



---

Abteilung III  
C-3894/2015

## **Urteil vom 8. Februar 2017**

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti, Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

IV, Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 21. Mai 2015.

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

A.\_\_\_\_\_, geboren am (...) 1956 (*nachfolgend*: Versicherte), ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Sie arbeitete ab August 2007 mit Unterbrüchen in der Schweiz als Grenzgängerin, zuletzt als Hauswirtschafterin/Haushälterin mit Kinderbetreuung, und leistete Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten der IV-Stelle [IV] 1, 7-8, 11).

**A.a** Am 1. August 2014 (Poststempel) stellte sie beim Sozialversicherungszentrum Y.\_\_\_\_\_, IV-Stelle, wegen einer seit Februar 2014 bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit einen Leistungsantrag für Berufliche Integration/Rente (Vorakten der IV-Stelle [IV] 1.1-13).

**A.b** Die IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ holte bei der Krankentaggeldversicherung (*nachfolgend*: KTGv), der früheren Arbeitgeberin und den behandelnden Ärzten Unterlagen ein (IV 5 ff.). Mit Vorbescheid vom 27. Oktober 2014 teilte sie der Versicherten mit, gestützt auf die Abklärungen ihres regional-ärztlichen Dienstes (*nachfolgend*: RAD) sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Es bestehe an einem anderen Arbeitsplatz ohne Mobbingsituation eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Hauswirtschafterin (IV 17).

**A.c** Am 22. November 2014 reichte die Versicherte bei der IV-Stelle ihren Einwand ein. Sie verwies auf ihre weiter bestehende Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 80 % sowie die beigelegte umfangreiche medizinische Dokumentation und beantragte die nochmalige Prüfung der Angelegenheit (IV 18).

**A.d** Am 11. Mai 2015 reichte die KTGv der IV-Stelle eine Kopie ihres eingeholten psychiatrischen Gutachtens vom 3. Mai 2015 ein (IV 22).

**A.e** Mit Verfügung vom 21. Mai 2015 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (*nachfolgend*: Vorinstanz) das Leistungsbegehren wie angekündigt mit der Begründung ab, der Versicherten sei ihre angestammte Tätigkeit als Hauswirtschafterin – ohne Mobbingsituation – an einem anderen Arbeitsplatz weiterhin zu 100 % zumutbar (IV 26.2 f.).

**B.**

**B.a** Mit Eingabe vom 18. Juni 2015 erhob A. \_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: Beschwerdeführerin) beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen diesen Bescheid und beantragte die Prüfung ihres Leistungsanspruchs. Zur Begründung führte sie aus, dass sie in Teilzeitbelastung und unter weniger anspruchsvollen Arbeitsbedingungen versuche, ihre Arbeitsfähigkeit wieder aufzubauen, das frühere Pensum aber (noch) nicht möglich sei. Zur Zeit versuche sie sich mit einem Pensum von acht Stunden wöchentlich in einem Haushalt ohne Kinder zu stabilisieren. Sie verwies gleichzeitig auf umfangreiche mitgereichte Akten (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

Am 3. Juli 2015 ging beim Bundesverwaltungsgericht der auferlegte Kostenvorschuss von Fr. 400.– ein (B-act. 3).

**B.b** In ihrer Vernehmlassung vom 13. August 2015 verwies die Vorinstanz auf die eingeholte Stellungnahme der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ und beantragte, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ verwies am 11. August 2015 auf ihre Ausführungen in der angefochtenen Verfügung und die Vorakten und verzichtete auf eine eigene Vernehmlassung (B-act. 6, 6.1).

**B.c** Mit Verfügung vom 19. August 2015 übermittelte der Instruktionsrichter die Vernehmlassung der Vorinstanz mit Stellungnahme der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ an die Beschwerdeführerin zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 7).

**C.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie auf die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

**1.1** Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

**1.2** Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

**1.3** Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die sie betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

**1.4** Da die Beschwerde im Übrigen frist- und knapp formgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

## **2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

**2.2** Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgängerin mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton Y. \_\_\_\_\_ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Z. \_\_\_\_\_, Deutschland, Wohnsitz hatte, war die IV Y. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 21. Mai 2015 zu Recht von der IVSTA erlassen.

## **3.**

**3.1** Nachfolgend ist das anwendbare Recht zu prüfen:

**3.1.1** Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni

1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

**3.1.2** Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

**3.1.3** Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah auch Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

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

**3.2** In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 21. Mai 2015) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Anspruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden – falls nichts Gegenteiliges vermerkt – die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

#### **4.**

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

**4.2** Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). 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). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

**4.3** Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit

eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

**4.4** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]). 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).

## **4.5**

**4.5.1** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und soweit die Voraussetzungen für den Anspruch

auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem gemäss Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe).

**4.5.2** Nach Ziff. 9 Bst. o) Ziff. 1 Abschnitt A Anhang II FZA gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf *Eingliederungsmassnahmen* und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist der Bezug von Arbeitslosengeldern im Wohnland der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz gleichgestellt (BGE 132 V 53 E. 6.6). Die im Anhang II FZA hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen vorgesehene Verlängerung der Versicherung endet insbesondere spätestens in dem Zeitpunkt, in welchem der Fall durch Zusprechung einer Rente definitiv abgeschlossen wird, die Eingliederung erfolgreich durchgeführt wurde, eine Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufgenommen wird oder Arbeitslosengelder im Wohnland bezogen werden (BGE 132 V 244 E. 6.4.1; vgl. auch Urteile des BVGer C-2800/2011 vom 4. November 2014 E. 3.4.4 und C-196/2010 vom 19. Juli 2011 E. 4.3 f.).

**4.6** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Als weitere Anspruchsbedingung muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei (vollen) Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG). Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

**4.7** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie – wie die Beschwerdeführerin – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

#### **4.8**

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

**4.8.2** 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

**4.8.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheidungen, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

## 5.

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher der Antrag der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung abgewiesen worden ist.

**5.1** Die Vorinstanz begründet die Abweisung des Leistungsanspruchs damit, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Hauswirtschafterin, ohne Mobbingssituation, weiterhin zu 100 % zumutbar und kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rahmen des IVG ausgewiesen sei (IV 26).

**5.2** Die Beschwerdeführerin rügt sinngemäss, die Vorinstanz habe den Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Im Übrigen unterscheide sich die Arbeit als angestellte Hauswirtschafterin von einer „Arbeit im Haushalt“ durch die sozialen Anforderungen und das Mass in den Weisungen anderer, die umgesetzt werden müssten (B-act. 1).

**5.3** Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin mehr als 36 Monate in der Schweiz gearbeitet hat und damit die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung erfüllt (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG und IV 7-8, 11, 23.2). Es geht im Hinblick auf die Prüfung, ob die Beschwerdeführerin neben einem allfälligen Anspruch auf eine Invalidenrente auch Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hat, aus den Akten nicht hervor, ob die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitraum bis zum 21. Mai 2015 (Verfügungsdatum, siehe oben E. 3.2) in Deutschland eine (Teilzeit-)Arbeitsstelle angetreten hat. Allerdings findet sich auf der IV-Anmeldung der Hinweis der Beschwerdeführerin, wonach sie sich in Deutschland, da arbeitsunfähig geschrieben, nicht bei der Arbeitslosenversicherung anmelden könne (IV 1.3). Die Frage, ob die IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ vorliegend noch für Eingliederungsmassnahmen zuständig ist/war (oder die Zuständigkeit an Deutschland übergegangen ist; vgl. hierzu oben E. 4.5.2), kann aber – im Hinblick auf den Ausgang des Verfahrens – vorliegend offen bleiben.

Zu prüfen bleibt demnach, ob die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitraum bis zum Entscheid der IVSTA vom 21. Mai 2015 in einem Mass in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, sodass sie einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hatte.

**5.4** Es liegen für das vorliegende Verfahren folgende massgebenden medizinischen Beurteilungen vor:

**5.4.1** In seiner „Visiomed-Beurteilung“ stellte Dr. B.\_\_\_\_\_, FMH für innere Medizin, am 19. März 2014 zu Handen der KTGv die Diagnose Endogene Depression mit zurzeit manischen Zügen. Er führte weiter aus, am bisherigen Arbeitsplatz könne die Explorandin mit Sicherheit nicht mehr eingesetzt werden. Sie brauche psychologische Betreuung, die wöchentlich stattfindet. Sie mache zusätzlich Lichttherapie, Spaziergänge usw. Die Prognose sei eher günstig, falls nicht ein depressiver Absturz auf die manischen Phasen eintrete. Er empfahl, nach Ablauf eines Monats mit der Versicherten Kontakt aufzunehmen und ein Verlaufsattest einzuholen (IV 9.70 – 72).

**5.4.2** Dr. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, nahm zu Handen des Hausarztes am 19. Mai 2014 zu seiner ambulanten Untersuchung der Patientin vom 6. Mai 2014 Stellung (B-act. 1.34). Er diagnostizierte eine adulte Verlaufsform eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms, in fachärztlicher Abklärung, eine Symptompersistenz im Erwachsenenalter, ein Zustand nach diversen Arbeitsplatzkonflikten (aktuell Mobbing letzter Arbeitgeber), eine anhaltende mittel- bis schwergradig ausgeprägte depressive Episode, ein Burn-out-Syndrom, ein Zustand nach Suizidalität und eine Adipositas. Er verwies weiter auf die aktuelle Krankenschreibung durch die Hausarztpraxis unter den Diagnosen ICD-10 Z56.G (Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben), F32.0 (leichte depressive Episode), G47 (Schlafstörungen) und Z72.9 (nicht näher bezeichnete Probleme mit Bezug auf die Lebensführung). Weiter sei aufgrund der Abklärung in der Universitätsklinik X.\_\_\_\_\_ die Diagnose F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) anzufügen. Er erklärte sich damit einverstanden, dass die Patientin zunächst eine einmal wöchentliche psychotherapeutische Beratung bei Frau D.\_\_\_\_\_ wahrnehme, zunächst ohne medikamentöse Therapie. Sicher sei eine bipolare Seite der Patientin; es sei auch die Differenzialdiagnose einer bipolaren Störung abzuklären.

Am 25. Juni 2014 nahm Dr. C.\_\_\_\_\_ nach zwei Konsultationen der Pa-

tientin zu Handen der KTGv Stellung (IV 9.58 und 12.8 ff.). Er diagnostizierte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine adulte Verlaufsform eines ADS mit Symptomresistenz im Erwachsenenalter (F90.1, Z73), eine Episode eines Burn-out (F32.8, Z72.9, F90.1), eine schwere depressive Episode F32.2) mit einem Zustand nach Suizidalität (F33.3, X84.9!), sowie Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z60, Z73, Zustand nach Mobbingerelebnissen im sozialen Umfeld [Z56]). Als Zusatzdiagnostik gab er eine Hashimoto Thyreopathie in Abklärung und eine chronisch aktive Epstein-Barr-Virusidentifikation an und verwies auf erfolgte Laboruntersuchungen (vgl. IV 12.14 ff.). Er führte weiter aus, eine ambulante Psychotherapie werde auf den Weg gebracht; der Konsolidierungs- und Heilungsprozess werde voraussichtlich noch mehrere Wochen anhalten. Mit einer neuen Arbeitsaufnahme sei nicht vor Ablauf eines halben Jahres zu rechnen. Die Prognose sei günstig. Was die diagnostische Einschätzung des Internisten Dr. B. \_\_\_\_\_ (oben E. 5.4.1) betreffe, sei er nicht ganz einverstanden: Fachärztlich sei eindeutig, dass die Patientin ADS betroffen sei. Das Krankheitsbild der Suizidalität bei einer ADS-Erkrankten sei eine häufige Komorbidität. Auch fänden sich häufig depressive Episoden und Versagenszustände. Auch das sogenannte autistische Spektrum sei mit dem ADS eher verwandt als mit der sogenannten endogenen Depression.

Am 5. September 2014 nahm Dr. C. \_\_\_\_\_ zu Handen der IV Y. \_\_\_\_\_ Stellung und führte aus, die Arbeitsunfähigkeit beruhe auf einer psychisch bedingten Krankheit. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er aktuell einen Zustand nach Suizidalität (F33.3, X84.9!), einen Zustand nach schwerer depressiver Episode mit psychotischem Syndrom (F32.3), eine anhaltende mittelgradige depressive Episode (F32.2), ein Burn-out-Syndrom (F43.2), eine adulte Verlaufsform eines ADS mit Symptompersistenz (F90.1) sowie als internistische Diagnosen eine Hashimoto Thyreopathie in Abklärung (E07.8) und eine chronisch aktive Epstein-Barr-Virus Infektion (B34.8) auf. Aktuell werde bei ihm eine niederfrequente fachärztliche Behandlung überwiegend unter diagnostischen und therapeutischen Kriterien durchgeführt; die Patientin habe sich in den vergangenen Jahren unter den genannten Diagnosen mehrfach in stationärer Behandlung befunden; er verwies hierzu auf Berichte aus den Jahren 2006 – 2010. Aktuell werde sie vom Hausarzt betreut, eine gezielte medikamentöse Behandlung des ADHS finde zur Zeit nicht statt. Die Patientin frequentiere aber die Psychotherapeutin D. \_\_\_\_\_. Dr. C. \_\_\_\_\_ beschrieb eine nicht einfach einzuschätzende mittelgradig ausgeprägte chronifizierte

psychische Störung, bei der Symptome mit erheblichen Zeichen von Affektstörungen und ein Zustand nach rezidivierenden depressiven Episoden, rezidivierenden Episoden mit Exzessmorbidity (Suizidalität), sozialen Auffälligkeiten, Integrationsproblemen und Konzentrationsstörungen, Impulskontrollen und einem Zustand nach diversen Arbeitsplatzkonflikten bestehe. Zur Zeit gehe er von einer 50 %-igen Tätigkeitsbewältigung aus mit noch verminderter Leistungsfähigkeit vor allem im Hinblick auf psychiatrische Situationen. Die Prognose sei ungewiss, die Patientin erscheine zur Zeit nicht ausreichend motiviert, zumal sie die psychometrische Leistungstestung bei ihm abgebrochen habe (IV 16).

**5.4.3** Am 14. November 2014 nahm D. \_\_\_\_\_, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, zu Handen der Versicherten zu deren Arbeitsfähigkeit und ihrer Behandlung seit 30. August 2014 Stellung (IV 18.7). Sie diagnostizierte eine mittel- bis schwere depressive Störung (F32.1) bei Verdacht auf adultes ADS mit atypischen autistischen Symptomen. Die Patientin arbeite zur Zeit in einem Pensum von 20 %. Die Arbeitsanforderungen in ihrer Tätigkeit als Hauswirtschafterin mit Betreuung der Kinder in Haushalten, in denen beide Eltern engagiert leitend tätig seien, verlange in hohem Mass Selbstmanagement. Hier werde eine intellektuelle und zeitliche Flexibilität erwartet. Die Patientin stelle eine engagierte und befähigte Person dar, die an der richtigen Stelle ihren Beruf habe. Die Anforderungen in dieser Tätigkeit seien indessen für sie unvorhersehbar und belastend, daher könne sie die Energie dafür nur aufbringen, wenn sie ausreichend über Ruhephasen verfüge. Alleine die depressive Störung indiziere eine regelmässige Arbeitszeit mit geregelten Ruhephasen, um massive Rückfälle zu vermeiden. Im momentanen Zeitpunkt halte sie die Patientin (noch) nicht für voll arbeitsfähig, auch sei die somatische Abklärung noch nicht abgeschlossen. Nach vollständiger Abklärung sei die Prognose für eine langsame Wiedereingliederung aber gut.

**5.4.4** Dr. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Vertrauensärztin SGV, zertifizierte Gutachterin SIM, führte in ihrem Gutachten vom 3. Mai 2015, gestützt auf einen Aktenauszug und eine Exploration der Versicherten vom 8. April 2015 zu Handen der KTGv aus, bei der Versicherten bestehe eine familiäre Veranlagung für psychische Erkrankungen und vermutlich bereits seit der Jugend eine Veranlagung zu depressiven Episoden. Ausserdem sei ein atypischer Autismus sowie ein ADS diagnostiziert worden, die sich im Verhalten, Erleben und Bewältigen des Alltags einschränkend auswirkten und für alltägliche Aufgaben, sicher jedoch die

sozial und zwischenmenschlich anspruchsvolle berufliche Aufgabe der Kinderbetreuerin sehr erschwerten. Im Zusammenhang mit einer massiven Überforderungssituation durch eskalierende Belastung in eigener familiärer Hinsicht sowie einen unberechenbaren Arbeitgeber – bei gleichzeitiger Verantwortung für dessen 5-jährigen Sohn – sei es 2013 (Tätigkeit an dieser Arbeitsstelle seit Anfang 2013) zur psychischen und physischen Dekompensation gekommen. Seitdem würden verschiedene somatische Leiden abgeklärt und behandelt und werde die Versicherte psychotherapeutisch begleitet. Die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung seien erfüllt. Die Versicherte leide seit vielen Jahren unter wiederholten depressiven Episoden. Anamnestisch sei nicht klar zu differenzieren, ob zwischenzeitlich auch Episoden von gehobener Stimmung im Sinne einer Hypomanie beständen. Es bestehe aktuell sowie anamnestisch während der depressiven Episoden eine deutlich depressive Stimmung mit vermindertem Antrieb und gesteigerter Ermüdbarkeit sowie Interessenverlust; ausserdem Selbstvorwürfe, Verlust des Selbstwertgefühls, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Schlafstörungen, Appetit- und Libidoverlust. Zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anfang 2014 habe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bestanden. Aktuell bestehe weiterhin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Die Symptome aus dem autistischen Spektrum (gemäss Angaben der Versicherten) seien nicht (mehr) so schwer ausgeprägt; sie habe im Laufe ihres Lebens Kompensationsmechanismen entwickelt, so dass sich diese nicht auf die Leistungsfähigkeit auswirkten. Die Symptome eines adulten ADS seien anamnestisch und auch im psychopathologischen Befund deutlich. Diese wirkten sich auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus. Die Versicherte sei aktuell (bzw. seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit) eingeschränkt in ihrer Fähigkeit, sich an Regeln und Routine anzupassen. Sie könne zwar Termine einhalten, brauche jedoch hierfür unverhältnismässig viel Planung und Zeit. Durch ihre vielfältigen körperlichen Beschwerden sowie die Symptome der Depression könne sie Termine nicht immer zuverlässig planen oder sich in feste Organisationsabläufe einfügen. In ihrer beruflichen Tätigkeit als Hauswirtschafterin und Kinderbetreuerin wirke sich diese Beeinträchtigung erheblich aus. Die Fähigkeit, Tätigkeiten zu planen und zu strukturieren, sei ebenfalls durch die gesundheitlichen Schwankungen sowie die instabile Stimmung beeinträchtigt. Sie brauche einen gut strukturierten Tagesablauf und könne sich nach Erledigung von Aufgaben schlecht lösen und anderen Tätigkeiten zuwenden. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeiten seien vorhanden, die Versicherte könne sich wechselnden Situationen im Allgemeinen adäquat anpassen. In der Anwendung ihrer fachlichen Kompetenzen sei sie nicht zusätzlich

beeinträchtigt. Die Entscheidungsfähigkeit sei bedingt durch die Depression beeinträchtigt. Sie habe Schwierigkeiten, sachliche Zusammenhänge differenziert und kontextbezogen aufzufassen und angemessene Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, lasse sich von äusseren Bedingungen beeinflussen oder von inneren Zuständen ablenken. Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit seien vor allem durch die weiterhin bestehende Depression, aber auch durch das ADS eingeschränkt, wie auch die Fähigkeit, sich in sozialen Situationen zu behaupten und durchzusetzen. Die Kontaktfähigkeit sei nicht relevant eingeschränkt. Diese Einschränkungen wirkten sich prinzipiell auf alle Tätigkeiten aus, stärker jedoch auf die angestammte, in der eine hohe Anpassungsfähigkeit und Flexibilität sowie zwischenmenschliche Kompetenz gefordert sei. Angesichts der Ausbildung und auch der ausgeprägten Neigung der Versicherten seien jedoch gerade Berufe, die diese Fähigkeiten erforderten, relevant und der Versicherten angepasst. Eine Tätigkeit ohne soziale Kontakte sei ihr nicht zumutbar.

Dr. E.\_\_\_\_\_ stellt als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (F33.11) und ADS (F90). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose des atypischen Autismus (F84.1). Zur Arbeitsfähigkeit führt sie aus, die Versicherte sei aktuell in ihrer angestammten Tätigkeit zu maximal 20 % leistungsfähig. Sie neige dazu, sich ungenügend abzugrenzen und mehr Aufgaben zu übernehmen, als zumutbar seien, sodass eine zusätzliche Belastung gesundheitsbedrohend sei. Aktuell sei die Tätigkeit als Hauswirtschafterin zu 20 % (d.h. 8 bis max. 10 Std. wöchentlich bzw. bis 2-3 Std. täglich) zumutbar. Tätigkeiten in einem konfliktreichen und emotional belastenden Umfeld, die ein hohes Mass an Flexibilität erforderten, seien derzeit eher nicht zumutbar. Die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei günstig. Die Versicherte sei motiviert, ihre Leistungsfähigkeit wieder zu steigern. Innerhalb der nächsten zwölf Monate sei eine Steigerung auf ein 80 %-Pensum sehr wahrscheinlich. Weiter sollte die psychotherapeutische Behandlung fortgesetzt werden. Für den therapeutischen Prozess benötige die Versicherte Zeit. Eine verfrühte Rückkehr beziehungsweise Steigerung des Arbeitspensums würde mit grösster Wahrscheinlichkeit zu einem gesundheitlichen Rückschlag führen und den Rehabilitationsprozess wieder zurückwerfen (IV 22.2 ff.).

**5.4.5** Der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, nahm am 2. September 2014 zu Handen der IV Y.\_\_\_\_\_ Stellung (IV 12) und verwies auf die begleitenden Behandlungen durch den Psychiater

Dr. C.\_\_\_\_\_ und den Pneumologen Dr. H.\_\_\_\_\_ (siehe E. 5.4.6). Er führte aus, die Patientin sei seit Jahren in seiner ärztlichen Behandlung. Seit 2. Februar 2014 nähmen die zuvor bekannten depressiven Symptome sowie die Probleme mit der Arbeit zu. Als ärztlichen Befund führt er eine depressive Störung (F32.0) mit gemindertem Antrieb und Leistungsfähigkeit, eine Schlafstörung mit Ein- und Durchschlafproblemen (G47.0) und Erschöpfung sowie eine Konzentrationsstörung und Probleme bei der Alltagsbewältigung und Kindererziehung (Z53) an. Eine grundlegende Verbesserung der Symptomatik sei derzeit nicht absehbar. Behandelt werde sie gegenwärtig mit wöchentlicher Psychotherapie sowie mit psychiatrischer und lungenfachärztlicher Mitbetreuung. Seit 11. August 2014 sei die Patientin zu 80 % arbeitsunfähig. Die depressive Symptomatik sei derzeit nicht mit (ihrer) Tätigkeit als Hauswirtschafterin mit Kinderbetreuung vereinbar. Eine Rehabilitation scheine aussichtsreich.

Dr. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Praxis Dr. F.\_\_\_\_\_, nahm am 20. November 2014 zu Händen der KTGv Stellung (IV 18.3 f.). Sie berichtete, die Patientin habe Strategien zur Aktivierung ihrer eigenen Ressourcen und zum Stressabbau erarbeitet und habe ein neues Arbeitsverhältnis angetreten. Die zwischenzeitlich gestellte Diagnose eines adulten ADS erschwere die Aufmerksamkeit, Konzentration und Fokussierung. Stimmungsschwankungen und Ein-/Durchschlafstörungen sowie ein komplizierendes familiäres Umfeld seien nach wie vor vorhanden. Das neue Arbeitsverhältnis fordere sie wiederum stark emotional. Durch die reduzierte Arbeitszeit könne sie diese jedoch bewältigen. Seit 7. Oktober sei sie zu 80 % arbeitsunfähig, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % sei für die nächsten Monate vorgesehen. Medizinische Abklärungen in somatischer Hinsicht seien im Gange (hämatologisch und gastroenterologisch). Die aktuelle Diagnostik laute mittelschwere depressive Episode bei adultem ADS mit massiven Schlafstörungen, Steatosis hepatis, obstruktives Schlafapnoesyndrom, hypertensive Herzkrankheit bei gut eingestelltem Hypertonus, Hyperhidrosis, Adipositas und Autoimmunthyreoiditis. Die derzeitigen Therapien beständen aus Physio- und Massagetherapie, fachpsychologischer und psychosomatischer Betreuung, medikamentöser antihypertensiver Therapie und CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)-Therapie. Am 10. März 2015 gab Dr. G.\_\_\_\_\_ zu Händen der KTGv an, das adulte ADS mit Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen habe weiterhin grosse Auswirkungen auf das berufliche und private Leben der Patientin. Aktuell stünden Störungen des Kurzzeitgedächtnisses im Vordergrund, die sie den bekannten rezidivieren-

den depressiven Episoden zuordne. Die emotionale Belastung am Arbeitsplatz sei aufgrund desolater Verhältnisse in der zu betreuenden Familie eher noch angestiegen, sie wolle die Tätigkeit aber nicht aufgeben. Eine Steigerung der Arbeitszeit sei wegen der negativen Auswirkungen auf den seelischen Zustand jedoch nicht durchführbar. Die Patientin sei weiterhin zu 80 % arbeitsunfähig. Ein stabileres Arbeitsumfeld wäre positiv, aber nur durch einen erneuten Wechsel des Arbeitsplatzes zu erreichen. Neben der medikamentösen antihypertensiven Therapie sei die Patientin in einer kontinuierlichen psychologischen Behandlung (B-act. 1.17).

Die Akten enthalten diverse weitere Kurzberichte der Hausarztpraxis mit Laborwerten, Diagnoseblättern und Befunden im Zeitraum vom 19. März 2014 – 19. November 2014 (IV 9.67, 9.65, 18.5) sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom 13. Februar 2014 bis 7. Juli 2015 (IV 9.50 ff., B-act. 1.5).

**5.4.6** Dr. H.\_\_\_\_\_, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie und Bronchologie, diagnostizierte am 10. Juni 2014 ein OSAS (obstruktives Schlafapnoe-Syndrom), eine Rhinokonjunktivitis allergica und ein Verdacht auf ein allergisches Asthma (IV 9.61 und 9.64; vgl. auch Bericht vom 23. Juli 2014, IV 12.13, und Laborblatt vom 24. Oktober 2014 [B-act. 1.26]). Am 29. November 2014 berichtete er über eine Verbesserung mit CPAP seit Therapiebeginn; aus pneumologischer Sicht sei mit voller Arbeitsfähigkeit zu rechnen (vgl. IV 22.4).

**5.4.7** Der Internist, Pneumologe, Schlafmediziner und Allergologe Dr. I.\_\_\_\_\_, diagnostizierte am 22. Oktober 2014 ein obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie die Dauerdiagnosen Rhinokonjunktivitis allergica, Verdacht auf allergisches Asthma, arterielle Hypertonie und Insomnie. Er leitete eine CPAP-Therapie ein (B-act. 1.27).

**5.4.8** Weiter finden sich radiologische Abklärungen durch Dr. J.\_\_\_\_\_, Arzt für diagnostische Radiologie und für Strahlentherapie vom 24. Juli 2014 (Dopplersono Bein beidseitig [IV 12.12]) und vom 9. April 2015 (MRT LWS mit der Beurteilung Osteochondrose und Spondylarthrose der LWS, noch ohne Abbildung einer spinalen oder foraminalen Enge; gegebenenfalls sei auch ein MRI des linken Kniegelenks/Unterschenkels durchzuführen [B-act. 1.16]).

**5.4.9** Dr. K.\_\_\_\_\_, Innere Medizin und Endokrinologie, diagnostizierte am 6. Oktober 2014 eine postinfektiöse Hypothyreose (ICD-10 E03.3), eine

Hyperhidrose, generalisiert (R61.1), einen Verdacht auf eine essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, mit Angabe einer hypertensiven Krise (I10.91), einen Verdacht auf eine gutartige Neubildung der Nebenniere (D35.0), sowie einen Verdacht auf eine chronische atrophische Gastritis (K29.4). In seiner Ergänzung vom 17. Oktober 2014 führte er aus, die autoimmune Thyreoditis sei weitgehend abgeklungen, die aktuelle Schilddrüsenhormonbehandlung sei adäquat und solle unverändert fortgesetzt werden. Hinweise auf eine polyglanduläre Autoimmunerkrankung hätten sich nicht ergeben. Unter dreifach blutdrucksenkender Medikation gebe es keine Hinweise auf einen renalen oder adrenalen Hypertonus. Die serologische Phäochromozytomdiagnostik werde nachberichtet. Nebenbefundlich bestehe eine geringe Leukopenie und ein grenzwertig hohes Erythrozytenvolumen, sodass ein Mangel an Vitamin B12 und Folsäure gelegentlich ausgeschlossen werden sollte (IV 18.14 – 17, 18.11 ff.).

**5.4.10** Der Kardiologe Dr. L. \_\_\_\_\_, medizinisches Versorgungszentrum, schloss in seinem Bericht an den Hausarzt vom 14. Oktober 2014 in seiner Diagnostik aktuelle relevante Herzrhythmusstörungen aus. Die langjährige arterielle Hypertonie sei unter Medikation befriedigend eingestellt. Weiter diagnostizierte er eine beginnende hypertensive Herzkrankheit mit erhaltender LV-Funktion, ein Linksschenkelblock und ein Schlafapnoe-Syndrom (B-act. 1.28).

**5.4.11** Weiter finden sich in den Akten ein Gastroskopie-Bericht vom 26. Februar 2015 und ein dazu gehörender pathologischer Bericht vom 27. Februar 2015 (B-act. 1.18 – 1.21) sowie eine Mammografie vom 8. Dezember 2014, ohne pathologische Befunde (B-act. 1.22).

**5.4.12** Dr. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte am 15. April 2015 Beinschmerzen im linken Unterschenkel, ohne sensomotorische Ausfälle, eine Osteochondrose der LWS und ein Karpaltunnelsyndrom beidseits. Sie ordnete Krankengymnastik und eine Schienenbehandlung für die Unterarme an (B-act. 1.13 – 1.15).

**5.4.13** Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, diagnostizierte am 27. April 2015 eine Medikamentenunverträglichkeit, eine Lumbalgie, eine Gonalgie beidseits, eine Chondropathia patellae beidseits, eine Diskopathie, eine mässige Beinlängendifferenz, eine beginnende Coxarthrose beidseits und eine Myogelose im Wirbelsäulenbereich. Er ordnete zur Relaxation Massagen an, im Anschluss sei Physiotherapie vorgesehen (B-act. 1.11 f.).

## 5.5

**5.5.1** Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie ([http://www.praxiso.\\_\\_\\_\\_\\_.ch/de](http://www.praxiso._____.ch/de)) vom RAD der IV Y. \_\_\_\_\_, stellte am 30. September 2014 fest, somatisch bestehe kein Krankheitswert. In psychiatrischer Hinsicht erwähnte er die Berichte des Psychiaters Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni und vom 5. September 2014 (oben E. 5.4.2), der Hausärzte vom 11. August und vom 2. September 2014 (oben E. 5.4.5) und stützte sich im Wesentlichen auf die Beurteilung des Internisten Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 19. März 2014 (oben E. 5.4.1). Er führte aus, es gehe daraus klar hervor, dass die psychologische Dekompensation rein arbeitsplatzbedingt gewesen sei. Demnach hätte die Versicherte an einem anderen Arbeitsplatz ohne mobbenden Vorgesetzten im bisherigen Umfang weiter arbeiten können (IV 23.6).

**5.5.2** Im Rahmen des Einwandverfahrens nahm Dr. O. \_\_\_\_\_ am 7. Januar 2015 zum Bericht von dipl. psych. D. \_\_\_\_\_ Stellung und führte aus, die Diagnostik für eine mittel- bis schwergradige depressive Störung und der Verdacht auf adultes ADS mit atypischen autistischen Symptomen sei medizinisch nicht plausibel, da der psychopathologische Befund dieser Einschätzung widerspreche. Es lägen allenfalls leichte depressive Symptome vor, die aus versicherungsmedizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht negativ beeinflussten. Eine antidepressive Medikation sei in dem Bericht ebenfalls nicht zu entnehmen. Verdachtsdiagnosen (ADS) seien nicht IV-relevant. Auch aufgrund der „somatischen“ Beurteilungen (Steatosis hepatis, obstruktives Schlafapnoesyndrom, Hypertensive Herzkrankheit, Hyperhidrosis, Adipositas, Autoimmunthyreoiditis [alles behandelt]), bestehe keine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es seien auch keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt (IV 23.7).

**5.6** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen (bisher nicht aktenkundigen) Bericht von Prof. P. \_\_\_\_\_, Leiter der Hochschulambulanz und Dr. Dr. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Universitätsklinik X. \_\_\_\_\_, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialsprechstunde für das Aspergersyndrom, vom 2. Mai 2011 ein. Darin wurden die Diagnosen Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) sowie rezidivierende [schwere] depressive Störung ohne psychotische Symptome (F32.2) angeführt. Weiter wurden extreme Erschöpfungszustände bei der Patientin festgestellt, da die soziale Kompensation für sie extrem anstrengend sei. Schwerbehinderung sei vorhanden. Es beständen mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten im Rah-

men der Kombination Asperger-Syndrom und Depression. Die beurteilenden Ärzte empfahlen der Patientin, eher Teilzeit zu arbeiten. Sehr gut strukturierte Arbeiten seien zu bevorzugen und häufige Pausen einzulegen (B-act. 1.37). Ausserdem reichte die Beschwerdeführerin mit der Beschwerde einen Schwerbehindertenausweis, mit Grad der Behinderung: 50, unbefristet gültig seit 1. Januar 2007, ausgestellt am 3. Juni 2011, ein (B-act. 1.3).

## **6.**

Streitig im vorliegenden Verfahren ist der Anspruch auf Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung. Die Vorinstanz wies einen solchen gestützt auf die Beurteilung des RAD-Psychiaters Dr. O. \_\_\_\_\_ mit der Begründung ab, bei der Beschwerdeführerin sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen.

### **6.1**

**6.1.1** Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit 13. Februar 2014 (vgl. IV 9.56, 9.14) gemäss den Beurteilungen und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Hausarztpraxis voll und seit 11. August 2014 bis zum Beurteilungszeitpunkt zu mindestens 80 % arbeitsunfähig geschrieben war (oben E. 5.4.5).

**6.1.2** Gestützt auf die psychiatrisch-fachärztlichen Beurteilungen von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 5. September 2014 bestand seit Februar 2014 (entsprechend der Fragestellung im Formular) weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 %. Der Facharzt gab an, eine Tätigkeit als Hauswirtschafterin sei ihr medizinisch zumutbar, wenn eine ausreichende Motivation bestünde. Die Tätigkeit im bisherigen Haushalt könne sicher nicht mehr ausgeübt werden. In einem angepassten Ambiente sei sie aber aus seiner Sicht bald leistungsfähig. Er gehe zunächst von einer 50 %-igen Tätigkeitsbefähigung aus, allerdings mit noch verminderter Leistungsfähigkeit vor allem im Hinblick auf psychiatrische Situationen. Er könne sich aber nicht abschliessend äussern, da die psychometrische Leistungstestung nicht habe durchgeführt werden können. Die behandelnde Psychologin D. \_\_\_\_\_ verwies im November 2014 auf die derzeitige Arbeitstätigkeit der Patientin im Umfang von 20 % in ihrem angestammten Beruf, an einer neuen Arbeitsstelle, und legte ausführlich dar, dass diese Tätigkeit für die Beschwerdeführerin zwar die Richtige sei, aber die Anforderungen für sie unvorhersehbar und belastend und sie dafür auf eine geregelte Arbeitszeit mit geregelten Ruhephasen angewiesen sei, allein schon wegen der (mittel- bis schweren) depressiven Störung. Im momentanen Zeitpunkt halte

sie die Patientin (noch) nicht für voll arbeitsfähig. Die Prognose für eine langsame Wiedereingliederung sei aber gut (oben E. 5.4.2 f.).

**6.1.3** Die zertifizierte Gutachterin SIM und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. E.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem Gutachten vom 3. Mai 2015 zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen fest, diese sei aktuell in ihrer angestammten Tätigkeit maximal zu 20 % leistungsfähig und in diesem Umfang sei die Arbeitstätigkeit zumutbar. Tätigkeiten in einem konfliktreichen und emotional belastenden Umfeld, die ein hohes Mass an Flexibilität erforderten, seien eher nicht zumutbar. Die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei günstig und die Versicherte motiviert, ihre Leistungsfähigkeit wieder zu steigern. Eine Steigerung auf ein 80 %-Pen-sum sei sehr wahrscheinlich. Für den therapeutischen Prozess benötige die Versicherte angesichts der langjährigen Vorgeschichte aber Zeit (oben E. 5.4.4).

## **6.2**

**6.2.1** Verglichen mit den – für das vorliegende Verfahren massgebenden, grundsätzlich beweiskräftigen (s. oben E. 4.8.3: die Spezialisten grundsätzlich mit höherer Beweiskraft als die Hausärzte) – Einschätzungen der behandelnden Ärzte, Spezialisten und der Gutachterin Dr. E.\_\_\_\_\_ erweisen sich die Kurzbeurteilungen von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom RAD, wonach die Beschwerdeführerin ausserhalb einer Mobbingssituation aus psychiatrischer Sicht voll arbeiten könne, weder ansatzweise schlüssig noch nachvollziehbar. Er begründet seine Beurteilung auch nicht hinreichend und ist eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Beurteilungen nicht ersichtlich. Zu beachten ist zwar, dass er bereits am 7. Januar 2015 abschliessend in der Sache Stellung nahm und das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 5. Mai 2015, das der IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ Anfang Mai 2015 zugestellt wurde (vgl. IV 22), und das für das vorliegende Verfahren zu beachten ist, nicht in seiner Beurteilung Eingang gefunden hat. Aber selbst ohne die Beachtung des Gutachtens vom 5. Mai 2015 erweist sich die Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_\_ nicht als schlüssig, zumal er sich einerseits hauptsächlich auf die Kurzbeurteilung des Internisten und Nichtfacharztes für Psychiatrie Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 19. März 2014 abzustützen scheint, welche der später konsultierte Psychiater Dr. C.\_\_\_\_\_ jedenfalls bezüglich der Diagnosestellung kritisiert hat, und andererseits gestützt auf den Bericht der behandelnden Psychologin nur auf allenfalls leichte, nicht massgebende depressive Symptome schliesst; und ausserdem entgegen den Beurteilungen der Fachleute ausführt, Verdachtsdiagnosen (ADS) seien nicht relevant. Weiter scheint für den RAD-Arzt ausschlaggebend zu

sein, dass keine massgebende (mittlere oder schwere) Depression vorliegen könne, weil den Akten keine antidepressive Medikation zu entnehmen sei. Eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit dieser Schlussfolgerung findet sich aber nicht. Es findet sich hingegen im Bericht von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2014, der unter anderem eine anhaltende mittel- bis schwergradig ausgeprägte depressive Episode und ein Zustand nach Suizidalität diagnostiziert, die Ausführung, dass die Patientin eine einmal wöchentliche psychotherapeutische Beratung wahrnehme, zunächst ohne medikamentöse Therapie. Auch im Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ finden sich keine Angaben dazu, weshalb in der Behandlung der Beschwerdeführerin trotz einhellig diagnostizierter mittlerer bis schwerer depressiver Episoden offenbar auf eine medikamentöse Therapie der psychischen Erkrankung verzichtet wird. Ein Hinweis allenfalls findet sich im Bericht des Orthopäden Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2015 (oben E. 5.4.13), der – ohne weitere Begründung – als eine seiner Diagnosen eine Medikamentenunverträglichkeit aufführt. Schon aufgrund dieser widersprüchlichen Beurteilung und der unvollständigen Aktenlage (siehe hierzu auch hiernach) erweist sich der vorliegende Sachverhalt als ungenügend beziehungsweise von der Vorinstanz nicht nachvollziehbar abgeklärt.

**6.2.2** Hinzu kommt in psychischer Hinsicht, dass gestützt auf den nachgereichten Bericht der Ärzte der Universitätsklinik X. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2011 bereits zu diesem Zeitpunkt neben der dort gestellten Diagnose Asperger-Syndrom eine schwere rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome diagnostiziert wurde und schon damals deutliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wegen der Kombination Asperger-Syndrom und Depression vorgelegen hätten (oben E. 5.6). In zeitlicher Hinsicht erweist sich dieser Bericht grundsätzlich für das vorliegende Verfahren als beachtlich. Auch diesbezüglich ist festzustellen, dass die Vorinstanz vor ihrer Entscheidungsfindung nicht über eine vollständige Aktenlage verfügte und im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (oben E. 4.2) nicht für eine angemessene Sachverhaltsabklärung gesorgt hat (vgl. bspw. auch nicht aktenkundig gemachte Verweise von Dr. C. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. September 2014 betreffend Arztberichte zwischen 2006 und 2010, s. oben E. 5.4.2).

**6.2.3** Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. zu den Anforderungen an eine psychiatrische Begutachtung etwa Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1; vgl. auch RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345 E. 3d, U 492/00) bedarf es zu einer überzeugenden psychiatrischen Exploration

in aller Regel eines Gesprächs mit dem Patienten, ist doch gerade im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung (vgl. Urteil des BGer 8C\_721/2014 vom 27. April 2015 E. 7.3). Dr. O.\_\_\_\_\_ vom RAD hat die Versicherte jedoch nie persönlich gesehen, sondern sich alleine auf die (wie bereits gesagt unvollständig) vorhandenen Akten gestützt. Aktengutachten sind jedoch nur beweistauglich, sofern es im Wesentlichen lediglich um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 mit Hinweisen), was vorliegend nicht der Fall ist. Auch in dieser Hinsicht erweist sich die Beurteilung des RAD in psychiatrischer Hinsicht nicht als genügend beweiskräftig, zumal seine Beurteilungen den Angaben in den beurteilten Berichten diametral widersprechen.

**6.2.4** Gestützt auf die Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bis Mitte Februar 2014 in der Lage war, zuletzt im Rahmen eines vollen Pensums, die für sie allenfalls besonders anspruchsvolle Tätigkeit als Hauswirtschafterin mit Kinderbetreuung trotz der (teilweise später) gestellten Diagnosen aus dem autistischen Spektrum und adultes ADHS auszuüben. Grundsätzlich ist weder ein Asperger-Syndrom bei einer erwachsenen Person noch ein adultes ADHS für sich alleine als IV-relevant zu betrachten (vgl. Urteile BGer 9C\_508/2014 vom 16. Oktober 2014 E. 4 und 5.1.1 [sinn-gemäss] und 9C\_928/2010 vom 7. Februar 2011 E. 4.2.1 f.). Bei der vorliegend seit Februar 2014 bestehenden Konstellation dieser die Arbeitsfähigkeit als (teilweise) beeinflussend beurteilten Diagnosen in Kombination *mit* den durch die verschiedenen Spezialisten ausführlich dargelegten mittleren bis schweren depressiven Episoden (mit Zustand nach – nicht weiter erläuteter – Suizidalität) und dem ebenfalls diagnostizierten Burn-out-Syndrom (ohne Beschreibung des weiteren Verlaufs) können indessen keine Schlüsse im Hinblick auf die in Frage stehende Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gezogen werden, und erweist sich der Sachverhalt auch in dieser Hinsicht nicht als nachvollziehbar abgeklärt.

**6.2.5** Gestützt auf die ihm vorgelegten Akten hat der Psychiater des RAD Dr. O.\_\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht keine invalidisierenden Leiden festgestellt. Gemäss der dargelegten Praxis zur versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung von Arztberichten (oben E. 4.8) können seine diesbezüglichen Schlussfolgerungen nicht als genügend beweiskräftig gelten, zumal aufgrund der umfangreichen aktenkundigen Berichte und Abklärungen in somatischer Hinsicht (siehe oben E. 5.4.5 – 5.4.13) zu erwarten gewesen wäre, dass die IV-Stelle das Dossier mindestens einem Facharzt mit somatischer Fachausbildung vorgelegt hätte. Somit lassen sich zum

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auch in somatischer Hinsicht keine verwertbaren Schlüsse ziehen. Zudem finden sich keine Angaben dazu, ob Wechselbeziehungen zwischen den bis 21. Mai 2015 festgestellten somatischen Diagnosen und den psychischen Einschränkungen bestehen, allenfalls auch im Hinblick auf die in somatischer Hinsicht angegebene medikamentöse Behandlung.

### **6.3**

**6.3.1** Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt erweist sich demnach im vorliegenden Verfahren als offensichtlich ungenügend abgeklärt (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG). Einerseits beruht die Abklärung in psychischer Hinsicht auf einer unvollständigen Aktenlage und bleibt ungeklärt, weshalb der RAD die verbleibende Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin derart abweichend zu den untersuchenden und behandelnden Fachleuten beziehungsweise der von der KTGv beauftragten Gutachterin einschätzt. Andererseits fehlt in somatischer Hinsicht eine verwertbare Auseinandersetzung mit den vorgelegten medizinischen Akten gänzlich. Unter diesen Umständen steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1, E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz hat über die ungenügende Sachverhaltsabklärung in gesundheitlicher Hinsicht hinaus auch nicht ersichtlich Abklärungen zur beruflichen Situation der Beschwerdeführerin getätigt und ein allfälliger Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen nicht ansatzweise geprüft. Zudem kann aufgrund der aktuellen Aktenlage nicht beurteilt werden, welche Tätigkeiten in welchem Umfang der Beschwerdeführerin (noch) zumutbar sind. Entsprechend erweist sich die Sache auch in erwerblicher Hinsicht als unklar, weshalb die Einholung eines Gerichtsgutachtens auch deshalb ausser Betracht fällt.

**6.3.2** Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Vorinstanz wird einerseits die Akten zu vervollständigen haben. Andererseits erweist es sich als unumgänglich, ein externes psychiatrisches (Teil-)Gutachten gemäss Art. 44 ATSG einzuholen, das sich zum Gesundheitszustand und zum Umfang der (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit und einer allfällig noch zumutbaren (Verweis-)Tätigkeit der Beschwerdeführerin seit Februar 2014 – in Kenntnis der gesamten Vorakten – äussert. Darin wird auch zu erörtern sein, weshalb bei der Beschwerdeführerin trotz diagnostizierter mittlerer bis schwerer (rezidivierender) depressiver Episoden (bei Zustand nach Suizidalität) offenbar auf eine antidepressive Medikation verzichtet wurde. Ebenso zu erläutern sind

die Auswirkungen des diagnostizierten Burn-out-Syndroms. Darüber hinaus wird durch den zuständigen interdisziplinär zusammengesetzten RAD zu entscheiden sein, inwieweit ausser dem psychiatrischen weitere Teilgutachten in somatischer Hinsicht (und in welchen Disziplinen) einzuholen sind. Ausserdem erfordert die Angelegenheit eine interdisziplinäre Betrachtung, zumal es beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen, wie es bei der Beschwerdeführerin vorzuliegen scheint, nicht gerechtfertigt ist, die psychischen und somatischen Befunde isoliert abzuklären (vgl. Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Verweis auf 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008, E. 5, und I 130/06 vom 9. Mai 2007, E. 8.4, je mit Hinweisen).

**6.4** Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer Beschwerde, ihr IV-Leistungsanspruch sei nicht genügend abgeklärt worden, durchdringt. Die angefochtene Verfügung ist demnach aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Klärung des Sachverhalts (Aktenvervollständigung, Einholung eines interdisziplinären externen Gutachtens mit psychiatrischem und weiteren somatischen Teilgutachten gemäss interdisziplinärer Beurteilung des RAD, Klärung der beruflichen Situation), zur anschliessenden Prüfung der Leistungsansprüche und neuen Verfügung zurückzuweisen.

## **7.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**7.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dieser keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der am 3. Juli 2015 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.– ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr anzugebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**7.2** Der nicht-anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs 1 VwVG entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als dass die Verfügung vom 21. Mai 2015 aufgehoben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt abkläre, den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin prüfe und anschliessend neu darüber verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Kostenvorschuss von Fr. 400.– wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Rückerstattungsformular)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

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, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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 der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: