



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. Juli 2020 (720 20 42 / 186)

Invalidenversicherung

Würdigung der Arztberichte

_____ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Andreas Noll, Advokat, Falknerstrasse 3, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff IV-Rente

A. Die 1972 geborene A._____ meldete sich mit Anmeldeformular datiert vom 15. Februar 2012 (Eingang bei der IV-Stelle Basel-Landschaft [IV-Stelle] am 2. Oktober 2012) zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an unter Hinweis auf Depression, chronisches Burnout, Panikattacken, Konzentrationsstörungen und Blackouts. Nach Abklärung der beruflichen, gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse teilte die IV-Stelle A._____ unter anderem gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. B._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Vorbescheid vom 29. November 2013 mit, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Nachdem die

Versicherte, vertreten durch Advokat Nikolaus Tamm, gegen den Vorbescheid Einwand erhoben und ein Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. März 2014 nachgereicht hatte, nahm die IV-Stelle weitere Abklärungen vor und holte zuerst ein psychiatrisches Gutachten bei Prof. Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und FMH Neurologie, vom 3. März 2015 und danach ein neuropsychologisches Gutachten bei lic. phil. E.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, vom 5. August 2016 ein. In der Folge erliess die IV-Stelle am 11. August 2017 einen weiteren Vorbescheid und stellte der Versicherten eine halbe IV-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % in Aussicht. Hiergegen erhob A.____, nunmehr vertreten durch Advokat Dr. Andreas Noll, mit Schreiben vom 14. November 2017 Einwand. Mit Schreiben vom 3. Dezember 2018 machte die IV-Stelle die Versicherte auf ihre Schadenminderungspflicht aufmerksam und forderte sie auf, eine teilstationäre oder stationäre leitliniengerechte Behandlung der Depression in einer nach dem schweizerischen KVG anerkannten Institution sowie einen Benzodiazepinentzug durchzuführen. Daraufhin hat sich A.____ vom 16. September bis 21. Oktober 2019 in der Klinik L.____ stationär behandeln lassen. In der Folge sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 3. Dezember 2019 ab 1. April 2013 eine halbe Invalidenrente zu.

B. Hiergegen erhob A.____, wiederum vertreten durch Advokat Dr. Andreas Noll, mit Schreiben vom 24. Januar 2020 Beschwerde am Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr rückwirkend ab August 2012 eine ganze IV-Rente zuzüglich Zins von 5 % mit Wirkung ab Fälligkeit der jeweiligen Renten zu entrichten.

C. Mit Vernehmlassung vom 16. April 2020 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten ist demnach einzutreten.

2. Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle der Beschwerdeführerin zu Recht ab 1. April 2013 eine halbe IV-Rente zugesprochen hat.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 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. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad zu Recht und unbestrittenmassen nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorgenommen.

4. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und

ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, 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).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Berichte und Gutachten vor:

5.1 Mit Schreiben vom 17. September 2012 führt Prof. Dr. F.____, aus X.____, unter anderem aus, die Patientin sei seit zwei Jahren bei ihm in psychotherapeutischer Behandlung. Erstmals sei sie im Oktober 2010 mit ihren Problemen zu ihm gekommen. Es sei damals als eine schwere Depression eingeschätzt worden und als ein mögliches chronisches Burnout-Syndrom. Die Symptomkonstellation sei jedoch völlig ungewöhnlich und würde eine klare klassische Diagnose nicht zulassen. Er sei sich bewusst, dass frühere Diagnose- und Behandlungsversuche nicht geholfen hätten, eine Verbesserung ihrer Erkrankung herbeizuführen.

5.2 Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert in seinem zu Händen der IV-Stelle erstellten Gutachten vom 5. Juli 2013 bei der Versicherten eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0/F32.1) und eine Panikstörung (F41.0). Er gelangt zum Schluss, dass die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Consultant und Coach zu 70 %, in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei.

5.3 Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt der Klinik Y.____ in Z.____, hält in seinem fachpsychiatrischen Parteigutachten vom 18. März 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Wahnhafte Störung (F22.0), eine rezidivierende agitierte Depression mit somatischem Syndrom, im Schweregrad fluktuierend, mittelschwer bis schwer (F33.1/F33.2) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und dissoziativen Zügen (F69). Aus den verschiedenen Zuschriften der Versicherten und aus ihren Erzählungen falle eine intensive Suche nach Deutungen und Einordnungen des Erlebens auf, die ihrerseits die Wahl therapeutischer Optionen präge. Es falle auf, dass sie in mindestens zwei bis drei Welten parallel suche: Die esoterische Welt, die sie schon prä-morbid stark geprägt habe; die akademisch anerkannte Welt der medizinisch-psychologischen Experten und nun – praktisch parallel zur Konsultation von Psychologen – die dämonische Deutung mit dem therapeutischen Ansatz eines Exorzismus. Dr. C.____ führt in Bezug auf das Gutachten von Dr. B.____ aus, beeindruckend sei, dass dieser anlässlich der einmaligen Untersuchung keine schwere Symptomatik

habe feststellen können und diese Einschätzung stellvertretend für den ganzen Verlauf der Erkrankung zur Basis seiner Beurteilung gemacht habe. Weiter hält er fest, dass sich aus der beschreibenden Feststellung einer "leichten bis mittelgradigen" Depression und zeitweiligen Ängsten keine schwere Arbeitsunfähigkeit ableiten lassen, sei selbstredend, entspreche aber nicht dem Gesamtverlauf des Leidens und stelle seiner Einschätzung nach eine grobe Fehleinschätzung dar. Allein schon die Verwendung des Codes F32 sei angesichts des mehrjährigen Verlaufs nicht angebracht. Damit werde nämlich eine erste oder einmalige Episode codiert. Mehrere Phasen mit intermittierenden besseren Zeiten, wie sie in der Krankengeschichte der Versicherten dokumentiert seien, müssten mit F33 abgebildet werden. Unter dem Druck, der sich bei der Beschwerdeführerin über die Jahre aufgebaut habe, sei es ca. 2008 zunehmend zu vegetativen und psychischen Symptomen eines Burnouts gekommen, die bald auch von wahnhaften Elementen kompliziert worden seien. Wie die Entwicklung zeige, sei es ihr bis heute nicht gelungen, wieder eine neue Stabilität zu gewinnen, weil die Erkrankung zur lebens- und alltagsformenden Kraft geworden sei, die ihr gesamtes Dasein überschatte. Wende man die sogenannten Förster-Kriterien an, so erfülle sie praktisch alle diese Punkte. Es bestehe ein komplexes Zustandsbild mit einer vielfältigen Komorbidität, die körperlichen Begleiterscheinungen hätten sich offensichtlich chronifiziert, sie sei weitgehend aus sozialen Beziehungen herausgefallen und vereinsamt, der Verlauf der Erkrankung sei über mehrere Jahre chronifiziert, therapeutische Anstrengungen (auch verschiedene "schulmedizinische" Ansätze) hätten nicht den gewünschten Erfolg gebracht, und es bestehe eine deutlich akzentuierte Persönlichkeit. Dr. C._____ hält weiter fest, es liege in der Natur einer wahnhaften Störung, dass sie nicht willentlich beeinflussbar sei und zur Chronifizierung neige. Die chronische Erschöpfung und die Einschränkung der kognitiven Aufnahmefähigkeit schliesse eine Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt praktisch aus. Aus seiner klinischen Erfahrung gehe er davon aus, dass auch eine konsequente Anwendung von Neuroleptika oder Antidepressiva das Grundleiden der wahnhaften Störung nicht ausreichend ansprechen würde. Insbesondere sei nicht anzunehmen, dass dadurch ein mentaler Zustand wiederhergestellt werden könnte, der eine Arbeitsfähigkeit im freien Markt ermöglichen würde. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

5.4 Mit Bericht vom 25. März 2014 führt Dr. med. H._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), aus, das Parteigutachten von Dr. C._____ enthalte eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Diagnose einer wahnhaften Störung, jedoch keine neuen Aspekte, die im Gutachten von Dr. B._____ nicht berücksichtigt worden seien. Es fehle ein klarer psychopathologischer Befund nach AMDP, so dass objektive psychopathologische Befunde nicht eindeutig feststehen würden. Auch sei die Schwere der Erkrankung mit kompletter Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar dargestellt. Da jedoch Zweifel an der Einschätzung von Dr. B._____ bezüglich der Schwere des Krankheitsbildes und der resultierenden Arbeitsunfähigkeit aufgekommen seien, sei ein Obergutachten in den Kliniken I._____, explizit bei Prof. Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und FMH Neurologie, zur abschliessenden Festlegung der Arbeitsfähigkeit durchzuführen.

5.5 In seinem Gutachten zu Händen der IV-Stelle hält Prof. D._____ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit führend histrionischen, dissoziativen und ängstlichen Anteilen (F61.0) sowie intermittierend auftretenden Trance-

und Bessensheitszuständen (F44.3); Verdacht auf wahnhaftige Störung auf dem Hintergrund oben genannter Persönlichkeitsstörung (F22.0); Rezidivierende depressive (zum Teil wohl agitierte) Störung, aktuell leicht bis mittelgradig (F33./F33.1) DD Bipolare affektive Störung (F31.3); Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (F13.1). Nach einer ausführlichen Schilderung der Diagnosebildung, Krankheitsentwicklung und differentialdiagnostischer Überlegungen nimmt Dr. D.____ eine Diskrepanzanalyse zu den Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ vor.

Zum Gutachten von Dr. B.____ würden erhebliche Diskrepanzen bezüglich der diagnostischen Einschätzung und der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bestehen. Gegen dessen Diagnosen der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als auch der Panikstörung sei grundsätzlich nichts einzuwenden. Unzweifelhaft decke diese diagnostische Einschätzung jedoch nicht annähernd das Krankheitsgeschehen der Explorandin ab. So würden die ja im Vordergrund stehenden dissoziativen bis wahnhaft anmutenden Erlebensweisen mit ausgesprochen hoher Dynamik in keiner Weise integriert. Er spreche ähnlich wie der Referent von Pseudohalluzinationen, ordne diese Halluzinationen aber diagnostisch nicht ein. Der Referent könne sich auch nicht der Einschätzung von Dr. B.____ anschliessen, dass lediglich eine hyperthyme Persönlichkeit vorliege ohne Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Allein der Hinweis auf die "normale Sozialisation" und volle Leistungsfähigkeit vor der Erkrankung Ende 2008 reiche hier nicht aus und sei zudem auch kontrovers diskutabel, zumal erhebliche Persönlichkeitsauffälligkeiten vorbestehend seien und nicht diskutiert worden seien. Wenn Dr. B.____ eine hohe Arbeitsfähigkeit von 70 - 80 % sehe, beziehe er sich sehr wahrscheinlich auf die recht intakte intellektuelle/kognitive Leistungsfähigkeit in der Exploration selbst, nicht diskutiert werde jedoch die Frage der Überwindbarkeit. Hier hätten aus Sicht des Referenten jedoch die letzten fünf Jahre deutlich gezeigt, dass die Einengung der Explorandin im Rahmen ihres schwerst neurotischen Erlebens mit definitionsgemäss unbewusst ablaufenden dissoziativen Episoden und wahnhaft anmutenden Haltungen eine solche Überwindbarkeit nicht ermöglicht. Einig gehe der Referent mit Dr. B.____ darin, dass die Explorandin über erhebliche Ressourcen verfüge, die sie auch partiell nutze, gesamthaft jedoch ausgesprochen dysfunktional, krankheitserhaltend.

Im Vergleich unterscheide sich die psychiatrische Einschätzung des Referenten zu derjenigen von Dr. C.____ nur in Nuancen. Auch Dr. C.____ gehe letztendlich von einer schweren psychischen Störung aus, die mit einer kontinuierlichen beruflichen Tätigkeit nicht vereinbar sei. Er setze dabei diagnostisch den Schwerpunkt auf eine wahnhaftige Störung im Gegensatz zum Referenten, der eher von einer schwerst neurotischen/dissoziativen Symptomatik ausgehe auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung. Dr. C.____ sehe lediglich eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und dissoziativen Zügen. Diese Diskussion sei aber primär akademisch in der versicherungsmedizinischen Beurteilung, allenfalls von einer gewissen Relevanz bezüglich der therapeutischen Interventionen. Allen Begutachtungen gemein sei der Hinweis auf eine depressive Symptomatik, deren Schwere zu beurteilen jedoch ganz offensichtlich allen Gutachtern Mühe bereite, was mit dem histrionischen Ausdrucksverhalten der Explorandin zu begründen sei, zumal der Antrieb im Querschnitt uneingeschränkt wirke.

In seiner Beurteilung hält Prof. D. _____ unter anderem fest, dass sich eine 43-jährige, jünger wirkende, ledige, aus X. _____ abstammende Schweizerin vorgestellt habe, die als führende Beschwerdesymptomatik einen etwa seit 2008 anhaltenden schwarzmagischen/dämonischen Besetzungszustand angebe mit einschliessenden "Panikattacken" mit dem Gefühl des Kontrollverlustes. Aus psychiatrischer Sicht würden Hinweise bestehen, dass die Explorandin bei einem frühen Verlusterlebnis (Trennung von der Mutter im Alter von drei Monaten) in der Kindheit seitens der Eltern eine gewisse Deprivation erlebt habe mit einem belastenden Verhältnis zum Vater, den die Explorandin als psychisch krank und terrorisierend erlebt habe, sowie sie auch in der Jugend die streng katholischen Eltern als rigide/restriktiv und erheblich eingrenzend erlebt habe. Dennoch sei der Explorandin eine von aussen betrachtet recht gute Integration in ihre Altersgruppe mit einem qualifizierten Schulabschluss und einem dann sehr engagiert und motiviert vorangetriebenen Ausbildungscurriculum gelungen. Dagegen beschreibe die Explorandin selbst aus der Kindheit heraus eine "dysthyme", "melancholische" Stimmungslage, auffällig dabei sei auch ein als gering angegebenes Interesse an Sexualität und Beziehungsgestaltung. Nach dem Abschluss der Matura seien erstmalig 1997 depressive Symptome angegeben worden mit dem subjektiven Gefühl der Überforderung bei gleichzeitigen Schlafstörungen, Ängsten als auch Existenzängsten. Offensichtlich ähnlich wie 1997 sei es dann im 2007 nach einer Entlassung im Februar wiederum zu psychischen Symptomen gekommen mit Schlafstörungen, dem Gefühl, ausgebrannt zu sein, vermehrt traurig, übermüdet etc. Nach einem zufälligen Treffen mit einer fraglich schizophrenen früheren Klassenkameradin würden dann erstmalig einschliessende "Visualisierungen" von Schlangenkörpern berichtet mit dem plötzlich einsetzenden Gefühl eines völligen Kontrollverlustes, es würden Panikattacken beschrieben, Körpersymptome und das tief erlebte Gefühl der Überforderung. In der Folge sei es zu zahlreichen notfallmässigen, ambulanten als auch stationären psychiatrischen Interventionen gekommen. Dabei werde das Geschehen ärztlich wechselnd als Angststörung mit Panikattacken oder auch als affektive Störung unterschiedlicher Schwere gesehen, während die Explorandin selbst bereits 2009 sehr konkret und rigide das Krankheitskonzept einer schwarzmagischen Besetzung verfolgt und ihr gesamtes Leben auf die Bekämpfung dieser Besetzung umgestellt habe. Dabei setze die Explorandin führend auf eine hochfrequente exorzistische Therapie, die jeweils von katholischen Geistlichen, teilweise auch von Heilern u.ä. geleitet würde. Hierunter werde bis heute durch die Explorandin eine leichte Verbesserung der "Besetzung" angegeben.

Es müsse aktuell konstatiert werden, dass bei der Explorandin nunmehr über Jahre anhaltend eine ausgeprägte psychische Störung vorliege, die im Wesentlichen als eine schwerst neurotische Reaktionsbildung einzuschätzen sei auf dem Hintergrund einer führend histrionischen, aber auch ängstlich-narzisstischen Persönlichkeitsstörung (kombinierte Persönlichkeitsstörung), deren Entwicklung sich aus der Kindheit/Jugend heraus abgezeichnet habe. Eine Symptombildung sei seit der Jugend anamnestic ersichtlich mit Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung und einem dominierenden subdepressiven/dysthymen Affekt. Im Verlauf seien immer wieder Episoden mit Angst, Schlafstörungen und dem subjektiven Gefühl des "Ausgebranntseins" aufgetreten und möglicherweise seien bereits damals die Kriterien einer psychischen Störung erfüllt gewesen (erste psychiatrische Behandlung 1997). Katamnestic sei es auf dem Hintergrund einer kombinierten, über Jahre aber gut kompensierten Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer Le-

benskrise (Jobverlust; schwieriger Beginn einer Praxistätigkeit) zu einer ausgeprägten neurotisch/histrionisch-dissoziativen Symptomatik gekommen mit einer Angstsymptomatik (zum Teil wohl auch als Panikattacken) sowie gut dokumentierten depressiven Episoden. Aus Sicht des Referenten lasse sich eine wahnhaftige Störung zwar nicht vollständig ausschliessen, erscheine aber als eher unwahrscheinlich. Auszuschliessen sei aber eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Es würden lediglich Pseudohalluzinationen vorliegen, von denen sich die Explorandin aktiv distanzieren könne. Ich-Störungen würden zwar angegeben, hätten aber nicht die unmittelbare Charakteristik und Dynamik einer für eine Schizophrenie typischen Ich-Störung und auch hier sei eine Distanzierung durch die Explorandin möglich. In enger Verbindung zu der Art der Persönlichkeitsstörung sei ein geradezu bizarres Krankheitskonzept entwickelt worden, mit dem die Explorandin sich von herkömmlichen psychiatrischen Erkrankungen (Schizophrenie, Depression etc.) distanzieren. Vielmehr folge sie der immer wieder auch hyperthyemen Stimmungslage entsprechend einem grandiosen Krankheitskonzept mit der Gewissheit, vom Satan besessen zu sein. Nach Verlust der Tagesstruktur betreibe die Explorandin jetzt mit ähnlicher Vehemenz wie in der Vergangenheit nun stattdessen die Koordination ihrer Therapien, in deren Zentrum eine hochfrequente exorzistische Behandlung stehe. Die aktuelle Situation sei ausgesprochen unbefriedigend, da die Explorandin trotz des spürbaren Leidensdruckes in ihrer Symptombildung auch unbewusst einen Krankheitsgewinn erlebe, der für sie ausgesprochen dysfunktional und chronifizierend sei. Besonders eindrücklich sei, dass die Explorandin intellektuell und in ihren Ressourcen wenig eingeschränkt agiere, das eigene rigide Krankheitskonzept aber durchaus mögliche rehabilitative Massnahmen erstickte. Auch wenn im psychiatrischen Sinne eher kein Wahn im psychopathologischen Sinne vorliege, so müsse das neurotische Geschehen auf dem Hintergrund der Persönlichkeit als aktuell für die Explorandin nicht überwindbar gelten. Diesbezüglich stelle sich die Katamnese der letzten fünf Jahre ausgesprochen konsistent dar. Der Leidensdruck der Explorandin sei nachvollziehbar, ihr gesamtes Leben sei auf die Erkrankung eingestellt. Die Symptombildung sei durchaus konsistent einer psychischen Störung zuzuordnen. Dass dennoch offensichtlich fachpsychiatrisch in X.____ die Indikation für exorzistische Rituale gestellt worden sei, sei für den Referenten nicht nachvollziehbar/befremdlich.

In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führt Prof. D.____ aus, krankheitsbedingt sei die Explorandin völlig auf ein dysfunktionales Krankheitskonzept fokussiert mit erhöhtem Arousal und offensichtlich hohem subjektivem Leidensdruck. Das gesamte Umfeld sei auf diese neurotische Einengung eingestellt, daneben sei wenig Normalität erkennbar. Die konsistent in der Anamnese und in der Exploration sich darstellende hohe Krankheitsdynamik begründe die aktuell fehlende Überwindbarkeit gegenüber der Wiederaufnahme einer Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt. Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (100 %). Bereits die Ausrichtung auf eine Berufstätigkeit sei der Explorandin nicht möglich. Wesentlich erschienen dem Referenten die nicht gegebene Überwindbarkeit sowie die in den vorgelegten Testungen offensichtlichen Defizite in der Ausdauer. Eine Arbeitsfähigkeit sei im angestammten Beruf wie auch in jeder Verweistätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht gegeben. Nach allen vorliegenden Informationen müsse diese Einschränkung im Verlaufe 2009 entstanden sein, möglicherweise bereits Ende 2008, diese Aussage sei mit Unsicherheiten behaftet. Die therapeutischen/pseudotherapeutischen Massnahmen seien nicht nur völlig unzureichend, sondern kon-traindiziert. Die Therapieführung liege bei

der Explorandin selbst, was aufgrund des pathologischen Krankheitskonzepts ungünstig sei. Medizinisch wäre eine enge psychiatrische Betreuung zu empfehlen, beginnend am ehesten mit einem stationären Aufenthalt in einer auf Persönlichkeitsstörungen spezialisierten Abteilung mit möglicher Überleitung in ein tagesklinisches Angebot. Solange das "therapeutische Setting" bestehe, seien berufliche Massnahmen nicht angezeigt. Die Explorandin sei aktuell krankheitsbedingt nicht in der Lage, sich auf eine berufliche Massnahme einzulassen.

5.6 Am 5. August 2016 ergeht das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. E.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP zu Händen der IV-Stelle. Er führt aus, auf Grund der Verhaltensbeobachtung und der Testresultate würden die Befunde einer mittelschweren neuropsychologischen Störung, erklärbar im Rahmen der psychiatrischen Symptomatik, entsprechen. Die neuropsychologischen Befunde seien wahrscheinlich überlagert durch eine unbewusste Symptomverdeutlichung, interpretierbar als Selbstlimitierung im Rahmen des psychiatrischen Kontextes. Die beobachtbaren Verhaltensauffälligkeiten und die testpsychologisch objektivierten kognitiven Defizite seien im Rahmen der aktenanamnestisch bekannten psychiatrischen Symptomatik schlüssig begründbar. Gemäss den Wertungskriterien nach Slick DJ et al (1999) sei die Validität der neuropsychologischen Befunde nicht gegeben. Da jedoch das Kriterium D zu verneinen sei, sei nicht von einer bewussten Aggravation auszugehen, wohl aber von einer das kognitive Leistungsvermögen überlagernden unbewussten Symptomverdeutlichung. Auf Grund der psychiatrischen Symptomatik mit einer unbewussten Selbstlimitierung sei die Explorandin nicht in der Lage, ihr effektives kognitives Leistungsvermögen zu nutzen. Gestützt auf die neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf nicht mehr gegeben. In einer den Beschwerden und Ressourcen angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Bei einer Arbeitspräsenz von 60 % (fünf Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) könne die Explorandin eine Arbeitsleistung von 40 % (bezogen auf ein Vollpensum von 100 %) erbringen. Die Minderung der Arbeitspräsenz und die zusätzliche Reduktion der Arbeitsleistung begründe sich mit der verminderten Belastbarkeit, der erhöhten Ermüdung und den testpsychologisch objektivierten Defiziten. Die Wiedereingliederung solle als Arbeitstraining ausgehend von einer reinen Routinetätigkeit stufenweise erfolgen, indem das Anforderungsniveau hinsichtlich Präsenz und Leistung sukzessive gesteigert werde. Zu empfehlen sei ein Beginn mit einer täglichen Arbeitspräsenz von zwei Stunden, was vergleichbar sei mit der Dauer der beiden neuropsychologischen Untersuchungstermine, welche die Explorandin erfolgreich gemeistert habe.

5.7 Der RAD-Arzt pract. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nimmt am 8. November 2016 Stellung. Das Gutachten von lic. phil. E.____ sei als umfassend in seinem Fachgebiet anzusehen. Die Schlussfolgerungen seien bezüglich Diagnosen und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Hervorzuheben sei, dass eine Teilarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit gesehen werde, was vor dem Hintergrund einiger erhaltener Fähigkeiten auch unmittelbar nachvollziehbar sei. Vor einer abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit solle das neuropsychologische Gutachten Prof. D.____ zur Stellungnahme vorgelegt werden, da lic. phil. E.____ eine Teilarbeitsfähigkeit sehe und auch verschiedene Inkonsistenzen beschrieben würden. Auch habe Prof. D.____ den Einfluss des Benzodiazepinmissbrauchs zu wenig disku-

tiert. Aus Sicht des RAD sei nicht nachvollziehbar, warum die Versicherte nicht in einer angepassten Tätigkeit (wie von lic. phil. E._____ beschrieben) in einem zumindest 50%-Pensum arbeiten können sollte.

5.8 Mit Schreiben vom 27. März 2017 hält Prof. D._____ fest, er habe sehr wohl Bezug auf den Benzodiazepingebrauch Bezug genommen. Auch habe er den Verdacht auf einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen geäußert, retrospektiv wäre es wahrscheinlich adäquater gewesen, den "Verdacht" wegzulassen und die Diagnose klar zu stellen. Sogar während der Exploration habe die Explorandin Temesta eingenommen. Aus seiner Sicht sei der schädliche Gebrauch von Benzodiazepinen jedoch versicherungsmedizinisch nicht prioritär, "da der am ehesten bezüglich des Grundleidens sekundäre Benzodiazepingebrauch zum einen während der Exploration die Explorandin kognitiv kaum" eingeschränkt habe, "zum andern aber (noch wesentlicher) sich die versicherungsmedizinisch relevanten Einschränkungen der Explorandin nur in einer geringen Masse auf kognitive Einschränkungen" beziehen würden, obwohl die Explorandin selbst diese immer wieder anführe. Entsprechend sei in dem Fähigkeitsprofil, das er bezüglich der Explorandin angefertigt habe, gut zu erkennen, dass die Explorandin weiterhin über erhebliche Ressourcen im intellektuellen Bereich verfüge. Man müsse allerdings annehmen, dass diese Fähigkeiten aufgrund der schweren neurotischen Symptomatik fluktuierend erheblich eingeschränkt seien, was sich auch nach den vorliegenden Dokumenten sehr konsistent darstelle. Entsprechend formuliere er auch, dass insbesondere die ausgesprochen rigide emotional-kognitive Einengung auf die wahnhaft anmutenden Inhalte die neuropsychologischen Fähigkeiten der Explorandin überlagere und zumindest phasenweise im Rahmen der depressiven Problematik auch relevant einschränke.

Als die führende Diagnose sei vom Referenten eine schwere Persönlichkeitsstörung angegeben worden, die über viele Jahre von aussen betrachtet gut kompensiert gewesen sei, jedoch bereits langjährig vorbestehend sich in einem pathologisch-dysfunktionalen Ungleichgewicht gezeigt habe. Gutachterlich sei es erforderlich, den sich konsistent und eindrücklich darstellenden Einschnitt im Leben der Explorandin 2007/2008 mit den schweren psychiatrischen Exazerbationen (stationäre Aufenthalte etc.) psychiatrisch zuzuordnen. Das Krankheitsbild sei bestimmt durch die wahnhaft anmutende rigide Einengung, die aufgrund des gesehenen neurotischen Prozesses mit hoher Dynamik wesentlich das Krankheitsbild ausmache. Der Referent gehe weiterhin davon aus, dass es sich um eine schwere psychische Störung handle im Sinne einer ausgeprägten neurotischen Symptombildung auf dem Hintergrund einer "frühen Störung". Hierbei stehe weniger der Einfluss auf die kognitiven Möglichkeiten der Explorandin im Vordergrund, als vielmehr die fast wahnhafte Einengung auf ein dysfunktionales Krankheitskonzept, das der Explorandin einen primären Krankheitsgewinn ermögliche und somit auch zu einer Entlastung beitrage, aber auch die kontinuierliche Umsetzung ihrer theoretischen Fähigkeiten verunmögliche. Das aktuell durchgeführte neuropsychologische Fachgutachten widerspreche dieser Einschätzung nicht. Der Neuropsychologe sehe entsprechend den Slick-Kriterien das Kriterium D als nicht erfüllt an. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beziehe sich ganz klar auf die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten der Explorandin, die er zwar als eingeschränkt ansehe, aber als ausreichend zur Erfüllung einer Teilarbeitsfähigkeit. Er adressiere hier nicht die im Gutachten beschriebene neu-

rotische Symptomatik mit den ausgeprägten dissoziativen Anteilen, die ja schon definitionsgemäss willentlich nicht überwunden werden könnten. Der neuropsychologische Bericht spreche zudem lediglich über eine Verdeutlichungstendenz und einer eingeschränkten Leistungsbereitschaft, die sich natürlich auch im Zusammenhang zu der dysthym-dysphorischen Grundhaltung der Explorandin zum Zeitpunkt der Untersuchung erklären lassen würden.

5.9 Mit Bericht vom 13. Juli 2017 nimmt pract. med. K.____ Stellung und hält fest, auf das Gutachten von Prof. D.____ könne nicht abgestützt werden. Dieser stelle als einzige Fachperson die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Dies könne nicht plausibel nachvollzogen werden. Im Kapitel "Diskrepanzanalyse" werde von Prof. D.____ auf die deutlich unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen der Fachleute aus X.____ nicht eingegangen. Aus Sicht des RAD habe die Versicherte in X.____ ein eingeschränktes, aber relativ gutes Funktionsniveau. Der sekundäre Krankheitsgewinn sei bei der Versicherten nicht zu übersehen. Sie werde von der Mutter noch finanziell unterstützt und sie erfahre von ihrem Umfeld durch ihr besonderes und ungewöhnliches Leid viel Aufmerksamkeit. Religiöses magisch gefärbtes Denken sei der Kultur in X.____ nicht fremd und somit nicht unbedingt als psychopathologisches Phänomen zu werten. Die kulturellen Elemente der Persönlichkeit und des Erlebens seien von den schweizerischen Fachpersonen nicht diskutiert worden und es sei auffällig, dass die Fachleute aus X.____ die psychologischen Phänomene, die mit dem religiösen und dem magischen Denken bei der Versicherten in Zusammenhang stünden, nicht in eine psychiatrische Diagnose pathologisiert und subsumiert hätten. Diese Phänomene könnten ebenso gut als kulturelle Äquivalente oder Anteile der histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung bei der Versicherten angesehen werden. Ein vollständig aufgehobenes Funktionsniveau und eine fehlende Arbeitsfähigkeit lasse sich damit aber sicher nicht begründen. Aus Sicht des RAD könne eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bei den gesicherten psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung unterschiedlicher Schwere und einer Angst-/Panikstörung zugestanden werden. Da eine Persönlichkeitsstörung diagnostisch höchst unwahrscheinlich sei und folglich diesbezüglich bei der Versicherten auch kein Störungsbewusstsein vorhanden sein könne, sei eine mehrmonatige tagesklinische Behandlung aus RAD Sicht nicht indiziert. Indiziert wäre – ggf. auch in stationärem Rahmen – endlich eine adäquate psychopharmakologische Einstellung auf ein wirksames Antidepressivum und ggf. auf ein Phasenprophylaktikum im Sinne eines mood-stabilizers zur Behandlung der depressiven und der Angstsymptomatik.

5.10 Im Austrittsbericht vom 16. Dezember 2019 berichtet die Klinik L.____ vom Aufenthalt der Versicherten vom 16. September bis 21. Oktober 2019. Als Diagnose werden unter anderem eine paranoide Schizophrenie (F20.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (F33.2) aufgeführt. Bei Eintritt habe die Patientin von Transpossession seit 2008 mit sogenannten Transformationsprozessen berichtet. Sie sei von Dämonen besessen. Ursächlich sehe die Patientin dahinter schwarze Magie. Die psychotischen und depressiven Symptome hätten sich regredient gezeigt, sodass die Patientin am 21. Oktober 2019 einvernehmlich in psychopathologisch deutlich stabilisiertem Zustand ohne Hinweis auf Selbst- oder Fremdgefährdung nach Hause beziehungsweise mit geplanter Ausreise nach X.____ habe entlassen werden können.

5.11 Im RAD-Bericht vom 9. März 2020 hält pract. med. K.____ fest, es sei festzuhalten, dass die Symptomatik der versicherten Person unter stationärer Behandlung in der Klinik L.____ deutlich rückläufig gewesen sei. Das Funktionsniveau der versicherten Person könne also alltagsrelevant nicht hochgradig eingeschränkt gewesen sein, da sie sich nach vierwöchiger stationärer Behandlung deutlich stabilisiert habe und nach wie vor selbständig die Reisen von und nach X.____ organisiere und in X.____ offenbar ohne fremde Hilfe zurechtkomme, da sie dort alleine lebe. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten lasse sich so nicht begründen und unter adäquater Behandlung inklusive medikamentöser Behandlung, wie in der Klinik L.____ erfolgt, bestehe eine zumindest deutliche Teilremission der Beschwerden.

6.1 Die IV-Stelle bzw. der RAD ist gestützt auf das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. E.____ davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass lic. phil. E.____ in seinem Gutachten vom 5. August 2016 eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 40 % und nicht 50 % angibt. Ebenso fällt auf, dass der RAD-Arzt pract. med. K.____ in seinem Bericht vom 8. November 2016 unter Hinweis auf lic. phil. E.____ die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit, in seinem Bericht vom 13. Juli 2017 jedoch für *jegliche* Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig erachtet. Auf die Einschätzung der IV-Stelle bzw. des RAD kann folglich bereits aus diesen Gründen nicht abgestellt werden.

6.2 Die IV-Stelle handelt in ihrer Verfügung vom 3. Dezember 2019 das Gutachten von Prof. D.____ gestützt auf die Stellungnahme des RAD mit den zwei Sätzen ab, Prof. D.____ nenne als einziger Facharzt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und diese sei in den zahlreichen vorgelegten medizinischen Berichten von Psychiatern aus X.____ nie diagnostiziert worden. In der Tat wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lediglich von Prof. D.____ gestellt. Allerdings fällt auf, dass sich aus den Unterlagen keine mehrheitliche und schon gar keine einheitliche ärztliche Beurteilung finden lässt. Vielmehr ergibt sich aus den vorliegenden ärztlichen Berichten eine Vielzahl von Diagnosen: Dr. B.____ (Gutachten vom 5. Juli 2013) diagnostiziert eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0/F32.1) und eine Panikstörung (F41.0), Dr. C.____ eine wahnhafte Störung (F22.0), eine rezidivierende agitierte Depression mit somatischem Syndrom, im Schweregrad fluktuierend, mittelschwer bis schwer (F33.1/F33.2), sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und dissoziativen Zügen (F69) und Prof. D.____ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit führend histrionischen, dissoziativen und ängstlichen Anteilen (F61.0) sowie intermittierend auftretenden Trance- und Besessenheitszuständen (F44.3); Verdacht auf wahnhafte Störung auf dem Hintergrund oben genannter Persönlichkeitsstörung (F22.0); Rezidivierende depressive (zum Teil wohl agitierte) Störung, aktuell leicht bis mittelgradig (F33.0 / F33.1) DD Bipolare affektive Störung (F31.3); Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (F13.1). Im Austrittsbericht der Klinik L.____ werden unter anderem eine paranoide Schizophrenie (F20.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (F33.2), diagnostiziert.

Weiter ist auf ältere Berichte hinzuweisen: Prof. F.____ hält am 17. September 2012 fest, dass zwar ursprünglich die Probleme als eine schwere Depression und als mögliches chronisches Burnout-Syndrom diagnostiziert worden seien; es handle sich aber um eine völlig ungewöhnliche

Symptomkonstellation und diese würde eine klare klassische Diagnose nicht zulassen. Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hat in einem Bericht vom 6. November 2012 eine zunehmende psychische Dekompensation seit 2008 diagnostiziert. Aus therapeutischen Gründen verzichte er auf eine differentialdiagnostische Einordnung; es handle sich um ein chronisches psychisches Leiden mit hohem Leidensdruck und grosser Angst, als psychiatrischer Fall bzw. als paranoid oder psychotisch stigmatisiert zu werden. Deshalb habe sich die Patientin auch lange vor einer IV-Anmeldung gescheut.

Die Herleitung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung durch Prof. D.____ (vgl. dazu den Abschnitt 3. "Diagnosebildung, Krankheitsentwicklung und differentialdiagnostische Überlegungen" ab S. 23 des Gutachtens vom 3. März 2015) erscheint überzeugend, auch wenn die Diagnose von anderen Ärzten so nicht gestellt wurde. Er erwähnt dabei auch die Berichte der in X.____ behandelnden Ärzte, welche von einem chronischen Erschöpfungssyndrom, von Black-outs und Panikattacken sprechen würden, dabei aber auch äussern würden, dass die Symptomatik sehr untypisch sei. Weiter führt er aus, es würden typische Zeichen einer Schizophrenie auch in Einklang mit den Vorgutachtern fehlen, weshalb sich zwangsläufig die Frage einer wahnhaften Störung stelle, wie dies auch von Dr. C.____ diskutiert worden sei. Allerdings würde gemäss den diagnostischen Kriterien des ICD-10 gerade nicht ein für eine wahnhafte Störung typischer Wahn bestehen. Aus seiner Sicht sei insgesamt die Annahme einer ausgeprägten, neurotisch-dissoziativen Störung auf dem Hintergrund der geschilderten Grundpersönlichkeit wahrscheinlicher. Dennoch habe er diagnostisch formal den Verdacht auf eine wahnhafte Störung geäussert. Letztendlich sei diese Differenzierung aber eine akademische Frage, wesentlich sei, dass kein Anhalt für eine Schizophrenie bestehe und erhebliche Ressourcen der Explorandin weiterhin in der Interaktion mit der Explorandin deutlich würden, eine Verflachung in keinem Fall vorliege. In seiner Diskrepanzanalyse bezüglich der Gutachten von Dr. B.____ sowie von Dr. C.____ hält Prof. D.____ fest, gegen die von Dr. B.____ gestellten Diagnosen der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als auch der Panikstörung sei nichts einzuwenden. Unzweifelhaft decke diese diagnostische Einschätzung jedoch nicht annähernd das Krankheitsgeschehen der Explorandin ab. So würden die ja im Vordergrund stehenden dissoziativen bis wahnhaft anmutenden Erlebensweisen mit ausgesprochen hoher Dynamik in keiner Weise integriert. Im Vergleich unterscheide sich seine psychiatrische Einschätzung zu der von Dr. C.____ nur in Nuancen. Auch dieser gehe letztendlich von einer schweren psychischen Störung aus, die mit einer kontinuierlichen Tätigkeit nicht vereinbar sei. Er setze den Schwerpunkt auf eine wahnhafte Störung im Gegensatz zum Referenten, der eher von einer schwerst neurotischen/dissoziativen Symptomatik ausgehe auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung.

6.3 Mit Schreiben vom 27. März 2017 nimmt Prof. D.____ zu Handen der IV-Stelle Stellung, insbesondere zum neuropsychologischen Gutachten von lic. phil E.____. Zu Recht führt er diesbezüglich aus, dieses Gutachten widerspreche seiner Einschätzung nicht und lic. phil. E.____ sehe entsprechend den Slick-Kriterien das Kriterium D als nicht erfüllt an. Dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beziehe sich ganz klar auf die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten der Explorandin. Die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 40 % in einer angepassten Tätigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht widerspricht somit nicht der von Prof. D.____ festgestellten 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, da der Neuropsychologe die neurotische

Symptomatik mit den ausgeprägten dissoziativen Anteilen nicht berücksichtigt. Prof. D.____ hält fest, dass es sich um eine schwere psychische Störung handle im Sinne einer ausgeprägten neurotischen Symptombildung auf dem Hintergrund einer frühen Störung. Es stehe weniger der Einfluss auf die kognitiven Möglichkeiten im Vordergrund, als vielmehr die fast wahnhaft Einengung auf ein dysfunktionales Krankheitskonzept, das der Explorandin einen primären Krankheitsgewinn ermögliche und somit zu einer Entlastung beitrage, aber auch die kontinuierliche Umsetzung ihrer theoretischen Fähigkeiten verunmögliche.

Im Vorbescheid vom 11. August 2017 hat die IV-Stelle ausgeführt, ein religiöses magisch gefärbtes Denken sei der Kultur in X.____ nicht fremd und somit nicht unbedingt als pathologisches Phänomen zu werten. Aus RAD-Sicht könnten die Phänomene ebenso gut als kulturelle Angst-äquivalente gewertet werden. Die IV-Stelle scheint daraus abzuleiten, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Herkunft aus X.____ keine wahnhafte Störung vorliege. Eine derart pauschalisierende und nicht auf die persönliche Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin Bezug nehmende Einschätzung vermag diesen Schluss nicht zu stützen. Prof. D.____ führt diesbezüglich überzeugend aus, das Wahnsystem habe einen pathologischen Ich-Bezug, beeinträchtige das Leben der Beschwerdeführerin massiv und sei trotz der religiösen Einbettung kulturell unangemessen. An anderer Stelle betont er, die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster würden deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben abweichen.

Auch das Vorbringen der Vorinstanz, dass die Beschwerdeführerin gemäss den Akten über ein gutes Funktionsniveau verfüge, ist nicht nachvollziehbar. Prof. D.____ legt plausibel dar, weshalb die grundsätzlich zu erkennenden Fähigkeiten aus psychiatrischer Sicht zu relativieren sind. Im vorliegenden Fall lege gerade nicht allein das theoretisch zu erreichende und vielleicht auch zu erfassende kognitive Niveau Leistungs- und Arbeitsfähigkeit fest. Vielmehr sei das Krankheitsbild bestimmt durch die wahnhaft anmutende rigide Einengung, die aufgrund des neurotischen Prozesses mit hoher Dynamik das Krankheitsbild ausmache.

6.4 Wie oben ausgeführt (vgl. oben Ziff. 2.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten von Prof. D.____ vom 3. März 2015 (ergänzt mit der Stellungnahme vom 27. März 2017) weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. oben Ziff. 4.2) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden und es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen ärztlichen Einschätzungen auseinander, insbesondere mit den Gutachten von Dr. B.____, Dr. C.____ und lic. phil. E.____. Auch die Berichte der Fachpersonen aus X.____, die im Übrigen weder von ihrer Struktur noch von ihrer medizinischen Dichte her mit schweizerischen Arztberichten vergleichbar sind, hat Prof. D.____

in seine Überlegungen und Schlüsse einbezogen. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen des Gutachtens überzeugend. Die Krankheitsentwicklung und die Diagnosen werden sorgfältig, verständlich und plausibel hergeleitet. Insgesamt vermögen die RAD-Berichte keine Zweifel an der Beurteilung von Prof. D._____ zu begründen.

6.5 Das Gutachten von Prof. D._____ vom 3. März 2015, welches noch gemäss altem Verfahrensstandard (vgl. oben E. 2.3) ergangen ist, äussert sich nicht explizit zu den Standardindikatoren. Es ergibt sich jedoch aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin ihre vorhandene Selbstbehauptungsfähigkeit vor allem dazu nutzt, engagiert und hoch motiviert ihr eigenes Krankheitskonzept/Besetzungskonzept zu betreiben, und sämtliche Aktivitäten um diesen zentralen Bereich gruppiert. Sie folgt der immer wieder auch hyperthymen Stimmungslage entsprechend einem grandiosen Krankheitskonzept mit der Gewissheit, vom Satan besessen zu sein. Nach Verlust der Tagesstruktur betreibt die Explorandin jetzt mit ähnlicher Vehemenz wie in der Vergangenheit ihre Ausbildung nun stattdessen die Koordination ihrer Therapien, in deren Zentrum eine hochfrequente exorzistische Behandlung steht. Besonders eindrücklich sei, dass die Explorandin intellektuell und in ihren Ressourcen wenig eingeschränkt agiere, das eigene rigide Krankheitskonzept aber durchaus mögliche rehabilitative Massnahmen erstickte. Auch wenn im psychiatrischen Sinne eher kein Wahn im psychopathologischen Sinne vorliege, so müsse das neurotische Geschehen auf dem Hintergrund der Persönlichkeit als aktuell für die Explorandin nicht überwindbar gelten. In Beantwortung der Fragen des Auftraggebers führt Prof. D._____ unter dem Titel "Beeinträchtigung (qualitativ und quantitativ) aufgrund der festgestellten Störungen" explizit aus, wie dies gelegentlich bei schwer neurotischen Störungen in Komorbidität zu einer Persönlichkeitsstörung gesehen werde, sei der Explorandin bereits die Ausrichtung auf eine Berufstätigkeit nicht möglich. Zu sehr sei das innere Erleben eingeeengt mit einer seit Jahren hoch pathologischen Tagesstruktur. Intellektuell erscheine die Explorandin im Querschnitt praktisch unbeeinträchtigt, wobei es Hinweise gebe für eine deutlich eingeschränkte Ausdauer. Wesentlich erscheine dem Referenten jedoch die nicht gegebene Überwindbarkeit, als auch die in den vorgelegten Testungen offensichtlichen Defizite in der Ausdauer. In seinem Schreiben vom 27. März 2017 zu Händen der IV-Stelle bestätigt Prof. D._____ im Wesentlichen seine im Gutachten getätigten Ausführungen. Ergänzend führt er aus, dass für ihn auch plausibel gewesen sei, dass die Explorandin in X._____ ein "minimal life" führe aufgrund der alles dominierenden Wahrnehmung, besessen zu sein. Faktisch würden die Partizipationsfähigkeiten doch massiv eingeschränkt erscheinen. Sämtliche vorliegenden Berichte würden auch die Annahme einer durchgehend depressiven oder zumindest subdepressiven Grundsymptomatik mit Hinweisen auf erhebliche Angstsymptome stützen.

Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage ist, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Bei der Beschwerdeführerin liegt eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vor in Verbindung mit intermittierend auftretenden Trance- und Besessenheitszuständen, während die ebenfalls bestehende rezidivierende depressive Störung lediglich, aber immerhin leicht bis mittelgradig ausgeprägt ist. Insgesamt liegt eine schwere psychische Störung vor. Aufgrund der vorliegenden Persönlichkeitsstörung ist die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, eine adäquate therapeutische Behandlung zu durchlaufen und dies bei einem

nun seit über zehn Jahren chronifizierten Krankheitsgeschehen. Es sind zwar gewisse Ressourcen theoretisch vorhanden, allerdings verunmöglicht die schwere neurotische Störung in Komorbidität mit der Persönlichkeitsstörung die Nutzung dieser Ressourcen im Hinblick auf die Ausübung einer Berufstätigkeit und auch in Bezug auf den sozialen Kontext. Die Beeinträchtigungen wirken sich auf alle Lebensbereiche aus, indem der Alltag der Beschwerdeführerin vollständig von ihrem Krankheitskonzept beherrscht wird. Der gesamte Alltag ist auf die Inanspruchnahme der Therapien ausgerichtet und die Inanspruchnahme dieser Therapien ist Ausdruck ihres hohen Leidensdrucks; dass diese Therapien aus fachärztlicher Sicht teilweise als inadäquat zu qualifizieren sind, vermag daran nichts zu ändern, sondern ist letztlich wiederum Folge der schweren Störung. Festzuhalten ist weiter, dass von gutachterlicher Seite keine Inkonsistenzen festgestellt werden konnten und sich solche auch nicht aus den übrigen Akten ergeben.

Daran ändert auch nichts, dass die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen intellektuell wenig beeinträchtigt erscheint. Dazu passt wiederum, dass der neuropsychologische Gutachter aufgrund der kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin eine Teilzeitarbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht als möglich erachtet. Er berücksichtigt dabei aber die psychiatrischen Einschränkungen nicht. Anzumerken ist ferner, dass die Beurteilung von lic. phil. E. ____ insoweit widersprüchlich erscheint, als er einerseits von einer möglichen Steigerung der vor allem wegen kognitiver Defizite eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgeht, gleichzeitig aber eine namhafte Verbesserung der kognitiven Leistungen und damit der Arbeitsfähigkeit von einer Remission der psychiatrischen Symptomatik abhängig macht.

6.6 An dieser Sachlage ändert auch nichts, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem Austrittsbericht der Klinik L. ____ vom 16. Dezember 2019 nach einem Aufenthalt vom 16. September bis 21. Oktober 2019 in deutlich verbessertem Zustand entlassen werden konnte. Die in der Klinik L. ____ unter anderem gestellten Diagnosen (paranoide Schizophrenie und rezidivierende depressive, gegenwärtig schwere Störung) weisen ebenfalls auf eine letztendlich schwere psychische Störung hin, die mit einer kontinuierlichen beruflichen Tätigkeit nicht vereinbar ist. Im Austrittsbericht der Klinik L. ____, welcher im Übrigen nicht in Kenntnis aller relevanten Akten, insbesondere der medizinischen Gutachten, erstellt wurde, wird denn auch nicht zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin auf Aufforderung der IV-Stelle in diesen stationären Aufenthalt begeben hat und damit ihrer Schadenminderungspflicht nachgekommen ist.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten von Prof. D. ____ vom 3. März 2015 und seiner Stellungnahme vom 27. März 2017 zu 100 % arbeitsunfähig ist, wobei die Arbeitsfähigkeit im Verlaufe des Jahres 2009, eventuell bereits Ende 2008, eingetreten ist. Demzufolge ist die vorliegende Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 3. Dezember 2019 aufzuheben und der Beschwerdeführerin ein ganze IV-Rente ab 1. April 2013 (Eingang der Anmeldung bei der SVA am 2. Oktober 2012) zuzusprechen.

8. Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG werden die Sozialversicherungen, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, für ihre Leistungen nach Ab-

lauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig. Laut Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002 beträgt der Satz für den Verzugszins fünf Prozent im Jahr. Der Verzugszins wird monatlich auf dem bis Ende des Vormonats aufgelaufenen Leistungsanspruch berechnet (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSV). Da die Beschwerdeführerin vorliegend ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, sind die Voraussetzungen für eine Verzugszinspflicht der IV-Stelle gegeben. Diese ist deshalb dem Antrag der Beschwerdeführerin entsprechend zu verpflichten, die rückwirkend nachzuzahlenden Rentenleistungen nach Ablauf von 12 Monaten nach der Geltendmachung des Anspruchs, d.h. demnach mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 zu 5 % pro Jahr zu verzinsen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt, und der geleistete Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 25. Mai 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 17,49 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen grundsätzlich als angemessen erweist. Von der Beschwerdegegnerin nicht zu entschädigen ist jedoch der im Verkehr mit der Rechtsschutzversicherung entstandene Aufwand in der Höhe von 0,79 Stunden. Der Beschwerdeführer macht für seine Aufwendungen einen Stundenansatz von Fr. 300.-- geltend. Praxisgemäss sind die Bemühungen vorliegend jedoch nach dem für durchschnittliche Fälle in Sozialversicherungsprozessen zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Weiter macht der Rechtsvertreter Auslagen in der Höhe von Fr. 274.15 geltend. Auch diesbezüglich gilt, dass die Auslagen in der Höhe von Fr. 2.25, welche im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung entstanden sind, nicht zu entschädigen sind. Zu berücksichtigen ist weiter, dass für Massenkopien lediglich ein Ansatz von Fr. 0.50 entschädigt wird. Am 24. Januar 2020 wurden 111 Kopien à Fr. 1.50 geltend gemacht. Dieser Betrag ist folglich um Fr. 111.-- zu kürzen. Somit sind insgesamt Auslagen in der Höhe von Fr. 160.90 zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführerin ist folglich eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'669.75 (16,7 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 160.90 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 3. Dezember 2019 insoweit geändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2013 Anspruch auf eine ganze Rente hat.
 2. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat die rückwirkend nachzuzahlenden Rentenleistungen mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 zu 5 % pro Jahr zu verzinsen.
 3. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 4. Die IV-Stelle hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'669.75 (inklusive Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>