

BVGer C-1022/2016 vom 19. Dezember 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1022_2016

FR: TAF C-1022/2016 du 19 décembre 2017

IT: TAF C-1022/2016 del 19 dicembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 2.1

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

E. 2.2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Januar 2016, mit welcher die Vorinstanz das Rentengesuch des Beschwerdeführers abgelehnt hat.

E. 3.1

Im Verhältnis Schweiz - Liechtenstein, das heisst bei (ehemaliger oder aktueller) Erwerbstätigkeit in der Schweiz und Wohnsitz in Liechtenstein - ist das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europä-ischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA-Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (nachfolgend: EFTA-Übereinkommen, SR 0.632.31, in der Fassung des Abkommens von 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation [AS 2003 2685], in Kraft seit 1. Juni 2002) anwendbar. Nach Art. 1 Anhang K-Anlage 2 sind die Mitgliedstaaten übereingekommen, im Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit untereinander die Rechtsakte der Europäischen Union anzuwenden. Bis zum 31. Dezember 2015 waren 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; kurz: VO Nr. 1408/71) und deren Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO Nr. 574/72) anwendbar. Ab dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung. Soweit - wie vorliegend - weder die genannten anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte

abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Januar 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den - ab Erstanmeldung - bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Januar 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer macht eine Verletzung der Begründungspflicht geltend. Es sei nicht hinreichend begründet worden, warum keine rechtlich relevante Einkommensbusse bestehen solle und warum die ärztliche Einschätzung einer reduzierten Arbeitsfähigkeit unbeachtlich sei.

E. 4.2

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Einen wesentlichen Bestandteil des in Art. 29 Abs. 2 BV garantierten Anspruchs auf rechtliches Gehör bildet die Begründungspflicht. Diese soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und es dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sich sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2; Urteil des BGer 9C_257/2011 vom 25. August 2011 E. 5.1, je mit Hinweisen).

E. 4.3

Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 14. Januar 2016 das Abklärungsergebnis, wonach aus rein medizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in der

angestammten Tätigkeit auf 50% und in einer adaptierten Tätigkeit auf 60% geschätzt werde, mitgeteilt. Die Vorinstanz führte aus, dass dennoch aufgrund der Rechtsprechung davon auszugehen sei, eine Dysthymia sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge würden die Arbeitsfähigkeit nicht rentenbegründend einschränken. Daraus erschliesst sich auch, warum ihrer Ansicht nach keine rechtlich relevanten Einkommenseinbussen bestehen würden. Damit sind die Schlussfolgerungen hinreichend nachvollziehbar. In der Verfügung wurden auch die Gründe dargelegt, weshalb die Vorinstanz in der Diagnosestellung dem Ergebnis des Gutachters und nicht der Einschätzung des behandelnden Facharztes folgt. Diese Begründung ist vorliegend für eine sachgerechte Anfechtung des Entscheides ausreichend.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 6.1

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, 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 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 6.2

Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

E. 7.1

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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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.

E. 7.2

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als 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). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.; vgl. aber das Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 7.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 sowie 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 je m.H.). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste (RAD) können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

E. 7.4

Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 41 m.H.).

E. 7.5

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50).

E. 8.1

Die Vorinstanz stützte sich hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers massgeblich auf das neurologische und psychiatrische Gutachten von Dr. J. _____ vom 4. Mai 2015 (Vorakten 60). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ging sie - abweichend von der gutachterlichen Beurteilung und den Stellungnahmen des behandelnden Arztes - von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus. Zur Begründung führte sie unter anderem an, es bestehe zwar aus rein medizinischer Sicht in der angestammten Tätigkeit aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und in einer adaptierten Tätigkeit - ohne erhöhte Anforderungen an Eigeninitiative und/oder Planung sowie Gelegenheit zu unüblichen Pausen - eine 60%ige Arbeitsfähigkeit, doch würden gemäss Rechtsprechung eine Dysthymia sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge die Arbeitsfähigkeit nicht rentenbegründend einschränken; auch bei einer Anpassungsstörung handle es sich grundsätzlich rechtsprechungsgemäss um keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Aus diesen Gründen bestehe kein Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung (Beilage zu BVGer act. 1, BVGer act. 6).

E. 8.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, das Gutachten sei widersprüchlich, unschlüssig und genüge den Anforderungen an den Beweiswert nicht. Der Gutachter sei zum Schluss gekommen, eine Verbesserung der Gesundheitsstörung sei mittelfristig möglich bis ausreichend wahrscheinlich, und habe im Widerspruch dazu angegeben, der Gesundheitszustand sei seit Ende 2014 stabil. Bestritten werde die im Gutachten gestellte Diagnose der Dysthymie. Es fehle die Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte und eine Begründung, warum einerseits eine Dysthymie diagnostiziert und andererseits eine Arbeitsunfähigkeit angenommen werde. Die

Vorinstanz habe sich sodann zu Unrecht einzig auf die (unzutreffende) Diagnose gestützt, sich über die ärztlich übereinstimmend festgestellte Arbeitsunfähigkeit hinweggesetzt und angenommen, der Beschwerdeführer könne mit der Behinderung gleich viel verdienen wie ohne Behinderung. Die Behauptung, der Beschwerdeführer funktioniere im Alltag gut, sei tatsächenswidrig. Auch seien bei der Begutachtung Fehler unterlaufen beziehungsweise sei der Gutachter voreingenommen gewesen (BVGer act. 1, BVGer act. 10).

E. 8.3

Vorab fällt auf, dass in den Verfahren vor der IV-Stelle sämtliche Stellungnahmen des RAD nicht unterzeichnet und - bis auf das RAD-Gesprächsprotokoll vom 28. August 2014 (Vorakten 39) - lediglich eingebettet in die Feststellungsblätter der IV-Stelle und nicht als eigenständige Akten vorliegen (vgl. Vorakten 45, 52, 61, 72), wodurch die tatsächliche Urhebererschaft nicht geklärt ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein computerschriftlicher Passus mit Name des Arztes und Datum der Stellungnahme - wie er in den genannten Dokumenten vorkommt - respektive das Fehlen einer Unterschrift beziehungsweise eines handschriftlichen Visums unter Umständen nicht rechtskonform. Arztberichte sind handschriftlich zu unterzeichnen oder zu visieren, damit darauf abgestellt werden kann (BGE 133 V 450 E. 11.2.2). Für die nachfolgende Würdigung ist daher insbesondere das vom RAD-Arzt handsignierte Protokoll über das Gespräch vom 18. August 2014 zu berücksichtigen (Vorakten 39). Zumindest hilfsweise zu berücksichtigen beziehungsweise ausnahmsweise dennoch verwertbar ist die RAD-Prüfung des Gutachtens vom 19. Mai 2015 (Vorakten 61), da die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung von den darin enthaltenen medizinischen Einschätzungen zur Arbeitsunfähigkeit abgewichen ist und der Beschwerdeführer dies für sich geltend gemacht hat.

E. 8.4

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung lagen der Vorinstanz im Wesentlichen folgende medizinischen Akten vor:

E. 8.4.1

In den Berichten über den Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik E._____ vom 18. März - 5. Mai 2013 stellten die behandelnde Dipl.-Psychologin C._____ und die Chefärztin D._____ folgende Diagnosen: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) bei multifaktorieller psychosozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (Z73.0); laterale Klavikulafraktur re (S42.03); narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1); Paarkonflikte (Kurzbericht vom 3. Mai 2013 [Vorakten 15/4], Austrittsbericht vom 7. Oktober 2013 [Vorakten 39/4], Kurzbericht vom 21. Oktober 2013 [Vorakten 22/1]).

E. 8.4.2

Der behandelnde Hausarzt Dr. F._____, (...), stellte in Berichten vom 12. Juli 2013, vom 17. September 2013 und vom 25. Februar 2015 folgende Diagnosen (Fremdakten [...]; Vorakten 15/3; Vorakten 51): mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) bei multifaktorieller psychosozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (Z73.0); narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1); Paarkonflikte (Z63.0); Claviculafraktur (S42.03); Bone bruise medialer Tibiakopf (...). Im Bericht vom 18. September 2013 führte er nach Darstellung der Anamnese und der Befundlage unter der Überschrift "weitere Diagnosen" eine Hypertonie und ein paroxysmales tachycardes Vorhofflimmern an (Vorakten 27/5).

E. 8.4.3

Mit Bericht vom 14. März 2014 stellte der behandelnde Arzt Dr. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (Vorakten 27): Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10 F33.11) mit/bei multifaktorieller Belastung (beruflich/privat seit ca. 2008) mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms; narzisstische und selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (Z71.1). Bei Erhalt der medikamentösen Behandlung und regelmässiger Psychotherapie könne mit aller Zurückhaltung eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit über einen längeren Zeitraum prognostiziert werden (ausgehend von 10% mit März 2014 bei Steigerung auf zusätzliche 10% pro Monat), wobei wegen eines Rückfalls vom Sommer 2013 ein langsamer Aufbau der Arbeitsleistung zu empfehlen sei, da eine Gefahr der Selbstüberforderung durch zu hohe Ziele bestehe.

E. 8.4.4

Am 18. August 2014 fand ein Gespräch des RAD-Arztes Dr. H._____ mit dem behandelnden Arzt, Dr. G._____, statt. Aus dem anschliessenden Protokoll vom 28. August 2014 (Vorakten 39/1), das von beiden Ärzten unterzeichnet wurde, gehen folgende Diagnosen hervor: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht-mittelgradige Episode ICD-10 F 33.0/1; akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstische Züge) ICD-10 Z 73.1. Es sei in der bisherigen Tätigkeit seit April 2014 von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit, in einer adaptierten Tätigkeit von einer ca. 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Versicherte reagiere am Arbeitsplatz mit Kopfschmerzen und veg. Begleiterscheinungen, wobei dies seinen Angaben zufolge auch an den Aufgaben im Spannungsfeld zwischen Eigentümer, Geschäftsführung und Mitarbeiter liegen würde. Gemäss Aktenlage bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, welche in der Aufrechterhaltung der krankheitswertigen Symptomatik (weiterhin) eine wesentliche Rolle spielten. Im bisherigen Verlauf zeige sich zunehmend eine "histrionische" und narzisstische Verarbeitung/Komponente hinsichtlich der subjektiv berichteten Einschränkungen am Arbeitsplatz. Der Versicherte funktioniere im privaten Alltag recht gut und zeige kaum Einschränkungen. Es seien verschiedenste Antidepressiva ausprobiert worden, wobei der Versicherte über verschiedenste Nebenwirkungen berichtet habe, so dass diese wieder abgesetzt worden seien. Gemäss Prognose könne medizinisch nach Vollremission der Depression von einer Wiederherstellung des Vorniveaus ausgegangen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei seitens des RAD in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit von einer ca. 50%igen Arbeitsfähigkeit, steigerbar auf Vorniveau, auszugehen.

E. 8.4.5

Gemäss Arztbericht von Dr. G._____ vom 3. Februar 2015 sei eine verwertbare Arbeitsfähigkeit von mehr als 30% nach wie vor nicht gegeben und kurzfristig auch nicht absehbar, wobei der vorliegende Krankheitsverlauf nicht aussergewöhnlich sei (Vorakten 49).

E. 8.4.6

Im Verlaufsbericht von Dr. G._____ vom 19. April 2015 wird der Gesundheitszustand als stationär eingestuft und eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) bei multifaktorieller psychosozialer Belastung mit nach wie vor bestehenden Symptomen eines Erschöpfungssyndroms (Z73.0) mit / bei Z 56.6 andere physische oder psychische Belastungen im Zusammenhang mit der Arbeit sowie Kombinier-Akzentuierte

Persönlichkeitszüge im Spektrum: narzisstisch/ selbstunsicher/ passiv-aggressiv (Z73.1) diagnostiziert (Vorakten 58/1).

E. 8.4.7

Dr. J. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, (...), erhob im neurologischen und psychiatrischen Gutachten vom 4. Mai 2015 (Vorakten 60) einen psychiatrischen Befund und führte Zusatzuntersuchungen durch (Beck Depressions Inventar [BDI], Hamilton-Depressions-Skala [HAM-D], Persönlichkeitsfragebogen, International Personality Disorder Examination [IPDE, ICD-10 Modul], Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest [MWT-B], Kurzttest zur Messung des Arbeitsgedächtnisses [KAI-N, Lehrl, 1992], Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest [AKGT], Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit [FLEI]). Basierend auf der psychiatrischen Befunderhebung und den Zusatzuntersuchungen stellte er folgende Diagnosen: - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73) Maladaptive Verarbeitung einer Lebensbelastung (F43.2) Dysthymia (F34.1) - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Arterielle Hypertonie (I10.90) Im Verlauf des Jahres 2012 sei es in zeitlichem Zusammenhang mit einem Belastungserleben im engeren Kreis der Geschäftsführung aber auch einer zunehmend belastend erlebten Partnerschaft privat zu einem gesundheitlichen Einbruch mit den klinischen Merkmalen einer mindestens mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung gekommen. Im Bericht der psychotherapeutischen Klinik (E. _____) werde auf Besonderheiten im Persönlichkeitsbereich hingewiesen, die dann auch zur chronifizierenden Entwicklung einer depressiven Grundstimmung im weiteren Verlauf passten. Die nach ICD geforderten Kriterien (ICD10, G-Kriterien) für eine Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne seien nicht erfüllt. Die vorgetragene und auf der Verhaltensebene demonstrierte affektive Beeinträchtigung entspreche im Wesentlichen den Kriterien einer Dysthymia (F34.1). Die Arbeitsfähigkeit betrage in der angestammten Tätigkeit als [Beruf] 50 %, wobei - in der Darstellung des Beginns und des zeitlichen Verlaufs - seit dem endgültigen Scheitern der beruflichen Reintegration Ende 2014 ein stabiler Gesundheitsschaden angenommen werden könne. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 60 %. Die Behandlungsmöglichkeiten seien insoweit ausgeschöpft, als keine weitere Massnahme genannt werden könne, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer schnelleren Verbesserung der Gesundheitsstörung führen würde. Eine relevante Verbesserung sei mittelfristig möglich bis ausreichend wahrscheinlich, aber nicht vor Ablauf von 12 - 18 Monaten zu erwarten.

E. 8.5

Dem Einwand zum Vorbescheid legte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme des behandelnden Facharztes Dr. G. _____ vom 3. September 2015 bei (Vorakten 71/6). Dessen Hauptkritik bezieht sich darauf, dass mit der Diagnose einer Dysthymie dem Schweregrad der Erkrankung nicht Rechnung getragen werde. Die Diagnose stehe im Widerspruch zur gutachtlichen Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf wie auch zu den aktenkundigen Behandlungsbemühungen beziehungsweise zum Krankheitsverlauf.

E. 8.6

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung wurde ein neuer Arztbericht zu den Akten gereicht, der Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass

der Verfügung erlaubt (vgl. vorne E. 3.3): Aus der Stellungnahme von Dr. G. _____ vom 5. Juni 2016 (Beilage zu BVGer act. 10) geht hervor, die Vorinstanz stütze sich auf lückenhafte Sachverhaltsfeststellungen. Es sei in Hinblick auf das umfangreiche Dokumentationsmaterial und die von ihm gesetzten Krankschreibungen fragwürdig, dass die Vorinstanz von einem recht guten Alltagsfunktionieren ohne Einschränkungen ausgehe, obwohl der Beschwerdeführer im fraglichen Zeitraum ein Jobcoaching absolviert, Arbeitsunfähigkeitszeugnisse beigebracht und nachweisbar Psychopharmaka geschluckt habe. Es sei auch nochmals auf die falsche Reihung der Diagnosen im Gutachten hinzuweisen. Um umfassend zu sein, müsse ein Gutachten in höherkomplexen Fällen, wie dem vorliegenden, auf zwei Explorationszeitpunkte abstellen. Im vorliegenden Fall sei nicht davon auszugehen, dass seit dem Jahr 2013 eine Dysthymie vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer sei bereits Anfang 2013 von schweren depressiven Episoden betroffen gewesen und habe bei lang anhaltenden Phasen von mittelgradig bis schweren depressiven Zuständen im Gefolge von Medikamenteneinnahme einen stationären Aufenthalt und intensive Psychotherapien durchlaufen. Diesem Umstand müsse im Sinne einer ex-post Betrachtung Rechnung getragen werden. Es werde ein bidisziplinäres Gutachten aus den Bereichen Psychiatrie und Innere Medizin angeregt, das sich mit der Befundlage der letzten drei bis vier Jahre auseinandersetze.

E. 9

Zu prüfen ist, ob sich die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustands auf das Gutachten von Dr. J. _____ stützen konnte beziehungsweise ob sie zu Recht davon ausgegangen ist, beim Beschwerdeführer liege keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

E. 9.1

Das Gutachten von Dr. J. _____ beruht auf persönlichen Untersuchungen in dem Fachbereich der Neurologie und Psychiatrie, enthält eine ausführliche Anamnese und erfolgte in Kenntnis von jenen Vorakten, die den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffen. Es ist hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosestellung unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge schlüssig und berücksichtigt die abweichenden fachlichen Beurteilungen.

E. 9.1.1

Die vom Beschwerdeführer bestrittene Diagnose der Dysthymie wurde im Gutachten mit objektiven Befunden belegt (vgl. Vorakten 60, Punkt 5.1.3: leicht beeinträchtigte Ausdauer; geringes bis normales Arbeitstempo; eher antriebsarm; teilweise antriebsgehemmt; stimmungsmässig deutlich unter der Mittellage; Zeichen von Deprimiertheit; leichte Verlangsamung im Denken; Neigung zum Grübeln). Der Gutachter führte dazu aus, die gesundheitliche Beeinträchtigung erfülle die Kriterien einer Dysthymia (F31.1), und begründete die Diagnose "maladaptiven Verarbeitung einer Lebensbelastung" (F43.2) damit, dass klinisch deutlich weniger ausgeprägte bis subsyndromale Zeichen einer Depression im eigentlichen Sinne vorliegen würden.

E. 9.1.2

In der Beurteilung der bisherigen gesundheitlichen Entwicklung hielt er fest, dass es im Verlauf des Jahres 2012 zu einem gesundheitlichen Einbruch mit den klinischen Merkmalen einer mindestens mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung gekommen sei, und diskutierte, inwiefern die im Bericht der psychotherapeutischen Klinik enthaltenen

Hinweise auf Besonderheiten im Persönlichkeitsbereich zu den von ihm abgeleiteten Diagnosen passten (Vorakten 60, Punkt 7.1). Zur abweichenden Diagnosestellung des behandelnden Arztes äusserte sich der Experte im Gutachten unter Punkt 7.5 "Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung mit Stellungnahme zu vorhandenen Einschätzungen in den Vorakten", indem er verdeutlichte, die Diagnose einer mittelschweren Depression bis über zwei Jahre nach Symptombeginn sei aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Auch die durchgeführten Zusatzuntersuchungen (Ergebnisse von acht standardisierten Tests) wurden gutachterlich bewertet. Die Angaben im BDI ergaben laut Gutachter keine Diskrepanz, da es sich um einen reinen Selbstauskunftsbogen handle, wobei die depressive Selbsteinschätzung auch in der Untersuchung zum Ausdruck gekommen sei; die schlechte Selbstbeurteilung im FLEI sei ein Hinweis für eine Selbstlimitierung bzw. eine selbstlimitierende Selbsteinschätzung; beim Kurztest zur Messung des Arbeitsgedächtnisses habe sich eine Teilleistungsschwäche (Bereich Arbeitsgeschwindigkeit) ergeben, wobei der Befund mit einer Veränderung bei depressiver Beeinträchtigung gut zu vereinbaren sei.

E. 9.1.3

Insgesamt betrachtet hat sich der Experte mit den Befunden und der teilweise abweichenden Beurteilung der behandelnden Fachärzte - enthalten in den Berichten von Dr. G. _____ und der Klinik E. _____, die auch Eingang in die Auflistung der Grundlagen für das Gutachten gefunden haben - hinreichend auseinandergesetzt und dargelegt, dass er das Vorliegen einer depressiven Störung aufgrund des Zustandsbilds nicht bestätigen kann.

E. 9.1.4

Die vom Beschwerdeführer aufgeworfenen Fragen betreffend formaler Kriterien vermögen die schlüssig dargestellte Diagnoseableitung nicht in Zweifel zu ziehen (Fragen der Diagnosereihung und der korrekten Wiedergabe der Diagnose "maladaptive Verarbeitung einer Lebensbelastung" bei nachvollziehbarer Einordnung in die ICD-10 Klassifikation F43.2 [Anpassungsstörung]). Der Experte ist in der Begutachtung dem Fragenkatalog der Vorinstanz gefolgt (Vorakten 55), wobei in Bezug auf die Diagnoseableitung keine Verletzungen der Qualitätsleitlinien erkennbar sind. Insoweit geltend gemacht wird, es fehle eine Betrachtung des Verlaufs der Symptomatik im Längsschnitt, um den Schweregrad der Erkrankung zu beschreiben, ist der Schweregrad bereits in den Diagnosemanualen ICD-10 dahingehend beschrieben, dass es sich bei einer Dysthymie um eine chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung handle. Bei der vorliegend fraglichen Herleitung des ICD-Codes ist keine gravierende Verletzung der Vorgaben erkennbar. Im Gutachten ist auch - wie oben dargestellt (vgl. E. 9.1.2) - eine abgrenzende Bewertung in Bezug auf die abweichenden Diagnosen vorhanden, wenn auch in der diagnostischen Einordnung kein direkter Bezug zu den geltend gemachten Vordiagnosen genommen wurde. Es ist im Weiteren richtig, dass der Gutachter im Punkt "zirkadiane Besonderheiten" festgehalten hat, es sei kein Morgentief angegeben worden, wobei dies laut Beschwerdeführer vom Gutachter nicht aktiv erfragt worden sei. Der Beschwerdeführer hat aber im Rahmen der ausführlichen Anamnese seinen Tagesablauf - beginnend mit dem Aufstehen zwischen 8:00 und 8:30, 30 Minuten Frühstück, 45 - 60 Minuten Spaziergang und danach Haus- oder Gartenarbeit - beschrieben (vgl. Vorakten 60/9). Diese Angaben stehen im Einklang mit der im objektiven Befund enthaltenen Information, wonach der Versicherte kein Morgentief angegeben hat, und vermögen für sich allein betrachtet die gutachterliche Diagnosestellung nicht in Zweifel zu ziehen. Dies

gilt auch für den Einwand, der Beschwerdeführer habe über längere Zeit Psychopharmaka eingenommen. Laut Angaben des Beschwerdeführers in der Anamnese hat er aktuell keine Antidepressiva eingenommen und aus den Vorakten geht hervor, dass deren Absetzung aufgrund berichteter Nebenwirkungen zum Zeitpunkt der Begutachtung mehr als acht Monate zurücklag (Vorakten 39).

E. 9.1.5

Insoweit auf Replikebene geltend gemacht wird, der Beschwerdeführer habe aufgrund von Ermüdung die Testbögen nicht vollständig ausgefüllt und die Reaktion des Gutachters auf diese Information mit dem Satz "wir werden ja nun sehen, was dabei herauskommt" lasse auf eine vorgefasste Meinung schliessen, ist festzuhalten, dass die Schlussfolgerungen des Gutachters massgeblich auf seiner eigenen psychiatrischen Befunderhebung basieren und Zusatzuntersuchungen lediglich der Ergänzung der eigentlichen Exploration dienen, wobei klinische Untersuchung, Konsistenz- und Validitätsbeurteilung die Grundlage für die Plausibilisierung solcher psychodiagnostisch gewonnenen Resultate bilden (vgl. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] und der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie [SGVP], 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 2016, S. 18, <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien/>, abgerufen am 28. November 2017). Die im Gutachten dargestellten Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen verdeutlichen eine Plausibilisierung, da sie der Experte einer entsprechenden Bewertung unterzog (vgl. E. 9.1.2). Zudem wurde im Gutachten auch festgehalten, dass der Beschwerdeführer die Ermüdungserscheinungen beim Ausfüllen der Tests verbalisierte (Vorakten 60/12 "zum Abschluss Angabe von besonderer Erschöpfung beim Ausfüllen der letzten Selbstauskunftsbögen; er sei zum Schluss nachlässig geworden"). Vor diesem Hintergrund lassen die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Aussagen des Experten nicht auf ein fehlerhaftes Gutachten oder eine Voreingenommenheit schliessen.

E. 9.2

Aus den medizinischen Unterlagen geht aber auch hervor, dass beim Beschwerdeführer vom Hausarzt Dr. F. _____ - neben den im Vordergrund stehenden psychischen Leiden - im Bericht vom 18. September 2013 ein Herzleiden diagnostiziert wurde (paroxysmales tachycardes Vorhofflimmern, Vorakten 27/5; vgl. E. 8.4.2). Dieser Arztbericht fand im Gutachten keine Erwähnung. Zwar hat der Gutachter im Rahmen eigener Untersuchungen die Herzaktion als "normofrequent" und "rhythmisch" bezeichnet, doch ist nicht davon auszugehen, dass ihm die Diagnose des Herzleidens bekannt gewesen wäre, da der Hausarztbericht auch nicht in der Liste der Grundlagen für das Gutachten aufscheint. Im Zuge der Diagnosestellung einer Dysthymie, die der Experte aus den objektiven Befunden ableitete, schätzte er sodann nach einer Beurteilung der Funktionseinschränkungen die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 50% und in einer angepassten Tätigkeit auf 40%.

E. 9.3

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass dem Gutachten zwar in der Stellung der Diagnosen betreffend die psychischen Leiden voller Beweiswert zukommt. Das Gutachten allein erlaubt aber keine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts, da es sich - auftragsgemäss - auf eine psychiatrische und neurologische Beurteilung beschränkt. Die

Kritik des Beschwerdeführers, wonach es an einer Auseinandersetzung mit den Vordiagnosen fehle, erscheint in Hinblick auf das diagnostizierte Herzleiden berechtigt, wie auch der Einwand, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar.

E. 9.4

Der Bericht des Hausarztes Dr. F. _____ vom 18. September 2013, in dem ein paroxysmales tachycardes Vorhofflimmern diagnostiziert wurde (vgl. E. 8.4.2), erlaubt ebenfalls keine abschliessende Beurteilung. Darin findet sich lediglich eine Diagnose ohne Begründung und es fehlt die Würdigung in Zusammenhang mit den Funktionseinschränkungen aufgrund des psychischen Leidens sowie eine Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dem Bericht kommt daher nur eingeschränkter Beweiswert zu.

E. 9.5

Ein lückenloser Befund, der eine vollständige Feststellung des medizinischen Sachverhalts ermöglichen würde, liegt damit nicht vor.

E. 9.6

Der RAD-Arzt kam hingegen nach der Prüfung des Gutachtens zum Schluss, die festgestellten Krankheiten seien anhand der fachärztlichen erhobenen ausgeprägten Befunde nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden.

E. 9.6.1

Soweit ein RAD-Arzt - wie vorliegend - nicht selber medizinische Befunde erhebt, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigt, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst erlaubten, sich ein einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Dienstes nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 9.6.2

Dem RAD-Arzt lag zwar für die Beurteilung der psychischen Leiden eine Befundlage vor, die es ihm erlaubte, sich ein Bild der gestellten Diagnosen zu machen. Auch ging er in seinen Schlussfolgerungen auf die Diagnosestellung des behandelnden Facharztes ein und legte die Gründe, weshalb er der Einschätzung des Gutachters folge, offen. Er legte nachvollziehbar dar, dass sich die Abweichungen mit der unterschiedlichen Methodik beziehungsweise der Annahme, der behandelnde Arzt übernehme weitgehend die Einschätzung des Patienten, erklären liessen. Es besteht auch kein Grund, daran zu zweifeln, dass der RAD-Arzt, der laut Medizinalregister selbst Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, in der Lage ist, die widersprechenden Fachmeinungen zu werten. Dem Prüfbericht kommt damit in der Wertung der psychiatrischen Diagnosen Beweiswert zu.

E. 9.6.3

Da keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. J._____ bei der Stellung der Diagnose auf dem Fachgebiet der Psychiatrie bestehen und die Berichte des behandelnden Arztes Dr. G._____ aufgrund dessen auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind, ist insgesamt auch aufgrund der einleuchtenden Begründungen von Dr. J._____ und vom RAD-Arzt davon auszugehen, dass die depressiven Beschwerden des Beschwerdeführers nicht im Sinne einer Depression sondern als Symptome einer Dysthymie zu betrachten sind. Die Stellungnahmen beziehungsweise Berichte des behandelnden Facharztes zur Diagnosestellung vermögen den Beweiswert des Gutachtens und die fachärztliche Beurteilung des RAD nicht in Zweifel zu ziehen und überwiegen diese vom Ergebnis her nicht.

E. 9.6.4

Keine Beurteilung durch den RAD findet sich aber in Bezug auf das vom Hausarzt Dr. F._____ diagnostizierte paroxysmale tachycarde Vorhofflimmern. Es hat keine Würdigung der Diagnose stattgefunden und es liegen auch keine entsprechenden fachärztlichen Berichte vor. Der Versicherte hat im Rahmen der dokumentierten Untersuchungen immer wieder Herzrasen und innere Unruhe geltend gemacht (Vorakten 15/3, 58/22, 58/20) und sowohl der Gutachter als auch der RAD-Arzt gehen von einer nicht unerheblichen Leistungseinbusse in der angestammten Tätigkeit und in der Verweistätigkeit aus. Die vorliegende Aktenbeurteilung des RAD reicht aber nicht aus, um die Arbeitsfähigkeit feststellen zu können.

E. 9.7

Nach dem Gesagten konnte die Vorinstanz zwar in Bezug auf die diagnostische Einordnung der psychischen Beschwerden von einem feststehenden Sachverhalt ausgehen. Doch hätte sie sich bei der Feststellung des Gesundheitszustands nicht allein auf das neurologische und psychiatrische Gutachten und die Stellungnahmen des RAD-Arztes stützen dürfen, ohne weitere Abklärungen betreffend das Herzleiden vorzunehmen. Bei dieser Sachlage ist auch die Ansicht der Vorinstanz unrichtig, es sei von der ärztlich geschätzten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen und aus rechtlicher Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen, da die Dysthymia und akzentuierte Persönlichkeitszüge nicht als ein IV-relevanter Gesundheitsschaden zu werten seien. Offen ist, ob somatische Leiden, allenfalls in Wechselwirkung mit der leistungseinschränkenden Dysthymie, zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen könnten.

E. 9.7.1

Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kommt dies -auch bei Einbussen an Leistungsfähigkeit - für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung ist aber nicht absolut zu setzen. Eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (BGer 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 m.w.H.; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2; 8C_623/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2). Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil 8C_643/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 5.2.1). Die Rechtsprechung schliesst Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund von Wechselwirkungen zwischen einer Dysthymie und somatischen Leiden nicht aus (vgl. Urteile I 41/04 vom 13. Dezember 2004 E. 4.3; I 649/06

vom 13. März 2007 E. 3.3; 9C_225/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3).

E. 9.7.2

Dr. J. _____ diagnostizierte aufgrund der erhobenen Befunde eine Dysthymie, während er namentlich eine Persönlichkeitsstörung explizit und mit einleuchtender Begründung ausschloss. Beeinträchtigungen somatischer Natur wurden aber nicht berücksichtigt, obwohl eine entsprechende Vordiagnose bestand. Insgesamt ist damit fraglich, inwieweit die geltend gemachten Leiden organischer oder psychischer Natur sind und ob sie geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen. Offen ist auch, ob somatische Befunde die Leistungsschwäche zu erklären vermögen.

E. 9.8

Zusammenfassend ist aufgrund der vorhandenen Arztberichte der medizinische Sachverhalt einschliesslich dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend erstellt. Damit kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsfähig ist. Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht massgeblich auf das neurologische und psychiatrische Gutachten von Dr. J. _____ respektive auf die Stellungnahmen des RAD stützen dürfen, ohne weitere Abklärungen betreffend das Herzleiden, eine mögliche Wechselwirkung betreffend den psychischen Gesundheitsschaden sowie eine Bewertung allfälliger Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen.

E. 10.1

Aus diesen Gründen erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als nicht genügend abgeklärt. Angesichts der vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen hat - wie vom Beschwerdeführer beantragt - eine umfassende interdisziplinäre Abklärung und Neubeurteilung zu erfolgen. Der interdisziplinäre Charakter der medizinischen Problemlage gebietet es, ein externes, bidisziplinäres Gutachten einzuholen, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Beschwerdeführer ein Herzleiden und eine psychische Problematik geltend gemacht hat. Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück.

E. 10.1.1

Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Verwaltung zurückweisen. So drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist.

E. 10.1.2

Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem

verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 E. 4.2).

E. 10.1.3

Vorliegend liegt ein neurologisches und psychiatrisches Gutachten im Recht. Da jedoch kein umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes Administrativgutachten vorliegt, das den medizinischen Sachverhalt in kardiologischer und psychiatrischer Hinsicht vollständig feststellt und sich mit einer möglichen Wechselwirkung der verschiedenen Beeinträchtigungen auseinandersetzt, ist die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung respektive -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären, auf das Gericht. Mit der Auslassung des Administrativgutachtens im Verwaltungsverfahren würde dem Versicherten zudem die Möglichkeit genommen, dieses später durch ein gerichtliches Obergutachten prüfen zu lassen.

E. 10.1.4

Nach dem Gesagten ist die Sache zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese ist anzuweisen, in der Schweiz ein bi-disziplinäres Gutachten einzuholen. Dabei ist für die Beurteilung des Herzleidens ein Facharzt für Kardiologie sowie für die psychischen Beschwerden ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beizuziehen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 10.1.5

Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder der Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

E. 10.2

Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine interdisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in kardiologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (Art. 61 Abs. 1 VwVG).

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2600.- (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist vorliegend nicht geschuldet (Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). (Dispositiv nächste Seite)

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