich der Anamnese, wonach verschiedene Thematiken für sie nicht erinnerlich gewesen seien, die der Gutachter selbst anhand der Akten ergänzt respektive korrigiert habe. Zudem habe er mittels Testverfahren sowohl wesentliche depressive Symptome als auch empfundene Ängstlichkeit und geringe

Selbstmanagementsfähigkeiten festgestellt, diese in der Beurteilung aber übergangen und messe den erhobenen Befunden keine oder nur geringe Bedeutung zu, weil bei der Beschwerdeführerin angeblich Inkonsistenzen vorliegen würden. Inwiefern die angegebenen Beschwerden mit dem Tagesprofil beziehungsweise mit dem alltäglichen Aktivitätsniveau in Diskrepanz stehen solle, erschliesse sich nicht. Insgesamt genüge die Expertise nicht, weshalb ihr keinerlei Beweiswert zugemessen werden könne. Dazu komme, dass die IV-Stelle keine orthopädische Begutachtung durchgeführt habe, obwohl verschiedenste somatische Probleme vorlägen, welche sich infolge Schmerzen wesentlich auf die Leistungsfähigkeit auswirkten und einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand hätten. Die Rückenbeschwerden sowie die Kopfschmerzen seien gar nicht abgeklärt worden. Insgesamt sei ihr Gesundheitszustand weder vollständig noch schlüssig abgeklärt worden.

**7.2.2** Sie macht weiter geltend, dass sie seit Januar 2018 vollumfänglich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Damit sei das Wartejahr gemäss Art. 28 IVG ab Januar 2018 erfüllt. Sie habe deshalb seit Januar 2019 Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Eine Verwertbarkeit einer allfälligen medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit bei ihrem aktuell fast erreichten 62. Altersjahr sei zudem unrealistisch, weshalb ihr gar kein IV-Einkommen anzurechnen sei. Sie sei – abgesehen von den verschiedenen persistierenden Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen – zudem ungelern und während über 20 Jahren bei der gleichen Arbeitgeberin arbeitstätig gewesen. Eine Restarbeitsfähigkeit sei somit nicht mehr verwertbar, dies führe zu einer Verneinung eines zumutbaren Invaliditätseinkommens. Darüber hinaus sei zu Unrecht keine IV-Gradbemessung erfolgt: Ein Invalideneinkommen im Rahmen des im Jahr 2017 erzielten Valideneinkommens bei der B. \_\_\_\_\_ könne nicht angerechnet werden, wenn ab November 2020 von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit von höchstens 80 % – was bestritten werde – ausgegangen werden könnte. Es könne ab November 2020 (bei einer [bestrittenen] noch verwertbaren Restarbeitsfähigkeit von höchstens 80 %) höchstens ein Invalideneinkommen im Kompetenzniveau 1 angerechnet werden. Angesichts ihrer Einschränkungen sei ein Leidensabzug von mindestens 15 % zu berücksichtigen, woraus sich ein IV-Grad von gerundet 66 % und eine entsprechende Rente ergebe. Selbst wenn ihr eine Stelle in der Finanzbranche zugemutet werden könnte, ergebe sich bei 80 % Arbeitsfähigkeit ein IV-Grad von mindestens 50 %, weshalb die ihr zustehende ganze Rente ab 1. Januar 2019 ab November 2020 höchstens auf eine halbe Rente reduziert werden dürfte. Als Eventualantrag wird angeführt, dass die Rente ohnehin nicht reduziert werden

dürfe, da die IV-Stelle keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen geprüft habe und ihr eine Selbsteingliederung nicht zumutbar sei.

**7.2.3** Replikweise ergänzt die Beschwerdeführerin am 5. September 2022 im Wesentlichen, die Vorinstanz habe sich mit ihren Vorbringen zur Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens und den Vorbringen zum Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht nicht auseinandergesetzt. Letztere Einschränkungen beständen länger als von der Invalidenversicherung berücksichtigt.

## **8.**

Vorab streitig und zu prüfen ist, ob der Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren rechtsgenügend abgeklärt wurde (vgl. Art. 43 ATSG; siehe hiernach E. 9). Aus den Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie zur Einschränkung ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit Folgendes:

### **8.1**

**8.1.1** In orthopädischer Hinsicht (Rücken und Füße) erfolgten seit Herbst 2011 medizinische Abklärungen in Neurologie und Neurochirurgie, wobei eine Diskushernie L4/L5 mit Rezessusstenose L5 links diagnostiziert wurde (IVSTA-act. 2-4). Ab Herbst 2014 folgten fusschirurgische und orthopädische Abklärungen und Behandlungen zur Rücken- und Fussproblematik (Schwellung linker Fussrücken bei Hypermobilität im Rückfuss und Fusslängsachse Krämpfe nachts; IVSTA-act. 15, 17).

**8.1.2** Weiter diagnostizierte die Neurologin Dr. H. \_\_\_\_\_ am 31. Oktober 2014 ein residuelles lumboradikuläres Ausfallsyndrom L5 links sowie belastungsabhängig eine leichte Fussheberparese und Senk-/Spreizfüsse beidseitig linksbetont bei Status nach Hallux valgus-Operation. Sie beurteilte die im Vordergrund stehenden Unterschenkel- und Fussbeschwerden von neurologischer Seite vorwiegend im Rahmen eines residuellen sensorischen radikulären Ausfallssyndroms L5 links mit entsprechender Sensibilitätsstörung/Dysästhesie/Parästhesie über dem Fussrücken, Ermüdung des Beines beim Gehen und nächtlichen Krämpfen der betroffenen Muskeln, bei Nachweis einer axonalen Nervenwurzelläsion (Diagnose 2011). Hinweise für eine differentialdiagnostisch zu erwägende Peroneusparese ergäben sich nicht. Zusätzlich beständen wahrscheinlich muskuloskelettale Beschwerden des Vorfusses. Die Rückenschmerzen seien nicht direkt von neurologischer Seite zu erklären. Sie empfahl unter anderem, dass mit dem Antiepileptikum Lyrica auch die nächtlichen Beinkrämpfe

fe positiv beeinflusst werden könnten, und bezüglich der belastungsabhängigen Beinschwäche und der Rückenbeschwerden ein gezieltes, konsequent durchgeführtes Training (IVSTA-act. 12 f.).

**8.1.3** PD Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH für Neurochirurgie des Neuro- und Wirbelsäulenzentrums, Klinik J.\_\_\_\_\_, schlug bei den Diagnosen Claudicatio radicularis L5 links und chronische lumbovertebrogene Beschwerden bei Segmentdegeneration L4/5 mit lateralbetonter Spinalkanalstenose L4/5 links und Status nach Hallux valgus-Operation beidseits 2007 am 9. Dezember 2014 eine lumbale therapeutische PDA (Partduralanalgesie) vor, mit ergänzender Physiotherapie. Bei anhaltenden Schmerzen Wiedervorstellung hinsichtlich weiterführend operativer Beratung (mikrochirurgische Fenestration L4/5 links mit Neurolyse der Wurzel L5 links [IVSTA-act. 18-20]). Die lumbale therapeutische PDA erfolgte am 17. Dezember 2014 (IVSTA-act. 24).

**8.1.4** In den Jahren 2014/2015 wurde eine Therapie aufgrund einer depressiven Symptomatik, getriggert durch berufliche Belastungen, bei der Psychologin K.\_\_\_\_\_, (...), durchgeführt (nicht aktenkundig; vgl. IVSTA-act. 78/1).

## **8.2**

**8.2.1** Am 23. Januar 2018 schrieb die Hausärztin die Versicherte aus psychischen und verschiedenen somatischen Gründen krank (IVSTA-act. 27, 29, 59, 85, 88) und veranlasste verschiedene Untersuchungen und Behandlungen (vgl. IV-act. 28).

**8.2.2** Am 27. Februar 2018 informierte Dr. L.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Praxis für Fusschirurgie, die Hausärztin über die Konsultation der Patientin zu den Diagnosen MP-1-Gelenke beidseits links mehr als rechts bei Status nach Hallux valgus Operation beidseits 2007 sowie zum residuellen lumboradikulären sensomotorischen Ausfallssyndrom L5 links und zu neuropathischen Schmerzen über dem Fussrücken, nächtlichen Muskelkrämpfen entlang des Beines lateral links unter Lyrica-behandlung. Er stellte eine zunehmende Symptomatik im Bereich der Grosszehengelenke fest, die Patientin habe erhebliche Schmerzen und komme zur Planung einer operativen Therapie. Sie werde sich zur Planung des ersten Eingriffs melden, sobald die Abklärung betreffend die Schulter durchgeführt sei, dort sei allenfalls ein operativer Eingriff vorgesehen (IVSTA-act. 36).

**8.2.3** Am 14. März 2018 berichtete Dr. M. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, der Hausärztin über die Konsultationen der Patientin wegen multiplen Schmerzen vor allem der Schulter rechts und beidseitigen Kniebeschwerden. Er stellte die Diagnosen Periarthritis humeroscapularis rechts, Ausschluss strukturelle Läsion der Rotatorenmanschette und leichte Retropatellar-Arthrose beidseits, momentaner depressiver Verstimmungszustand / Burnout-Syndrom, derzeit in psychiatrischer Behandlung, und die Nebendiagnosen Status nach Hallux valgus Operation beidseits 1970 (recte: 2007), Senkspreizfüsse und rezidivierende Lumboischialgie links. Er schloss betreffend die rechte Schulter eine strukturelle Läsion aus. An den Kniegelenken fänden sich leichte degenerative Veränderungen retropatellar. Momentan erscheine ihm das gesamte Beschwerdebild am Bewegungsapparat eher überwiegend durch die momentane psychische Situation beeinflusst zu sein. Die Patientin sei wegen des Burnout-Syndroms / der depressiven Verstimmung krankgeschrieben (IVSTA-act. 39).

**8.2.4** Am 23. März 2018 berichtete die Radiologin Dr. N. \_\_\_\_\_ zu Händen von Prof. Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für HNO-Erkrankungen, Hals und Gesichtschirurgie, über die am 22. März 2018 erstellte Computertomographie (CT) NNH nativ mit 2D-Rekonstruktionen. Dieser empfahl nach Begutachtung der CT-Bilder eine endonasale Siebbein- und Kieferhöhlenoperation mit Abtragung der Choncha bullosa bds., sowie eine Septumplastik und Conchotomie in ITN (IVSTA-act. 44, 48). Die geplante Operation fand am 11. (oder 12.) Juli 2018 statt (IVSTA-act. 73-74).

**8.2.5** Die Hausärztin berichtete der P. \_\_\_\_\_ (Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin) am 19. April 2018 über ihre Behandlung der Patientin seit 6. Juli 2017 (IVSTA-act. 216/10 ff.) und über Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund eines Schmerzsyndroms an diversen Körperstellen (gemäss Anamnese), chronische Müdigkeit und Schlafstörungen. Es resultiere eine Reduktion der körperlichen und psychischen Belastbarkeit zusammen mit Konzentrationsstörungen. Abgesehen von der psychiatrischen Weiterbehandlung sei eventuell eine Rückenoperation (mikrochirurgische Fenestration L4/5 links mit Neurolyse der Wurzel L5 links) durchzuführen. Die Prognose (hinsichtlich Verbesserung der Arbeitsfähigkeit) sei eher ungünstig, die ärztliche Behandlung werde vermutlich mehrere Monate dauern.

**8.2.6** Mit ärztlichem Zeugnis vom 30. April 2018 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. Q. \_\_\_\_\_ der P. \_\_\_\_\_ über die begonnene Therapie.

Er diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Zum aktuellen psychopathologischen Befund führte er aus, die Patientin sei wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten voll orientiert. Im formalen Gedankengang sei sie mitunter beschleunigt, zeitweise etwas sprunghaft und aufgeregt. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit seien reduziert. Inhaltlich bestünden keine wesentlichen Probleme. Es gebe keine Hinweise für Wahn, Halluzinationen, psychotisches Erleben oder Ich-Störungen. Im Affekt sei sie deutlich zum depressiven Pol ausgelenkt, sie berichte von Schlafstörungen, ausgeprägter Nervosität, innerer Unruhe, starker Anspannung, einem deutlichen Morgentief, diversen Ängsten und Unsicherheiten. Die Psychomotorik sei deutlich gesteigert und es bestehe erhöhter Redebedarf mit starkem Mitteilungsbedürfnis. Sie sei krankheitseinsichtig, distanzieren sich glaubhaft von Suizidalität und sei bündnisfähig. Die psychotherapeutische Therapie ergebe sich aus einer integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit informativen, psychotherapeutischen und sozialpsychischen Elementen (3 – 4 x pro Monat ambulante Therapie). Dazu komme eine medikamentöse Therapie mit Valdoxan (Agomelatin, Antidepressivum), Lyrica (Pregabalin, Antiepileptikum, indiziert u.a. bei neuropathischen Schmerzen, generalisierten Angststörungen) und Relaxane (pflanzliches Sedativum, indiziert bei Nervosität, Spannung, Unruhe [vgl. <https://compendium.ch>, je abgerufen am 26.6.2025]), neben weiteren somatischen Medikamenten. Zur Arbeitsunfähigkeit führte er aus, die Patientin sei bedingt durch die depressive Episode in ihrer Konzentrationsfähigkeit, ihrer Merkfähigkeit und ihrer Aufmerksamkeit mitunter beeinträchtigt. Zusätzlich bestünden aufgrund der depressiven Symptomatik Antriebsstörungen, Ängste, Unsicherheiten, Nervosität und trauriger, depressiver Affekt. Neben den psychischen Einschränkungen bestünden bedingt durch die depressive Symptomatik deutliche körperliche Einschränkungen. Ferner lägen auch diverse somatische Erkrankungen vor, weshalb die Patientin sich auch bei somatischen ärztlichen Kollegen in regelmässiger Behandlung befinde (Hausärztin, Orthopäde, HNO-Arzt, Dermatologe [vgl. dazu IVSTA-act. 55 und 69/7]). Durch das Bündel an Erkrankungen sei der Patientin zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Ausübung der aktuellen Tätigkeit nicht möglich, bei 100-%iger Arbeitsunfähigkeit. Mit einer Steigerung der Arbeitsunfähigkeit sei zu rechnen. Eine diesbezügliche Prognose sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschätzbar (IVSTA-act. 54). Gegenüber der Arbeitgeberin bestätigte der behandelnde Psychiater die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 17. Februar 2018 (anschliessend an die Arztzeugnisse der Hausärztin [IVSTA-act. 27, 29], danach jeweils für den Folgemonat (vgl. IVSTA-act. 31, 35, 46, 53, 56, 58, 77, 81).

**8.2.7** Am 8. Mai 2018 erlitt die Beschwerdeführerin einen Autounfall und war in der Folge während sieben Tagen zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 25; vgl. Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber der IV C. \_\_\_\_\_ und anlässlich der psychiatrischen Begutachtung: IVSTA-act. 183 S. 5 und 204 S. 51 f., weitere Unfallakten sind nicht aktenkundig).

**8.2.8** Im Bericht an die IV-Stelle vom 31. Juli 2018 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. Q. \_\_\_\_\_ neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1, bestehend seit zirka einem Jahr, durch ihn behandelt seit 8. Februar 2018. Er bescheinigte aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine zukünftige Abschätzung der Arbeitsfähigkeit sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. Hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit bestünden die Einschränkungen einer reduzierten Konzentrationsfähigkeit, verminderten psychischen Belastbarkeit, rascher Erschöpfbarkeit, reduziertem Antrieb und verminderter Belastungsstabilität, die sich bei der Arbeit als erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Belastungstoleranz und reduzierte Stressbelastungsfähigkeit auswirkten. Die eingeleiteten Therapien (in psychiatrisch-psychotherapeutischer und in somatischer Hinsicht [Hausärztin und Spezialisten] seien fortzuführen (IVSTA-act. 78; psychiatrischer Befund und aktuelle Behandlung: siehe Bericht an die P. \_\_\_\_\_ vom 30.04.2018 [E. 8.2.6 hiervor]).

**8.2.9** Am 10. September 2018 erfolgte die Operation des linken Fusses (Arthrotomie MP1 links und Gelenkskörperentfernung, Synovektomie MP1 links, Bursektomie links, Osteosynthesematerialentfernung Metatarsale 1 links [2 x 2,4 mm Kortikaliszugschrauben], Osteosynthesematerialentfernung F1 Dig 1 [aufwändig mit Operace 1 x 2,4 mm Kortikaliszugschraube], Exostosenabtragung Metatarsale 1 lateral und plantar medial links, Knochen transplantation ins MP1 links, Grosszehengrundgelenksarthrodese MP1 links unter Korrektur) nach einer vorgängigen Konsultation vom 6. September 2018 sowie nachfolgenden Kontrollkonsultationen. Die Beschwerdeführerin war vom 10. September 2018 bis 13. Dezember 2018 aus orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, unabhängig von der vom behandelnden Psychiater festgestellten Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 86 f., 92-99). Am 20. März 2019 berichtete Dr. L. \_\_\_\_\_ über einen unauffälligen, problemlosen Verlauf (IVSTA-act. 235/7).

**8.2.10** Im Ausführlichen Ärztlichen Bericht E 213 vom 11. September 2018 zu Händen der IV C. \_\_\_\_\_ verwies die Hausärztin ausser auf die hiervor dargelegten Diagnosen und Behandlungen (Fusschirurgie, HNO-Chirurgie, psychiatrische Behandlungen) im Wesentlichen auf Schmerzen der

Lendenwirbelsäule bei Degeneration L4/5 mit Spinalkanalstenose L4/5, Schulterschmerzen beidseits bei degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk. Die Patientin sei seit 22. Januar 2018 arbeitsunfähig. Zu den Funktionseinschränkungen führte sie aus, es bleibe abzuwarten, wie sich die Fusschmerzen nach der Operation darstellten und die Funktion des Fusses werde. In psychischer Hinsicht bestünden Konzentrationsstörungen, ein Überlastungssyndrom und Schlafstörungen (IVSTA-act. 88).

**8.2.11** Im Folgezeugnis vom 2. Januar 2019 berichtete Dr. Q. \_\_\_\_\_ zu Händen der P. \_\_\_\_\_ über den aktuellen psychopathologischen Befund und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1 (durch BDI verifiziert). Er verwies insbesondere auf die eingeschränkten Bereiche Konzentration, Gedächtnis, reduzierte Belastbarkeit, Antriebsstörungen, innere Unruhe, Anspannung und Ängste, welche eine objektive Einschränkung der gegenwärtigen Tätigkeit bedingen würden. Hinzu kämen diverse somatische Probleme, die von den entsprechenden somatischen Kollegen behandelt würden. Er berichtete weiter über die durchgeführte integrierte psychiatrisch – psychotherapeutische ambulante Behandlung mit informativen, psychotherapeutischen (bestehend aus tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Elementen) und sozialpsychiatrischen Anteilen, 3–4 x pro Monat, sowie die aktuell weitergeführte medikamentöse Therapie und erwähnte die im Juli 2018 (Nase) und September 2018 (linker Fuss) durchgeführten Operationen mit jeweils stationären Spitalaufenthalten. Zum Verlauf führt er aus, die Patientin sei bedingt durch die depressive Episode in ihrer Konzentrationsfähigkeit, ihrer Merkfähigkeit und ihrer Aufmerksamkeit beeinträchtigt. Zusätzlich bestünden aufgrund der depressiven Symptomatik Antriebsstörungen, Ängste, Unsicherheiten, Nervosität und ein trauriger, depressiver Affekt. Neben diesen psychischen Einschränkungen lägen auch bedingt durch die depressive Symptomatik deutliche körperliche Einschränkungen vor – abgesehen von den Einschränkungen, welche durch die diversen somatischen Kollegen regelmässig behandelt würden. Im Zusammenspiel der Erkrankungen und Beeinträchtigungen sei ihr eine Ausübung der aktuellen Tätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, weshalb sie weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei eventuell zu rechnen, dies sei auch weiterhin ihr Wunsch. Sie wolle wieder in eine berufliche Tätigkeit zurückkehren. Eine Prognose sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber noch nicht möglich. Zur beruflichen Situation führt er schliesslich aus, das bisherige berufliche Umfeld sei für die Patientin sehr schwierig. Aus fachärztlicher Sicht erscheine eine Neuorientierung sinnvoll. Demgegenüber erschienen soziale Umstän-

de, Arbeitsweg oder Sucht keine wesentliche Rolle bei der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu spielen. Eine angepasste Tätigkeit erscheine möglich, um ein geeignetes Belastungsprofil dafür erstellen zu können, erscheine ein Job Coaching sehr sinnvoll. Er empfahl die Fortführung der verschiedenen Behandlungen. Damit sei mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Die Patientin mache langsam Fortschritte in ihrem Heilungs- und Genesungsverlauf. Es sei weiterhin sehr wichtig, äusserst behutsam mit bereits erreichten Therapieerfolgen umzugehen und diese nicht durch eine erneute Überforderung zu gefährden. Eine weitere Stabilisierung nach den somatischen Belastungen und Festigung der Therapieerfolge seien angedacht. Es sei sehr wahrscheinlich, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit erhöht werden könne (IVSTA-act. 101).

**8.2.12** Dr. med. Dr. phil. nat. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte anlässlich der Konsultation vom 25. Januar 2019 unter anderem ein unspezifisches muskuloskelettales Syndrom bei folgender Klinik: myofasciale Symptome in den oberen Extremitäten, Epicondylitis humeri radialis links, unspezifische Arthralgien in den Fingergelenken a e. bei beginnender Fingerpolyarthrose. Belastungsbedingte Gonalgien, Ansatz-tendinosen retrochantar beidseitig, bei keinen Arthritiden, bei normwertigen BSR, CRP (25.01.2019), bei ANA 1: 160, ENA, Rheumafaktor, Anti-CCP-Ak negativ, und HLA B27: negativ sowie aktuell ohne Anhaltspunkte für das Vorliegen eines entzündlichen rheumatischen Prozesses. Er führte zur Anamnese unter anderem auf, aktuell bestünden seit zirka eineinhalb Jahren intermittierende Kribbelparästhesien und stechende Schmerzen in den Händen, Spannungsgefühl in den Fingern, subjektive Symptomzunahme in den letzten zwei bis drei Monaten, Morgensteife zirka drei Stunden. Teilweises Ansprechen auf Lodine, Stopp im September 2018. Keine floriden Synovitiden. Kompensiertes lumbospondylogenes Syndrom. In der Beurteilung führte er aus, die aktuell führende polytope Symptomatik imponiere als unspezifisches mehrheitlich degenerativbelastungsassoziiertes muskulo-skelettales Syndrom mit multiplen periartikulären, enthesiopathischen und muskulären Irritationen und aktivierten Ansatz-tendinosen. Die Symptomatik in den Fingern sei am ehesten degenerativ bedingt im Rahmen von intermittierend symptomatischen Fingerpolyarthrosen mit begleitenden Tenosynovitiden. Die neurogene Komponente im Rahmen eines Karpaltunnelsyndroms seien ebenfalls denkbar. Weder anamnestisch noch klinisch habe er symmetrische Arthritiden beziehungsweise Daktylitiden feststellen können. Laborchemisch habe sich keine erhöhte entzündliche Aktivität gezeigt. Aufgrund Anamnese, Klinik und Laborbefunde bestünden keine Hinweise für das Vorliegen einer klassifizierbaren entzündlichen

rheumatischen Erkrankung. Er verordnete die Wiederaufnahme von Lodine 1 x täglich bei anamnestisch gutem Effekt sowie Hand-Ergotherapie, gegebenenfalls sei eine erneute neurologische Vorstellung zu erwägen (IVSTA-act. 235 S. 9-11).

**8.2.13** Im Verlaufsbericht zu Händen der IV C. \_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2019 bestätigte Dr. Q. \_\_\_\_\_ den Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Patientin von 100 % Arbeitsunfähigkeit seit 31. Juli 2018 bis 28. Februar 2019. In seinem ergänzenden Bericht zur Beantwortung der Zusatzfragen wiederholte er im Wesentlichen seine Ausführungen gegenüber der P. \_\_\_\_\_ vom 2. Januar 2019 (hiervor E. 8.2.11). Er verwies auf die erfolgten Spitalaufenthalte (Nase, linker Fuss) und die weiteren behandelnden Ärzte mit noch offenen Behandlungen (in somatischer Hinsicht), wie auch auf die weiter bestehenden durch die depressive Episode verursachten Einschränkungen. Unter diesen Umständen sei der Patientin im gegenwärtigen Zeitpunkt die Ausübung einer aktuellen Tätigkeit nicht möglich. Eine genaue Prognose, wie lange die Arbeitsunfähigkeit mit welchem Grad bestehen werde, sei leider noch nicht abschätzbar (IVSTA-act. 253 S. 125 ff.).

**8.2.14** Gemäss dem Verlaufsbericht vom 13. Juni 2019 von Dr. Q. \_\_\_\_\_ wurde die psychotherapeutische und medikamentöse Therapie (Valdoxan und Relaxane) weitergeführt, das Medikament Lyrica habe abgesetzt werden können. Die Patientin sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei eventuell zu rechnen. Sie wolle wieder in eine berufliche Tätigkeit zurückkehren. Eine Prognose sei zur Zeit aber nicht möglich (IVSTA-act. 235 S. 5).

**8.2.15** Am 14. Juni 2019 bestätigte S. \_\_\_\_\_, Dipl. Ergotherapeutin, die laufende Therapie seit 25. Februar 2019 wegen beginnender Polyarthrose beidseits. Die Schmerzen in den Händen beidseits, das Kribbeln nachts, die Morgensteifigkeit und die Schwellung bei Belastung der Hände seien bereits deutlich besser. Jedoch bestünden weiterhin Schmerzen bei Belastung der Hand vor allem in Dig rechts vor allem im MCP (IVSTA-act. 235 S. 12).

**8.2.16** Am 1. Juli 2019 erfolgte die Operation des rechten Fusses. Die Beschwerdeführerin war in der Folge bis 5. September 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 143, 145 f., 150, 153, 159, 163, 166, 235 S. 8).

**8.2.17** Im Verlaufsbericht vom 4. September 2019 verwies die Hausärztin auf die Fussoperation vom 1. Juli 2019 und die damit verbundenen Mass-

nahmen bei einer guten Prognose und den behandelnden Dr. L. \_\_\_\_\_ IVSTA-act. 156 S. 1-2; vgl. E. 8.2.16).

**8.2.18** Im Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters vom 12. November 2019 wird eine dezente Verbesserung beschrieben bei weiterhin bestehender Arbeitsunfähigkeit von 100 %, bei einer vorsichtig optimistischen Prognose (IVSTA-act. 167).

**8.2.19** Im Arzteugnis vom 28. Januar 2020 wird die Patientin durch den behandelnden Psychiater zu 20 % arbeitsfähig geschrieben. Die bisherige von der B. \_\_\_\_\_ angebotene berufliche Tätigkeit sei aus gesundheitlichen, medizinischen Gründen jedoch nicht zumutbar. Für eine stressreduzierte angepasste Tätigkeit sei die Patientin «arbeitsvermittelbar» (IVSTA-act. 169). In der Folge bescheinigte Dr. Q. \_\_\_\_\_ eine (nicht weiter bestimmte) Arbeitsunfähigkeit von 80 % ab 1. März 2020 (IVSTA-act. 176).

**8.2.20** Am 9. Juli 2020 erfolgte eine weitere (ambulant durchgeführte) Fussoperation. Die Beschwerdeführerin war deswegen vom 9. Juli 2020 bis 24. Juli 2020 zu 100 % arbeitsunfähig (IVSTA-act. 193 S. 2, 198).

### **8.3**

**8.3.1** In seiner Beurteilung vom 18. Januar 2018 (*recte*: 10. Dezember 2018) führte Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM, vom RAD (...), gestützt auf die Berichte des behandelnden Psychiaters aus, es bestehe aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Gesundheitsschaden mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er forderte die IV-Stelle auf, beim behandelnden Psychiater weitere Akten mit Zusatzfragen einzuholen (IVSTA-act. 183/7 und 183 S. 12 f.).

**8.3.2** In der versicherungsmedizinischen konsularärztlichen Beurteilung auf dem Fachgebiet Orthopädie vom 16. Januar 2019 führte Dr. U. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats vom RAD (...) für den Zeitraum seit Anfang 2018 aus, die Bankangestellte habe nach Arbeitsprofil vom Arbeitgeber eine vorwiegend sitzende Tätigkeit, Einschränkungen in ihrer Tätigkeit auf somatischem Gebiet seien bisher nicht beschrieben worden. Der stattgehabte und auch noch die zukünftig stattfindenden operativen Eingriffe wegen Arthrosen der Beine (Grosszehengrundgelenk, ggf. später Knie) bewirkten jeweils nur eine zeitlich recht begrenzte Arbeitsunfähigkeit von maximal 6 Wochen postoperativ. Die Schulterbeschwerden wiesen kein strukturelles Korrelat

auf, die Abnutzung hinter der Kniescheibe sei nur gering, zu den Lendenwirbelsäulendegenerationen würden keine Funktionseinschränkungen beschrieben, die die bisherige Tätigkeit verhindern würden. Somit sei auf somatischem Gebiet (Orthopädie) kein Gesundheitsschaden mit langanhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ausgewiesen. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit sei wegen dieser Diagnosen bisher nicht erfolgt. Gemäss Arbeitgeberfragebogen sehe die Arbeitgeberin die Versicherte weiter bei sich mit Aufgaben beschäftigt, die sie bewältigen könne. Die Arbeitsfähigkeit (*gemeint wohl: Arbeitsunfähigkeit*) in angestammter Tätigkeit aus somatischer Sicht sei bei komplikationslosen Verläufen voraussichtlich nur wenige Wochen (max. peri-/postoperativ). Hinsichtlich des Eingriffs vom September 2018 (Fussoperation) seien die Akten noch zu ergänzen (IVSTA-act. 183 S. 17 f.).

**8.3.3** In seiner Stellungnahme vom 5. April 2019 führte Dr. T. \_\_\_\_\_ vom RAD (...) aus, die zusätzlich eingetroffenen Berichte enthielten keine relevanten neuen Fakten. Es werde weiterhin eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert trotz nur minimaler antidepressiver psychopharmakologischer Behandlung. Aufgrund des beschriebenen psychopathologischen Befundes sei lediglich von einer leichten depressiven Symptomatik auszugehen. Es würden psychosoziale Faktoren beschrieben. Diagnostisch sei von einer längeren depressiven Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit werde auch mit somatischen Anteilen erklärt, ohne dass dies mit Befunden dokumentiert werde. Vom Orthopäden werde bei durchgeführter Arthrodesse nur eine vorübergehend und nachvollziehbare Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die vom behandelnden Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Ein Gesundheitsschaden mit andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen (IVSTA-act. 183 S. 22).

**8.3.4** In seiner Beurteilung vom 20. September 2019 hielt Dr. T. \_\_\_\_\_ an seiner Auffassung fest. Der Bericht von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2019 enthalte keine neuen Befunde. Dr. T. \_\_\_\_\_ stellte zudem fest, dass die Versicherte am 11. Juni 2019 gegenüber der IV-Stelle mitgeteilt habe, dass sie «keine Depressionen mehr» habe (vgl. IVSTA-act. 183 S. 24 f.). Hinsichtlich der am 1. Juli 2019 durchgeführten Fussoperation rechts sei von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von zirka 3 Monaten mit anschliessender voller Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die rheumatologischen Diagnosen und die HNO-Operation würden keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen (IVSTA-act. 183 S. 27). Am 3. Dezember 2019 führte er

aus, die neue Beurteilung des behandelnden Psychiaters vom 12. November 2019 mit weiterhin attestierter Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei nicht nachvollziehbar. An der bisherigen Beurteilung sei festzuhalten. Es bestehe kein Gesundheitsschaden mit andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Bank-/Büroangestellte (IVSTA-act. 183 S. 28).

**8.3.5** Am 21. April 2020 ging der fallführende Dr. T. \_\_\_\_\_ gestützt auf die Beurteilung des behandelnden Psychiaters vom 12. November 2019 und seine bisherigen Beurteilungen nunmehr von einer zwischenzeitlich wahrscheinlich chronifizierten Anpassungsstörung aus. Er empfahl deshalb zur Klärung des Sachverhalts die Einholung einer bidisziplinären neuropsychologischen und psychiatrischen Begutachtung mit Beschwerdevalidierung und Konsensbeurteilung bei lic. phil. V. \_\_\_\_\_, Neuropsychologin, und Dr. W. \_\_\_\_\_, Psychiater (IVSTA-act. 174).

**8.4** Aus den auf Veranlassung des RAD der IV C. \_\_\_\_\_ eingeholten Gutachten ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

**8.4.1** Das neuropsychologische Teilgutachten vom 6. Juli 2020 beruht auf der Untersuchung vom 25. Juni 2020 und wurde von lic. phil. V. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertifizierte Gutachterin für Neuropsychologie SIM, verfasst und von lic. phil. X. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertifizierte Gutachterin für Neuropsychologie SIM (Praxispartnerin) mitunterzeichnet (IVSTA-act. 190).

In ihrer Beurteilung stellte die Gutachterin eine Diskrepanz zwischen der Eigenwahrnehmung und der tatsächlichen Leistung der Explorandin fest. Mit Ausnahme einer leicht verminderten Ideenproduktion habe sich eine alters- und ausbildungsadäquate Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit ergeben. Die Explorandin habe sich – trotz zeitweise selbstlimitierenden Verhaltens – insgesamt gut auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen können, habe interessiert und kooperativ gearbeitet. Sie habe Instruktionen gut umsetzen können, mit insgesamt durchschnittlichem Tempo gearbeitet und flexibel zwischen den Anforderungen wechseln können. In den geprüften kognitiven Domänen ergäben sich durchschnittliche Ergebnisse. Leichte Einschränkungen zeigten sich in den exekutiven Teilbereichen sprachliche und non-verbale Ideenproduktion. Diese objektivierten leichten Dysfunktionen seien am ehesten in Zusammenhang mit der psychopathologischen Symptomatik zu interpretieren. Ein Einfluss des zeitweise auftretenden selbstlimitierenden Verhaltens sei ebenfalls nicht ausgeschlossen. Die zeitliche

mentale Belastbarkeit für eine gut 3 ¼-stündige neuropsychologische Untersuchungssitzung – ohne Pause – sei ausreichend. Die Belastbarkeit darüber hinaus sei nicht geprüft worden. Die kognitiven Leistungen seien von einer Vielzahl von Faktoren (Schmerzen, Müdigkeit, Schlafvermögen, psychische Befindlichkeit) abhängig, weshalb trotz grundsätzlich unauffälliger kognitiver Leistungsfähigkeit intermittierende Leistungsschwankungen respektive Leistungseinbussen möglich seien. Auch sei möglich, dass die Explorandin ihre kognitive Leistungsfähigkeit schlechter wahrnehme als sie tatsächlich sei. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit würden sich die leichten exekutiven Dysfunktionen in Teilbereichen in der bisherigen wie in einer bildungsentsprechenden Verweistätigkeit maximal leicht limitierend auswirken. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte ab Zeitpunkt des Gutachtens.

**8.4.2** Das psychiatrische Gutachten vom 16. November 2020 wurde von Dr. W.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, verfasst (IVSTA-act. 204/2 ff.; Untersuchungen am 16. Juli 2020 und 1. September 2020 [inkl. testpsychologische Untersuchung SCID-5-PD {Strukturiertes klinisches Interview für DSM-5® – Persönlichkeitsstörungen} durch lic. phil. Y.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP; IVSTA-act. 204).

Der Gutachter diagnostizierte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) mit/bei Status nach rezidivierenden Anpassungsstörungen in der Vergangenheit aufgrund von multiplen, nicht medizinisch relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10: F43.2) und als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1).

In der bisherigen Tätigkeit als Kundenberaterin bei der B.\_\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin bei einem hypothetischen Arbeitspensum von 42.5 Stunden pro Woche zu 6.8 Stunden pro Tag an 5 Tagen in der Woche (80 %) arbeitsfähig. In diesem Umfang bestehe keine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit. Im IV-relevanten Sinn könne seit Erkrankungsbeginn 2018 bezogen auf das zuletzt ausgeübte Arbeitspensum von 100 % allenfalls eine 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf psychiatrischem Fachgebiet attestiert werden. Der vom behandelnden Psychiater gestellten

Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, könne nicht gefolgt werden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei am besten an die Ressourcen der Versicherten angepasst. Auch in einer anderen, ihren beruflichen Ressourcen optimal angepassten Tätigkeit sei von keinem höheren Pensum auszugehen. Die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne, beantwortete der Gutachter damit, dass durch die chronische Belastung der Versicherten kurz- beziehungsweise mittelfristig durch weitere medizinische Massnahmen nicht von einem höheren Arbeitspensum als 80 % (von 100 %) auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht bestünden zur Zeit keine therapeutischen Möglichkeiten, um das aktuell ermittelte Belastungsprofil der Versicherten zu verbessern. Rein psychiatrisch könne eine ressourcenorientierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zum Erlernen von positiven Copingstrategien im Hinblick auf den adäquaten Umgang mit chronischen Schmerzen empfohlen werden. Die aktuelle Leistungs- sowie Veränderungsmotivation werde als gering eingestuft. Wiederholt wird ausgeführt, die Explorandin trage multiple somatische Unzulänglichkeiten vor (z.B. IVSTA-act. 204 S. 79). Es lägen diverse nicht versicherungsmedizinisch relevante psychosoziale Belastungsfaktoren (gemeint wohl: Migrationshintergrund, keine berufliche Ausbildung, längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, erfolgte Kündigung, Alter, familiäre Probleme, finanzielle Schwierigkeiten [vgl. IVSTA-act. 204 S. 101 f. Ziff. 8.5], auch: 204 S. 80) vor. Diese seien bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausgeschlossen worden.

## **8.5**

**8.5.1** Dr. T. \_\_\_\_\_ vom RAD (...) führte zu Handen der IV C. \_\_\_\_\_ am 18. November 2020 aus, das Gutachten sei umfassend und nachvollziehbar. Es sei in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen seien begründet. Aus Sicht des RAD könne darauf abgestützt werden (IVSTA-act. 206).

**8.5.2** Der Psychiater Dr. E. \_\_\_\_\_ des ärztlichen Dienstes der IVSTA führte am 18. August 2021 aus, die Vorinstanz könne sich auf das sehr ausführliche, hervorragende psychiatrische Gutachten stützen. Es lägen keine schwerwiegenden psychiatrisch begründeten funktionellen Einschränkungen vor. Objektiviert werden könne nur eine leichte Depression im Rahmen einer Anpassungsstörung bei vielfältigen psychosozialen Problemen. In der bisherigen Tätigkeit habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine Verweisungstätigkeit sei nicht zumutbar. Da die vielfältigen

Schmerzen im psychiatrischen Gutachten wohl abgehandelt würden, sei es nicht nötig, das Dossier noch von einem somatischen Kollegen beurteilen zu lassen.

**8.5.3** Dr. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, zertifizierter RAD Arzt, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, führte gestützt auf das Aktendossier am 31. August 2021 aus, die Versicherte sei ausführlich abgeklärt worden. Die bisherige Arbeit sei von somatischer Sicht her als leicht einzustufen, wiederholte und regelmässige Belastungen ausserhalb des Arbeitswegs seien nicht nötig. Die lumbalen Beschwerden beständen seit vielen Jahren, hätten sich im Verlauf gebessert und die Arbeitsfähigkeit nicht erheblich eingeschränkt. Man könne eventuell das Fehlen eines orthopädischen Gutachtens kritisieren. Es lägen allerdings viele Berichte zu den Leiden von Seiten des Bewegungsapparats vor. Daraus könne keine langdauernde Krankheit mit signifikanter und vor allem andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Der Eingriff bezüglich einer chronischen Sinusitis mit Nasenpolypen sei kein Grund für eine signifikante und langjährige Krankheit (IVSTA-act. 276).

**8.5.4** Dr. G.\_\_\_\_\_, FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, vom ärztlichen Dienst der IVSTA ergänzte am 24. September und am 1. Oktober 2021 zu Handen der IVSTA, aufgrund der Fussoperationen könne jeweils eine befristete Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden. Darüber hinaus bestätigte sie die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_\_, wonach sich aus den Operationen keine dauerhafte Einschränkung in der angestammten Tätigkeit ergebe. Eine Vervollständigung der Beurteilung durch ein orthopädisches Gutachten sei nicht nötig, da die osteoartikulären Beeinträchtigungen keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten. In psychischer Hinsicht sei das Gutachten schon beurteilt worden (IVSTA-act. 279 f.).

## **9.**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Hinblick auf den massgeblichen Zeitraum ab Januar 2018 zutreffend festgestellt und gestützt darauf die ihr zumutbare Arbeitsfähigkeit korrekt eingeschätzt hat.

**9.1** In somatischer Hinsicht geht aus den Akten hervor, dass im Rahmen der Abklärung durch die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_, die Orthopädin des RAD einzig am 16. Januar 2019 in orthopädischer Hinsicht Stellung nahm (als fachärztliches Konsilium bezeichnet; IVSTA-act. 183/17), dies vor der zweiten Fussoperation vom 1. Juli 2019 und vor der Konsultation des Rheumatolo-

gen Dr. R. \_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2019 (oben E. 8.2.12). Zu den geltend gemachten Beeinträchtigungen ausgehend vom Rücken (nach Intervention mittels PDA im Dezember 2014; oben E. 8.1.3) finden sich im weiteren Verlauf des Verfahrens kaum aussagekräftigen Akten, nachdem die Hausärztin am 19. April 2018 eine allfällige Rückenoperation in Betracht zog (IVSTA-act. 216/10 ff., oben E. 8.2.5). Ein somatisches oder orthopädisches Gutachten wurde – obwohl auch vom psychiatrischen Gutachter angeregt – nicht eingeholt, ebensowenig ein weiteres RAD-internes orthopädisches Konzil, wie vom fallführenden Psychiater des RAD (...) vorgeschlagen wurde (vgl. IV-act. 196/3, 201). Zur Arbeits(un)fähigkeit in somatischer Hinsicht finden sich ausser den Arztzeugnissen des Fussorthopäden Dr. L. \_\_\_\_\_ und der Hausärztin Anfang Jahr 2018 keine Angaben, abgesehen vom Arbeitsunfähigkeitszeugnis der Notfallärzte der Z. \_\_\_\_\_ nach dem Unfall vom 8. Mai 2018 und den Ausführungen des behandelnden Psychiaters, der wiederholt auf die laufenden Behandlungen seiner Kollegen in somatischen Disziplinen hinwies, weshalb die Versicherte im Rahmen der verschiedenen Einschränkungen in somatischer und psychischer Hinsicht zu 100 % arbeitsunfähig sei. Zu geklagten Beeinträchtigungen wie Kopfschmerzen sowie Problemen mit den Augen (IVSTA-act. 183/5 sowie in den Administrativgutachten: 190/2, Kopfschmerz bei Computerarbeit: 190/5 und 204/50, 56 f.) oder wegen der Hände (oben E. 8.2.12 und 8.2.15) finden sich keine Ausführungen oder Auseinandersetzungen im Hinblick auf eine mögliche Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Büro ([Bildschirmarbeit/Tastaturschreiben]).

**9.2** Demnach fehlt in somatischer Hinsicht eine Abklärung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab Anmeldedatum am 3. Juli 2018 und im Verlauf. Der RAD hat aufgrund der zur Verfügung stehenden somatischen Berichte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in orthopädischer Hinsicht – ohne neurologische, allenfalls rheumatologische oder andere Disziplinen – geschätzt, ohne die verschiedenen Einschränkungen in einem Zusammenhang und im Verlauf zu betrachten; eine eigene Untersuchung der Versicherten durch den RAD wurde ebensowenig in Betracht gezogen. Auch wurden somatisch bedingte Einschränkungen wegen Schmerzen aufgrund der Fussituation ausgeblendet, soweit sie nicht den unbestrittenen Zeitraum nach den beiden Operationen im September 2018 und Juli 2019 betrafen (oben E. 8.2.2, 8.2.9, 8.2.16). Wie Dr. F. \_\_\_\_\_ am 30. August 2021 – letztlich bestätigt durch Dr. G. \_\_\_\_\_ am 29. September/1. Oktober 2021 – unter diesen Umständen schliessen konnte, eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne nicht abgeleitet werden, lässt sich nicht nachvollziehen. Soweit schliesslich der Psychiater

Dr. W. \_\_\_\_\_ die Schmerzsituation als administrativer psychiatrischer Gutachter in somatischer Hinsicht zu beurteilen scheint, erweist sich dies – da fachfremd – nicht als zulässig und daher für die Beurteilung in somatischer Hinsicht nicht als verwertbar. Daraus können gestützt auf die Aktenlage in somatischer Hinsicht keine Schlüsse hinsichtlich der Einschränkungen der Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit gezogen werden. Dagegen erweist sich die Sachverhaltsabklärung demnach als unvollständig.

**9.3** Zum psychiatrischen Administrativgutachten rügt die Beschwerdeführerin einerseits, es fehle eine retrospektive Beurteilung, andererseits, es sei auch nicht schlüssig. Ihre Angaben würden in der Beurteilung ausgeblendet und die festgehaltene Diskrepanz der angegebenen Beschwerden mit dem Tagesprofil beziehungsweise mit dem alltäglichen Aktivitätsniveau erschliesse sich nicht. Zudem habe der Gutachter ihre somatischen Beschwerden, welche ebenfalls zu einer massiven Reduktion sowie – zeitweise – zu einer vollumfänglichen (zusätzlichen) Einschränkung der Leistungsfähigkeit geführt hätten, komplett ausgeklammert.

**9.3.1** Vorab ist hierzu festzuhalten, dass es im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung nicht Aufgabe des Psychiaters war, sich zu den (rein somatisch) bedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zu äussern. Soweit der Gutachter dennoch Aussagen dazu zu machen scheint, erweisen sich diese – wie bereits angeführt – nicht als verwertbar, da einerseits fachfremd und er andererseits – da das somatische Korrelat zu den Schmerzen unklar respektive unvollständig war – dazu auch nicht über eine verwertbare Grundlage verfügte. Soweit der Psychiater sich ferner ansatzweise in neurologischer Hinsicht zu Kopf- und Rückenschmerzen oder Migränezeichen äussert (IVSTA-act. 204 S. 57) – ohne dies weiter zu deklarieren –, können daraus keine beweiskräftigen Schlussfolgerungen gezogen werden, da die Ausführungen zu unbestimmt sind. Demnach erweist sich seine (wiederholte) Beurteilung, die Angaben der Beschwerdeführerin zu Schmerzen am Bewegungsapparat und Kopfschmerzen, begleitet von Photophobie, seien «multiple somatische Unzulänglichkeiten» (z.B. IVSTA-act. 204 S. 79 f.), vor diesem Hintergrund weder als zulässig noch als verwertbar, zumal aufgrund der in somatischer Hinsicht unvollständigen Sachverhaltsabklärung eine beweistaugliche (psychiatrische) Beurteilung unter Ausblendung des somatisch begründeten Anteils der Schmerzen nicht möglich war.

**9.3.2** Weiter wird im Gutachten erwähnt (IVSTA-act. 204 S. 46, 51, 56), dass die Beschwerdeführerin beim ersten Begutachtungstermin am 16. Juli 2020 nach der Fussoperation vom 9. Juli 2020 aus somatischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig war (oben E. 8.2.20; IVSTA-act. 193 S. 2, 198) und gemäss den Akten mit Fussbandagen und Krücken zur Begutachtung erschien (IVSTA-act. 196 S. 3). Es kann hier offen bleiben, ob die psychiatrische Begutachtung bei einer unbestritten vorliegenden vollen Arbeitsunfähigkeit der Explorandin (aus somatischen Gründen) verwertbar sein konnte. Wegen der offensichtlichen Behinderung der Beschwerdeführerin beim ersten Begutachtungstermin und der Intervention des Gutachters deswegen bei der IV C. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 196 S. 3) erweisen sich indes Angaben im Gutachten wie das Gangbild sei unauffällig gewesen (IVSTA-act. 204 S. 65), als widersprüchlich respektive als aktenwidrig.

**9.3.3** Der Beschwerdeführerin kann ferner zugestimmt werden, dass sich aus dem Gutachten kaum Ausführungen zum Verlauf der Einschränkungen in psychischer Hinsicht seit Krankschreibung im Januar 2018 entnehmen lassen. Der Gutachter hat sich insofern mit den verschiedenen ausführlichen Beurteilungen des behandelnden Psychiaters zum Verlauf und dessen psychiatrischer Behandlung (Psychotherapie begleitet mit wechselnder medikamentöser Behandlung) auseinandergesetzt, als er einerseits ausführt, dass gestützt auf seine gutachterliche (aktuelle) Befundung andere Diagnosen zu stellen seien. Andererseits äussert er sich zum «State of the Art» gemäss Leitlinien zur Behandlung von unipolaren Depressionen. Die Behandlung des behandelnden Psychiaters sei nicht entsprechend diesen Regeln erfolgt – insbesondere nicht in medikamentöser Hinsicht. Weshalb könne er nicht beurteilen (IVSTA-act. 204/93-96 oben). Ob sich die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht seit Krankschreibung im Januar 2018 verändert haben, lässt sich dem Gutachten indes nicht nachvollziehbar entnehmen.

**9.3.4** Ebenfalls kaum Gegenstand gutachterlicher Beurteilung sind die beruflichen Gegebenheiten, die – ausser den somatischen Gründen (oben E. 8.2 ff.) – zur Krankschreibung im Januar 2018 und zur Einleitung einer psychiatrischen Behandlung geführt hatten (vgl. IVSTA-act. 190 S. 3 und 204 S. 62). Im Januar 2019 legte der behandelnde Psychiater dar, das berufliche Umfeld sei schwierig, und im Januar 2020, eine Tätigkeit bei der Firma, bei welcher sie zuletzt gearbeitet habe, sei nicht zumutbar (oben E. 8.2.11, 8.2.19). Auch die Explorandin hatte sich anlässlich der Begutachtungen zu den Umständen ihrer letzten Arbeit geäussert (IVSTA-act. 190/3, 204/62). Aufgrund der dahingehend fehlenden gutachterlichen Aus-

einandersetzung erweisen sich die Schlussfolgerungen des Gutachters, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei am besten an die Ressourcen der Versicherten angepasst, weder als schlüssig noch als nachvollziehbar.

**9.3.5** Unter diesen Umständen braucht auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin, der Gutachter habe ihre Angaben in der Beurteilung und die durchaus festgestellten Einschränkungen als irrelevant ausgeblendet und die festgehaltene Diskrepanz der angegebenen Beschwerden mit dem Tagesprofil beziehungsweise mit dem alltäglichen Aktivitätsniveau erschliesse sich nicht, nicht weiter eingegangen zu werden.

**9.3.6** Somit erweist sich schon die Diagnosestellung im psychiatrischen Gutachten als unvollständig und allenfalls auch als fehlerhaft. Nicht weiter zu prüfen sind deshalb die weiteren Ausführungen im Gutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand systematisierter Indikatoren (oben E. 6.4.5). Bei der Sachverhaltsermittlung mangelt es demnach an einer nachvollziehbaren Einordnung des psychischen Anteils der gesundheitlichen Einschränkung. Somit erweist sich das Gutachten in verschiedener Hinsicht weder als nachvollziehbar noch als schlüssig, wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht.

**9.4** Zu ergänzen bleibt, dass sich zum neuropsychologischen Teilgutachten keine Ausführungen oder Folgerungen der mit der Sache betrauten IV-Stellen respektive deren regionalen medizinischen Dienste finden. Allenfalls wurde es als Teil des psychiatrischen Gutachtens respektive als Grundlage dafür betrachtet (vgl. IVSTA-act. 204/44-45, 204/81-82, 204/94, 204/96). Eine eigene Beurteilung des (Teil)-Gutachtens hätte im Rahmen einer vollständigen Sachverhaltsermittlung durch die IV-Stellen jedoch ebenfalls erfolgen müssen.

**9.5** In Folge der fehlenden Abklärung in somatischer Hinsicht und der (zu wesentlichen Teilen daraus folgenden) nicht verwertbaren Beurteilung in psychischer Hinsicht fehlt eine Beurteilung der gesundheitlichen Gesamtsituation sowohl im Verfügungszeitpunkt (11. Februar 2022) wie auch im Verlauf seit Januar 2018. Das Zusammenspiel der psychischen und somatischen Einschränkungen im Hinblick auf eine allfällige zumutbare Arbeitsfähigkeit wurde demnach nicht gemäss den rechtlichen Voraussetzungen beurteilt.

## 9.6

**9.6.1** Wie die Beschwerdeführerin weiter zu Recht vorbringt, wurde auch der berufliche Sachverhalt durch die IV C. \_\_\_\_\_ und die Vorinstanz nur hinsichtlich ihrer letzten Tätigkeit abgeklärt. Angaben zur langjährigen beruflichen Karriere der Beschwerdeführerin in der Schweiz, vor ihrer Tätigkeit im (...) seit 1996 respektive 2012, wie unter anderem in der Gastronomie, sowie der damit verbundenen Aus- und Weiterbildung (ausser dem aktenkundigen Curriculum vitae und ihren eigenen Angaben im psychiatrischen Gutachten; IVSTA-act. 82/11-13; 204/47-48), fehlen in den Akten ebenso wie ein IK-Auszug. Die Vorinstanz beschränkte sich darauf, bei der Beschwerdeführerin den allgemeinen «Fragebogen für Versicherte» mit Angaben zur beruflichen Karriere einzuholen (vgl. IVSTA-act. 270/2).

**9.6.2** Ferner wurde während des in (...) hängigen Verfahrens eine allfällige Wiedereingliederung nicht in Betracht gezogen, obwohl die Beschwerdeführerin bereits bei ihrer Anmeldung am 3. Juli 2018 das 55. Altersjahr überschritten hatte (siehe hierzu hiernach E. 11.2.2) und gegenüber der IV C. \_\_\_\_\_ mehrfach angab, sie wolle wieder arbeiten und brauche eventuell Unterstützung für die Eingliederung (Gespräch vom 22. April 2018, Telefone vom 11. Juni 2019 und 28. Mai 2020 [IVSTA-act. 183/5 und 183/25 oben, 265/29]). Auch der behandelnde Psychiater führte am 2. Januar 2019 zu Handen der P. \_\_\_\_\_ aus, eine angepasste Tätigkeit erscheine möglich. Um ein geeignetes Belastungsprofil dafür erstellen zu können, erscheine ein Job-Coaching sehr sinnvoll (IVSTA-act. 229/10; Eingang des Berichts bei der IV C. \_\_\_\_\_ am 28. Januar 2019). Ab Januar 2020 war die Beschwerdeführerin nur noch teilweise krankgeschrieben, wobei der behandelnde Psychiater dazu ausführte, die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischen Gründen nicht zumutbar (oben E. 8.2.19). Die Beschwerdeführerin war in dieser Zeit bei der Arbeitslosenversicherung zudem zur Arbeitsvermittlung angemeldet und suchte Arbeit, da ihre letzte Stelle mittlerweile per 30. April 2020 gekündigt worden war (Sachverhalt A.e sowie IVSTA-act. 190/3).

**9.6.3** Die Vorinstanz hat es schliesslich unterlassen, die Frage nach der Verwertbarkeit der (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit zu prüfen (unten E. 11.2 ff.). Die gestützt auf das psychiatrische Gutachten fussende Behauptung der Vorinstanz, die bisherige Tätigkeit sei angepasst und sie könne an der bisherigen Arbeitsstelle oder einer anderen ähnlichen leichten Tätigkeit wieder einsteigen, erweist sich damit nicht als nachvollziehbar.

**9.7** Unter diesen Umständen wurde der Sachverhalt nicht rechtskonform abgeklärt (oben E. 9.5) und müsste die Sache zur Klärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 61 Abs. 1 VwVG an die Vorinstanz zurückgewiesen werden, damit diese eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz einholt, in welchem auch der gesundheitliche Verlauf seit Anfang 2018 retrospektiv nachvollziehbar beurteilt wird (vgl. unter vielen: Urteil des BVGer C-5873/2023 vom 25. Oktober 2024 E. 8). Dazu kämen Abklärungen in beruflicher Hinsicht. Wie nachfolgend indes dargelegt wird, sind hier keine weiteren Abklärungsmassnahmen angezeigt (siehe hiernach E. 11).

## **9.8**

**9.8.1** Auf die unvollständige, unübersichtliche und damit unzureichende Aktenführung der beteiligten IV-Stellen (vorhandene Akten sind chronologisch ungeordnet und mehrfach abgelegt, ohne nachvollziehbare Bezeichnung im Aktenverzeichnis, fehlende [aktualisierte] medizinische Akten [augenärztliche Akten fehlen vollständig], fehlende Akten zur Berufstätigkeit in der Schweiz vor 2015 und zu allfälligen Aus- resp. Weiterbildungen, fehlender IK-Auszug, fehlende Dokumentation der Unfallversicherung und der Pensionskasse [siehe dazu hiernach E. 9.8.2], Laufbahnprotokoll der IV C. \_\_\_\_\_ endet am 15.06.2020, vor Eingang der eingeholten Gutachten und Stellungnahmen des RAD (...) dazu [IVSTA-act. 269 S. 29, 195 ff., 201, 206]; der Zustand der Aktenlage wird auch vom ärztlichen Dienst der IVSTA bemängelt: vgl. IVSTA-act. 279 in fine) im Hinblick darauf, dass eine korrekte Aktenführung ein Teilaspekt des Anspruchs auf rechtliches Gehör darstellt (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 29 VwVG; vgl. unter vielen: Urteil des BVGer C-5873/2023 vom 25. Oktober 2023 E. 8.3; C-638/2018 vom 12. März 2018 E. 4.3 m.H., KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. Aufl. 2013, Rz. 497 m.H. sowie WALDMANN/OESCHGER, in: Waldmann/Krauskopf [Hrsg.], *Praxiskommentar VwVG*, 3. Aufl. 2023, Art. 26 Rz. 4 ff.) und als Grundlage für eine korrekte Entscheidungsfindung dient (vgl. BGer 8C\_319/2010 E. 2.2.1 f.), braucht unter diesen Umständen nicht mehr eingegangen zu werden.

**9.8.2** Zur unvollständigen Sachverhaltsermittlung bleibt zu ergänzen, dass die Vorinstanz (resp. die damals dossierführende IV C. \_\_\_\_\_) es auch unterlassen hat, die Akten der Pensionskasse einzuholen, welche ab 1. Mai 2020 eine (vorübergehende) Rente gewährt hat (oben A.f.; vgl. Art. 68<sup>bis</sup> Abs. 1 Bst. c IVG; Art. 66 ATSG e contrario), obwohl sie zeitnah darüber informiert wurde (IVSTA-act. 244).

**10.**

Zur hier zu beurteilenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Hinblick auf einen allfälligen Rentenanspruch ergibt sich demnach gemäss der mangelhaften vorinstanzlichen Abklärung gestützt auf die vorhandenen Akten (oben E. 8 ff.) Folgendes: Es steht fest, dass zunächst die Hausärztin ab 22. Januar 2018 in psychischer und somatischer Hinsicht (zur Abklärung und anschliessender Behandlung verschiedener somatischer Einschränkungen sowie Verdacht auf beginnendes Burn-out-Syndrom [vgl. IVSTA-act. 59]) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatte, seit Februar 2018 bescheinigte der behandelnde Psychiater eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Zu den (gemäss den Akten zirka wöchentlichen) Therapiesitzungen beim Psychiater kamen (insbesondere im Februar/März 2018) verschiedene Untersuchungen und Konsultationen in somatischer Hinsicht sowie in der Folge die Behandlung der verschiedenen somatischen Einschränkungen, im Wesentlichen in orthopädischer Hinsicht (Schulter, Knie, Rücken, Füsse; oben E. 8.2.2 f.) sowie in Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO; oben E. 8.2.4). Am 8. Mai 2018 erlitt die Beschwerdeführerin einen Autounfall mit konsekutiv kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit zu 100 % (oben E. 8.2.7; vgl. auch IVSTA-act. 204/104). Im Juli 2018 folgte die Operation der Nase und Nasennebenhöhlen (E. 8.2.4) mit anschliessender (nicht weiter dokumentierter) Erholungszeit, bei daneben weiterhin deklariert voller Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Psychiater. In der Folge wird auch durch die Vorinstanz nicht bestritten, dass die Beschwerdeführerin vom 10. September bis 13. Dezember 2018 in somatischer Hinsicht vollumfänglich arbeitsunfähig war (E. 8.2.9), ausser der weiter attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % durch den behandelnden Psychiater. Somit ergibt sich für das Jahr 2018 eine nicht wesentlich unterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ab Krankschreibung per 22. Januar 2018 schon in somatischer Hinsicht, in welcher die Beschwerdeführerin ohne Weiteres nachvollziehbar nicht in der Lage war, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Eine massgebende Änderung des Gesundheitszustandes ab Januar 2019 in dem Sinne, dass nunmehr wieder eine konstante dauerhafte Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % vorgelegen hätte, ist gestützt auf die Akten nicht ersichtlich (in somatischer Hinsicht bspw. Abklärung und Behandlung der Probleme mit den Händen [oben E. 8.2.12, 8.2.15]). Aus den Akten geht ebensowenig hervor, ob die von der Hausärztin im April 2018 in Betracht gezogene zweite Rückenoperation (oben E. 8.2.5) weiter in Frage stand, oder ob die vom Rücken ausgehenden Beschwerden sich effektiv verbessert hatten. Im Juli 2019 folgte die zweite Fussoperation mit erneut 100 %-iger Arbeitsunfähigkeit in somatischer Hinsicht zusätzlich zu den durch den behandelnden Psychiater deklarierten Einschränkungen

(E. 8.2.16). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit sechs Monate nach der IV-Anmeldung vom 3. Juli 2018 per Ende 2018 ab, während sich die gesundheitliche Situation in der Folge nicht wesentlich veränderte. Damit entstand – entgegen der Beurteilung der Vorinstanz – am 1. Januar 2019 ein Rentenanspruch (vgl. Art. 29 Abs. 1 Satz 1).

## **11.**

Die Anordnung weiterer, an sich notwendiger medizinischer Abklärungen erweist sich wie erwähnt hier nicht als angezeigt.

**11.1** Die Beschwerdeführerin, welche am (...) 1960 geboren ist, verfügt seit dem 1. August 2024 über einen Anspruch auf eine schweizerische Altersrente (vgl. Art. 30 Bst. b IVG, oben E. 6.3).

**11.2** In Frage steht demnach noch die Verwertbarkeit ihrer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit im Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Juli 2024.

**11.2.1** Die versicherte Person, die über eine Restarbeitsfähigkeit verfügt, ist allgemein verpflichtet, sich aus eigener Initiative, nötigenfalls mittels eines Berufswechsels, in den Arbeitsmarkt zu integrieren (sogenannte Pflicht zur Selbsteingliederung). Die Rechtsprechung sieht hierzu allerdings Ausnahmen vor. So wird anerkannt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die verbleibende Restarbeitsfähigkeit einer versicherten Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (BGE 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3.1). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 146 V 16 E. 7.1, 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2; vgl. dazu: MARCO WEISS, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters – Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018 S. 630).

**11.2.2** Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass wenn über die Befristung und/oder Abstufung zeitgleich mit der Rentenzusprache befunden wird, bei Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente von über 55-jährigen Versicherten grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, bis die betroffene Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 148 V 321 E. 7.1.2; 145 V 209 E. 5.4). Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 148 V 321 E. 7.1.2; 145 V 209 E. 5.1 mit Hinweisen). Die Aufhebung einer bisherigen Rente kann nach dem Gesagten in Fällen der nicht zumutbaren Selbsteingliederung erst nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erfolgen (BGE 148 V 321 E. 7.1.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres erreicht ist, wird bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache – gleich wie bei der Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 ATSG (vgl. BGE 141 V 5) – auf den Verfügungszeitpunkt abgestellt (BGE 148 V 321 E. 7.3; zum Ganzen: BVGer C-2297/2022 vom 20. Juni 2025 E. 11.2).

**11.3** Wie dargelegt wurde, fehlt vorliegend eine entscheidungswesentliche Klärung des Sachverhalts (oben E. 9.5, 9.7), weshalb nicht auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt abgestellt und damit auch die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit nicht bestimmt werden kann (hiervor E. 11.2.1). Eine weitere medizinische Beurteilung wäre sehr aufwändig und zeitintensiv. Da indes eine Verwertung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des erreichten AHV-Rentenalters nicht mehr möglich ist, ist eine weitere Sachverhaltsklärung nicht zielführend. Demnach hat die Invaliditätsbemessung hier ohne weitere gesundheitliche und berufliche Abklärungen zu erfolgen respektive ist sie entsprechend zu schätzen. Die Beschwerdeführerin war gemäss den Akten ab Januar 2018 bis Ende 2019 zu 100 % arbeitsunfähig, danach war sie zu 20 % arbeitsfähig, mit Einschränkungen (oben E. 8.2.19). Bei dieser Ausgangslage ergibt sich – entgegen den Beurteilungen der Vorinstanz – keine überwiegend wahrscheinlich belegte massgebliche Arbeitsfähigkeit seit Erkrankung im Januar 2018 (siehe oben E. 10). Im Verfügungszeitpunkt am 11. Februar 2022 war die Beschwerdeführerin 61 Jahre und sieben Monate alt und während vier Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen. Die letzte Arbeitsstelle bei der B. \_\_\_\_\_ war per 30. April 2020 gekündigt worden. Ob die gemäss den Akten angebotene Ersatzstelle bei der B. \_\_\_\_\_

gleichwertig (insb. hinsichtlich des Lohnes) und für die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht zumutbar gewesen wäre, blieb im Rahmen der Prüfung durch die IV-Stelle genauso offen wie eine Prüfung von Eingliederungsmassnahmen im Hinblick auf eine Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin in eine mögliche zumutbare Tätigkeit gestützt auf ihre langjährige Arbeitsbiographie (oben E. 9.6.2). Selbst wenn noch von einer massgebenden Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte, erweist es sich als unwahrscheinlich, einen Arbeitgeber im Rahmen des ausgeglichenen Arbeitsmarkts zu finden, welcher der Beschwerdeführerin eine (gleichwertige) Tätigkeit bei unklarem Gesundheitszustand und reduzierter Belastbarkeit für den verbleibenden Zeitraum hätte anbieten können (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C\_940/2012 vom 12. Dezember 2013 E. 5.3 und 9C\_751/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.5 sowie Urteil des BVGer C-3490/2017 vom 12. April 2018 E. 9.9 mit Hinweisen). Unter diesen Umständen ist von der wirtschaftlichen Unverwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit auszugehen.

## **12.**

Im Folgenden bleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrads:

**12.1** Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

**12.2** Die Beschwerdeführerin war unstreitig bis zur Krankschreibung am 22. Januar 2018 in einem vollen Pensum erwerbstätig und wäre ohne erlittene gesundheitliche Einschränkungen weiterhin zu 100 % arbeitstätig gewesen (vgl. wirtschaftliche Beurteilung der Vorinstanz: IVSTA-act. 262 S. 20). Demnach ist der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode zu bestimmen. Da nach dem Gesagten die Beschwerdeführerin ihre allfällige Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich nicht mehr verwerten kann, liegt bei erwerbstätigen Versicherten nach der Rechtsprechung eine Vollinvalidität vor (BGE 138 V 457 E. 3.1 und 3.4; vgl. auch Urteile des BGer 9C\_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4.3. und 4.4.; I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1). Tatsächlich kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ab dem Zeit-

punkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. Januar 2019) kein Invalideneinkommen berücksichtigt werden (vgl. Urteil des BVGer C-3490/2017 vom 12. April 2018 E. 9.9). Daraus ergibt sich ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Januar 2019. Bei diesem Ergebnis ist ergänzend anzumerken, dass die Pensionskasse der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2020 zum Schluss kam, dass die Beschwerdeführerin über einen Anspruch auf eine volle Invalidenrente bei einem IV-Grad von 100 % verfüge (per 1. Mai 2020, nach Auslaufen des Arbeitsverhältnisses; oben Bst. A.a und A.f; IVSTA-act. 244/2 ff.).

### **13.**

Die Beschwerde ist damit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Die Beschwerdeführerin hat mit Wirkung ab 1. Januar 2019 Anspruch auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung. Die Akten gehen an die Vorinstanz zur Berechnung der geschuldeten Rente. Dabei wird sie zu prüfen haben, ob für die Rentenbetreffnisse Verzugszinsen geschuldet sind (Art. 26 Abs. 2 ATSG). Sie erlässt danach eine entsprechende Verfügung.

### **14.**

**14.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Kosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**14.2** Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (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 rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. z.B. Urteil C-5023/2018 vom 13. Juli 2020 E. 8.2 m.H.]) festzusetzen.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2022 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Januar 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

**2.**

Die Akten gehen an die Vorinstanz zur Berechnung der geschuldeten Rente und zum Erlass einer entsprechenden Verfügung. Die Rentenbefehle sind nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen.

**3.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**4.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen.

**5.**

Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz, das BSV sowie die Pensionskasse D. \_\_\_\_\_ (zur Kenntnis).

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Susanne Flückiger

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: