

# **BVGer C-1117/2021 vom 24. Februar 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1117\\_2021\\_d20210224](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1117_2021_d20210224)

FR: TAF C-1117/2021 du 24 février 2021

IT: TAF C-1117/2021 del 24 febbraio 2021

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch; Verfügung vom 24. Februar 2021.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Österreich im Kanton C. \_\_\_\_\_ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Österreich Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons C. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2021 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **E. 2.3**

Diese Verfügung, mit der das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl.

C-1117/2021 Seite 5 BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 24. Februar 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither ver- ändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungs- verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachver- halt mit Bezug zur EU vor. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Ge- meinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Ja- nuar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehun- gen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleis- tet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [IV-act. 8]), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

C-1117/2021 Seite 6

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper- lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu- mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil- weise 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 Erwerbsunfä- higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchti- gung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tä- tigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

## **E. 5.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungs-massnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch- schnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Mo- nat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

## **E. 5.3**

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

C-1117/2021 Seite 7 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerun- gen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

## **E. 5.4**

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somato- forme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Lei- den (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systemati- sierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tat- sächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

## **E. 5.5**

Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht die bisherige Rechtspre- chung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsum- störungen zum Vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevan- ten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswir- kungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen. Das Bundesgericht hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen (vgl. BGE 143 V 409 und 418) – auf der Grund- lage eines strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3 und E. 7).

## **E. 5.6**

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

## **E. 6**

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen.

C-1117/2021 Seite 8

### **E. 6.1**

Nachdem der Beschwerdeführer seit 22. August 2018 krankgeschrieben war, unterzog er sich im Krankenhaus F.\_\_\_\_\_ von 4. bis 13. September 2018 einem stationären Aufenthalt wegen Gewichtsverlust und Diarrhoe. Bei der Entlassung wurde sodann die Hauptdiagnose chronische Diarrhoe, vermutlich multifaktorieller Ätiologie, gestellt. Als Nebendiagnosen wurden folgende Leiden genannt: mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.9), hämorrhagisch erosive Gastroduodenitis (ICD-10 K29.0), Globusgefühl bei Dyskinesie/Hypokinesie von Zungengrund und Pharynx (ICD-10 F45.8), Vitamin D-Mangel, Multiple Leberhämangiome (ICD-10 D18.0), Nikotinabusus (ICD-10 F17.2) und Kavernom cerebellär (IV-act. 14).

### **E. 6.2**

Darauf folgte von 24. bis 30. Oktober 2018 ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus G.\_\_\_\_\_ zur Exstirpation des Kavernom cerebellär links. Der Eingriff verlief komplikationslos und der Patient konnte planmässig, ohne neurologische Defizite und gebessert, nach Hause entlassen werden (VVG-act. 4 S. 117 ff.).

### **E. 6.3**

Gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2019 litt der Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und war dementsprechend in medikamentöser Behandlung sowie zu 100% arbeitsunfähig (VVG-act. 4 S. 100).

### **E. 6.4**

Vom 8. bis 28. Mai 2019 kam es zu einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus E.\_\_\_\_\_ wegen einer depressiven Symptomatik und Alkoholabusus. Bei der Entlassung wurden folgende Diagnosen gestellt: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) - Persönlichkeitsakzentuierung aus dem Cluster B (IV-act. 18).

### **E. 6.5**

Der Krankentaggeldversicherer liess den Beschwerdeführer daraufhin von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ psychiatrisch untersuchen. Diese diagnostizierte im Gutachten vom 23. Juli 2019: – Alkoholabhängigkeit mit gegenwärtigem Alkoholkonsum (ICD-10 F10.24),

C-1117/2021 Seite 9 – mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) auf dem Boden emotional instabiler und narzisstischer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) und – Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.24). Betreffend den Einfluss der Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit hielt die Gutachterin fest, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung ein weiterbestehender Alkoholkonsum im Rahmen der Alkoholabhängigkeit nachweislich festzustellen sei. Weiter führte sie aus, dass der eingeräumte Alkoholkonsum und die stimmungsunstabile, narzisstisch-kränkbare Grundpersönlichkeit die depressive Symptomatik aufrechterhalten und umgekehrt die Depression zu weiterem Alkoholkonsum beitragen würde. Das Mischbild aus eingeschlifftem Alkoholismus, Persönlichkeitsauffälligkeiten und Depression reduziere die psychische Belastbarkeit, die Motivation und den Antrieb erheblich. Somit sei die Durchhaltefähigkeit des Versicherten mittel- bis schwergradig beeinträchtigt. Aber auch andere Fähigkeiten wie Anpassung an Regeln, Planung von Aufgaben, Flexibilität, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs-, Selbstbehauptungs-, Gruppen- und familiär-in-time Beziehungsfähigkeit seien als mindestens mittelgradig eingeschränkt einzuschätzen. Aus diesen Gründen bestehe aus psychiatrischer Sicht zum Untersuchungszeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit, weder in der angestammten Tätigkeit als Maschinen-Bediener noch in anderen angepassten Tätigkeiten. Diese weitgehenden Einschränkungen seien jedoch prinzipiell als reversibel einzuschätzen, wobei die Entwicklung in erster Linie vom Verlauf der Suchterkrankung und vom Umgang des Versicherten mit dieser Erkrankung abhängig sei (VVG-act. 3).

#### **E. 6.6**

Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 23. Juli 2019 kam die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 20. August 2019 zum Schluss, dass von einem schwereren Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers auszugehen und eine relevante Besserung nicht absehbar sei. Vorliegend sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in sämtlichen Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 23).

#### **E. 6.7**

Gemäss ärztlicher Bestätigung des behandelnden Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 20. September 2019 konnte der Patient seit über vier Wochen gänzlich auf Alkohol verzichten, ohne dabei Entzugssymptome

C-1117/2021 Seite 10 gehabt zu haben. Bezüglich der Belastbarkeit hätten jedoch keine Fortschritte erzielt werden können, sodass er weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei (VVG-act. 4 S. 269).

#### **E. 6.8**

Mittels ärztlicher Stellungnahme vom 11. Dezember 2019 wiederholte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) mit im Vordergrund stehender Antriebsproblematik, Minderbelastbarkeit und Rückzugstendenz sowie psychischer und Verhaltensstörungen wegen schädlichen Gebrauchs von Alkohol. Ebenfalls bekräftigte er, der Patient sei weiterhin kaum fähig, auch kleine und als selbstverständlich anzusehende Dinge des Alltags, wie Spaziergänge mit dem Hund oder Körperpflege, auszuüben. Diesbezüglich müsse er ständig durch die Partnerin motiviert werden. Folglich sei die Arbeitsfähigkeit zu keinem Zeitpunkt wiederhergestellt worden und auch kein Potenzial für eine Wiedereingliederung gegeben (IV-act. 37).

### **E. 6.9**

Auf Anraten des RAD – welcher mit Stellungnahme vom 4. Februar 2020 die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ allein aus psychiatrischer Sicht als nicht nachvollziehbar ein- stufte – wurde der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf im Auftrag der kantonalen IV-Stelle von Fachärzten der D. \_\_\_\_\_ in den Disziplinen All- gemeine Innere Medizin, Oto-Rhino-Laryngologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie polydisziplinär begutachtet (IV-act. 45 ff.).

### **E. 6.10**

Im Gutachten vom 14. September 2020 (IV-act. 54) wurden unter Be- rücksichtigung aller Fachdisziplinen folgende Diagnosen gestellt (S.9): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Ohne Auswirkung in der letzten oder einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren Arbeit ohne häufige Zwangshaltungen der Wirbelsäule: Klinisch obstruktive Pneumopathie Nikotinkonsum Refluxleiden mit Durchfallneigung Dyslipidämie Laborchemisch partielle Leberwerterhöhung

C-1117/2021 Seite 11 Operation eines links cerebellären Kavernoms am 15.10.2018, ohne ner- vale Residuen Status nach Peroneus-Druckläsion rechts mit Restitutio ad integrum Leichtgradige alkoholtoxische Polyneuropathie mit leichtgradiger Ataxie Spannungskopfschmerz Chronischer Tinnitus links Zustand nach Schwankschwindel Bildgebend leichtgradige degenerative Alterationen der Lendenwirbel- säule, ohne namhaftes lokales oder radikuläres klinisches Befundkorrelat Status nach Dupuytren-Operation beider Hände, ohne residuale Funkti- onsstörung Präadipositas Dysthymie auf dem Boden einer Anpassungsstörung (Verbitterungsstö- rung, ICD-10 F34.1/F43.2) Aktenkundig schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) Nikotin-Konsum (ICD-10 F17.2) Persönlichkeitsakzentuierung, histrionisch, narzisstisch, emotional insta- bile Züge (ICD-10 Z73.1). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, dass die diagnostizierte leichtgradige depressive Störung (Dysthymie) die reklamierten Einschränkungen nicht hinreichend plausibel machte. Im Üb- rigen spreche die Indikatorenprüfung nicht für eine erhebliche Einschrän- kung von Selbständigkeit, Selbstversorgungs- und sozialer Interaktionsfä- higkeit. Ebenfalls sei die aktenkundig genannte Alkoholsucht angesichts des Laborbefunds (CDT) nicht mehr als wesentlich anzusehen, was auch die angesichts des jetzigen Befunds anzunehmende Besserung des vor- berichteten höhergradigen depressiven Syndroms zu erklären geeignet sei. Abschliessend stellten die Gutachter fest, es beständen keine Befunde und Diagnosen mit Auswirkungen in der letzten oder einer anderen, kör- perlich leichten bis mittelschweren Arbeit ohne häufige Zwangshaltungen der Wirbelsäule. Die zuletzt ausgeübte sowie auch jede andere ange- passte Tätigkeit sei deshalb zu 100% zumutbar und rückblickend sei eben- falls keine dauerhafte/invalidisierende Gesundheitsstörung erkennbar. Die einzelnen Teilgutachten werden weiter unten eingehend analysiert (E. 10).

C-1117/2021 Seite 12

### **E. 6.11**

Gemäss RAD-Stellungnahme vom 13. Oktober 2020 könne auf das D. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden und der Beschwerdeführer sei spätestens ab Gutachtens-Zeitpunkt zu 100% arbeitsfähig in der letzten und in anderen Tätigkeiten, welche körperlich leichte bis mittelschwere Ar- beiten ohne häufige Zwangshaltungen der Wirbelsäule benötigten

(IV-act. 55).

#### **E. 6.12**

Nach seinem Einwand vom 23. November 2020 reichte der Beschwerdeführer einen ausführlichen ärztlichen Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2020 ein, in dem im Wesentlichen die bereits bekannten Diagnosen genannt wurden und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bekräftigt wurde (IV-act. 72).

#### **E. 6.13**

Mit Stellungnahme vom 12. Februar 2021 führte die RAD-Psychiaterin aus, dass im letzten Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ keine neuen, bislang unbekanntes Angaben gemacht worden seien und folglich weiter auf die RAD-Stellungnahme vom 13. Oktober 2020 abgestellt werden könne (IV-act. 76).

#### **E. 6.14**

Vom 13. Juli 2022 bis zum 2. August 2022 war der Versicherte im Krankenhaus E. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Bei seiner Entlassung wurden insbesondere eine klinisch V.a. Wernicke Enzephalopathie, ein chronischer Alkoholabusus und eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Ebenfalls wurde eine 100%ige Arbeits- und Lenkumfähigkeit attestiert (BVGer-act. 15).

#### **E. 7.1**

Die Vorinstanz begründete die Ablehnung des Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung damit, dass nach einer anfänglichen eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_\_\_, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden könnten. Aus medizinischer Sicht bestehe demnach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne häufige Zwangshaltungen der Wirbelsäule. Mit Einwand vom 23. November 2020 seien im Übrigen keine neuen medizinischen objektivierbaren wesentlichen Änderungen der Befunde oder Symptome mitgeteilt worden, welche nicht schon zum Zeitpunkt des Vorbescheides bekannt gewesen seien (IV-act. 81).

#### **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass entgegen der gutachterlichen Feststellung insbesondere aufgrund des psychischen Leidens eine

C-1117/2021 Seite 13 wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsleistung bestehe und entsprechend von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen sei. Hinzu kämen eine zunehmende Hörminderung samt Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen mit Umfallen, vermehrte Kopfschmerzen samt Würgereiz und weitere Beeinträchtigungen. Auch sei seine Erwerbsfähigkeit durch Eingliederungsmassnahmen nicht wiederherstellbar, zumal keine einzige zumutbare Eingliederungsmassnahme gegeben sei. Diesbezüglich sei es geradezu offensichtlich, dass seine medizinischen Befunde und die gestellten Anträge nicht, bzw. nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Insbesondere seien ausschliesslich seine körperlichen Beeinträchtigungen beachtet, die psychischen Einschränkungen jedoch vollkommen ausser Acht gelassen worden. Könne aufgrund der Berichte des behandelnden Psychiaters nicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, so hätte sich aufgrund der Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Einschätzung und jener des behandelnden Psychiaters zumindest ein Obergutachten

aufgedrängt. Wesentliche Punkte seien nämlich nicht ausreichend bzw. gar nicht untersucht worden, und der Sachverhalt gelte als ungenügend abgeklärt zu betrachten (BVGer-act. 1).

### **E. 7.3**

Die Vorinstanz hält dem entgegen, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geeignet seien, die Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens – auf welches sich die angefochtene Verfügung massgeblich gestützt habe – in Frage zu stellen. Insbesondere beruhe die D.\_\_\_\_\_ Expertise auf eigenständigen, gründlichen polydisziplinären Abklärungen, die alle streitige Belange umfassten. Ebenso seien die medizinischen Vorakten verwertet und diskutiert worden und die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden berücksichtigt. Demgegenüber beständen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht beachtet worden seien (BVGer-act. 7).

### **E. 8.1**

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Unterlagen ausgewiesen ist eine anfängliche 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers seit 22. August 2018. Dies wurde auch von der Vorinstanz explizit in der angefochtenen Verfügung so dargelegt (siehe IV-act. 81 S. 1). Zu prüfen ist jedoch, ob die Vorinstanz zu Recht von einer Besserung seines Gesundheitszustandes ausgegangen ist und ab wann diese allenfalls eingetreten ist. Ebenfalls zu prüfen ist, ob die Vorinstanz korrekterweise eine anspruchsbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint hat,

C-1117/2021 Seite 14 bzw. ob sie den rechtserheblichen Sachverhalt genügend abgeklärt hat, bevor sie die angefochtene Verfügung erlassen hat.

### **E. 8.2**

Die mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands ist auf jeden Fall nach dem Erlass der hier streitigen Verfügung eingetreten und wird somit Gegenstand einer neuen Verfügung sein (s. E. 3.1 und 12.3).

### **E. 9.1**

Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2020, wonach weder für die bisherige noch für eine angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Dieses im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten beruht auf umfassenden internistischen, otorhinolaryngologischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Des Weiteren erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Insoweit ist das Gutachten der D.\_\_\_\_\_ mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten nicht zu beanstanden, und der Vorwurf des Beschwerdeführers, sein Gesundheitszustand inklusive aller Diagnosen sowie die Arbeitsfähigkeit seien nicht sorgfältig abgeklärt worden, unbegründet.

### **E. 9.2**

Im Folgenden bleibt zu klären, ob das Gutachten inhaltlich zu überzeugen vermag, bzw. ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch auf die Kritik des Beschwerdeführers am psychiatrischen Teilgutachten einzugehen.

## **E. 10**

### Somatische Leiden

#### **E. 10.1**

Gemäss überzeugender internistischer Beurteilung, die sich auf die Anamnese, eine klinische Untersuchung und die Zusatzdiagnostik (Laborwerte, Elektrokardiogramm und Spirometrie) stützt, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an keinen Erkrankungen aus diesem Fachgebiet leidet, die seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten einschränken. Von der obstruktiven Pneumopathie mit Nikotinkonsum kann nach Dr. med. K. \_\_\_\_\_ keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden, wobei zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit jedoch die Initiierung

C-1117/2021 Seite 15 einer hausärztlich kontrollierten Inhalationstherapie zu empfehlen ist. Bezüglich des beklagten Refluxleidens mit Durchfallneigung konnte der Gutachter klinisch keine Auffälligkeiten feststellen. Nichtsdestotrotz merkte er an, dass diese Beschwerden schon vorhanden gewesen seien, als der Beschwerdeführer noch gearbeitet habe und sie ihn im Arbeitsalltag nicht limitiert hätten. Im Übrigen, habe er vor der Untersuchung einen Protonenpumpenblocker erhalten, welcher sich in Bezug auf die Oberbauchschmerzen als hilfreich erwiesen habe. Auch die leicht erhöhten Leberwerte bei normalen Alkoholparametern und Dyslipidämie hätten per se keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich seien die angegebenen Kopfschmerzen und der Tinnitus aus internistischer Sicht nicht erklärbar. Diese Einschätzungen leuchten ein, zumal sich auch aus den Vorakten keine namhaften internistischen Leiden ergeben (s. insb. IV-act. 14 S. 1 ff.). Ebenfalls decken sie sich mit den Aussagen des Beschwerdeführers, wonach dieser hauptsächlich an psychischen Beschwerden leide (BVGer-act. 1 S. 3 f.).

#### **E. 10.2**

Der neurologische Gutachter kam seinerseits zum Schluss, dass keine Hinweise für das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung mit dauerhafter Auswirkung auf die persönliche, berufliche und gesundheitliche Entwicklung ersichtlich seien. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung wurde der Gesundheitszustand mittels klinischer Untersuchung und aktuell angefertigter Magnetresonanztomographien eingehend fachlich abgeklärt. Somit hat Dr. med. L. \_\_\_\_\_ schlüssig aufgezeigt, dass lediglich angesichts der Operation des cerebellären Kavernoms im Oktober 2018 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für etwa drei Monate ausgegangen werden muss. Postoperativ hat der Gutachter ein objektiv gutes Ergebnis festgestellt, insbesondere konnte er keine nervalen Ausfälle, die auf eine Kleinhirnläsion zurückgeführt werden könnten, ausfindig machen. Klinisch konnte er bei der Überprüfung der Koordination einzig eine leichtgradige Gangataxie in erschwerten Gangprüfungen im Kontext einer leichten alkoholtoxischen Polyneuropathie feststellen, wodurch für den Versicherten ausschliesslich Arbeiten in gefährdenden Höhen ungeeignet seien (Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, z.B. im Baugewerbe). Die angegebene Kopfschmerzsymptomatik konnte nicht anhand einer strukturellen nervalen Läsion erklärt werden und ein namhaft limitierendes Kopfschmerzsyndrom sei gemäss dem Experten auch nicht plausibel, da keine entsprechende Behandlungsintensität, kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck und keine biologisch plausible Erklärung vorliege und die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft worden seien. Zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit hat der Gutachter eine leitliniengerechte

## Behandlung der

C-1117/2021 Seite 16 Spannungskopfschmerzen (einschliesslich eines Sistierens des Nikotin- konsums) sowie eine Alkoholkarenz empfohlen. Schliesslich konnte der Gutachter aus neurophysiologischer Sicht mittels eingehender Untersu- chung die Intaktheit des Nervus Peroneus rechts belegen und somit eine bestehende Fussheberparese ausschliessen. Die sorgfältige und detail- lierte Beurteilung des Neurologen, welche auf einer ausführlichen Untersu- chung basiert, ist schlüssig und nachvollziehbar, zumal auch den medizini- schen Vorakten keine klinischen Befunde zu entnehmen sind, die auf eine neurologische Erkrankung oder Folgeschäden durch die Operation des Ka- vernoms im 2018 hinweisen (s. insbesondere VVG-act. 4 S. 121 und 173).

### **E. 10.3**

Im otorhinolaryngologischen Teilgutachten hat Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ angegeben, dass aus ORL-ärztlicher Sicht keine relevanten objektiven Befunde vorgelegen hätten, welche die Arbeitsfähigkeit in der letzten oder einer vergleichbaren Tätigkeit namhaft einschränkten. Gegen- über der Gutachterin beklagte sich der Beschwerdeführer über Tinnitus, Verminderung des Gehörs (links mehr als rechts) und Schwindel. Die ORL- Untersuchung hat jedoch keine gravierenden Auffälligkeiten nachweisen können. Es zeigte sich lediglich eine leichtgradige Perzeptionsschwerhö- rigkeit links in den hohen Tönen, wobei das Gehör als altersentsprechend ausreichend eingestuft wurde. Bei den wiederkehrenden kurzen Schwin- delbeschwerden könne differentialdiagnostisch an einen vegetativen oder phobischen Schwindel oder an die Nebenwirkung der Medikamente ge- dacht werden, während der Tinnitus durch den intensiven Nikotinkonsum und die Einnahme der Medikamente verstärkt auftreten könne, ohne dass deswegen die Arbeitsfähigkeit als vermindert gelte. Gestützt auf das über- zeugende und schlüssige Teilgutachten sowie auf die Befunde früherer Ab- klärungen (s. IV-act. 14 S. 17) ist somit davon auszugehen, dass beim Be- schwerdeführer in otorhinolaryngologischer Hinsicht keine relevanten ob- jektiven Befunde vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit in der letzten oder einer vergleichbaren Tätigkeit namhaft einschränken.

### **E. 10.4**

Die vom Beschwerdeführer beklagten Kopf- und Rückenschmerzen (IV-act. 54 S. 113 ff.) wurden auch im Rahmen der orthopädischen Begut- achtung mittels eingehender klinischer Untersuchung und aktuell angefer- tigt radiologischer Aufnahmen (MRI) fachärztlich abgeklärt. Der Experte hat einleuchtend aufgezeigt, dass keine namhaften pathologischen Leiden des Bewegungsapparates vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit des Be- schwerdeführers in seiner angestammten und auch in angepassten leich- ten bis mittelschweren Tätigkeiten einschränken. Die festgestellten leicht-

C-1117/2021 Seite 17 gradigen degenerativen Alterationen der Lendenwirbelsäule (ohne nam- haftes lokales oder radikuläres Befundkorrelat) wurden bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils insoweit berücksichtigt, als allenfalls körperlich überwiegend schwere Tätigkeiten oder Arbeiten mit dauerhafter Rumpf- zwangshaltung als nicht mehr geeignet eingestuft wurden. Für die vom Be- schwerdeführer beklagten Rückenschmerzen und die angegebene Fuss- heberparese liess sich kein plausibilisierendes Befundkorrelat finden und nach der Dupuyten-Operation zeigten beide Hände ungestörte Grob- und Feinmotorik ohne residuelle Funktionsstörung. Diese Einschätzungen stüt- zen sich auf eingehende Abklärungen und erweisen sich als überzeugend und nachvollziehbar.

## **E. 10.5**

### Psychiatrisches Leiden

#### **E. 10.5.1**

Gestützt auf das überzeugende psychiatrische Teilgutachten, welches in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten (insbesondere der Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und des Gutachtens von Dr. med. I. \_\_\_\_\_) und den geklagten Beschwerden ergangen ist, ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer – spätestens ab dem 26. Juni 2020 (Datum der psychiatrischen Untersuchung) – keine relevante psychische Störung (mehr) vorhanden war und keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit oder in angepassten Tätigkeiten gegeben war. Im Gutachten wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Insbesondere finden sich in Orientierung an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 eingehende Ausführungen zu Konsistenz und Plausibilität, Ressourcen und Belastungen sowie zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Auch hat die Gutachterin in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr als alkoholabhängig zu betrachten galt und nicht mehr schwer depressiv war, weshalb eine volle Leistungsfähigkeit grundsätzlich wieder vorhanden war (s. E. 10.5.2). Diesbezüglich wurde auch erläutert, aus welchen Gründen sie die Einschätzungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht (mehr) bestätigen konnte (E. 10.5.3). Somit genügt das Gutachten, das sich im Wesentlichen mit der Einschätzung der RAD-Psychiaterin deckt, den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen.

C-1117/2021 Seite 18

#### **E. 10.5.2**

Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» ist festzuhalten, dass die psychopathologische Befunderhebung durch die Gutachterin keine Auffälligkeiten ergeben hat und diese die gestellte Diagnose einer Dysthymie auf dem Boden einer Anpassungsstörung (Verbitterungsstörung) in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise begründet hat. Auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer subjektiv angegebene erhöhte Isolierung mit sozialem Rückzug, Antriebsminderung und Verwahrlosungstendenz ist von einer leichten Ausprägung auszugehen, zeigte der Beschwerdeführer doch im Rahmen der Untersuchungen keine Anzeichen einer agoraphobischen Symptomatik oder eines ausgeprägten Vermeidungsverhaltens. Vielmehr habe er sich ruhig und ausgeglichen präsentiert und keinen psychisch erheblich beeinträchtigten Eindruck gemacht. Zudem erbrachte die testpsychologische Untersuchung in nahezu allen untersuchten kognitiven Domänen durchschnittliche Ergebnisse, weshalb die Gutachterin feststellte, dass die Befunde – unter Berücksichtigung der kognitiven wie auch der affektiven Verhaltensauffälligkeiten – insgesamt nicht einer kognitiven Störung entsprechen. Eine erhebliche Ausprägung der psychopathologischen Befunde ist daher zu verneinen. In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit September 2018 bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in Behandlung steht und die Gutachterin die verfolgte Psychopharmakotherapie als ausreichend bewertet. Problematisch sei hingegen die fehlende Motivation, im Rahmen einer Psychotherapie eigenes Verhalten zu

hinterfragen und zu ändern, eine ambulante Psychotherapie könnte zu einer wesentlichen Besserung beitragen. Die Behandlungsoptionen sind damit noch nicht ausgeschöpft und eine Behandlungsrésistenz kann verneint werden. Sodann ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise auf eine erhebliche ressourcenraubende somatische oder psychische Komorbidität. Die bereits besprochenen Leiden (siehe E. 10.1 bis 10.4) sind nicht als massgebende Komorbidität zu betrachten. Insbesondere konnte zum Zeitpunkt der Untersuchung davon ausgegangen werden, dass der Versicherte lediglich noch einen schädlichen Gebrauch von Alkohol pflegte, ohne dass dies jedoch massgeblich seine Leistungsfähigkeit beeinflusste. Es liegen somit weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht relevante Komorbiditäten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Wie bereits angedeutet, gibt es gemäss Gutachterin keine Anhaltspunkte dafür, dass die Ressourcen des Beschwerdeführers (weiterhin) eingeschränkt sind. Nach der Reduktion des Alkoholkonsums konnte sie ein grundsätzlich intaktes Leistungsvermögen feststellen. Gemäss den zurzeit erhobenen Befunden waren die Durchhaltetätigkeit, die Fähigkeit sich an Regeln und Routinen anzupassen und

C-1117/2021 Seite 19 Aufgaben zu planen, die Flexibilität sowie die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen allenfalls nur leichtgradig beeinträchtigt. Nicht beeinträchtigt waren hingegen die Entscheidungsfähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit Spontanaktivitäten zu initiieren, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zur Selbstpflege und die Verkehrsfähigkeit. Leichte Beeinträchtigungen wurden einzig in der Gruppenfähigkeit festgestellt. Indessen stehen soziale Faktoren im Vordergrund der psychischen Problematik (schwere narzisstische Kränkung infolge Kündigung des Arbeitsverhältnisses). Im Zusammenhang mit dem Komplex «sozialer Kontext» ist gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers festzustellen, dass er zwar zurückgezogen lebt, jedoch nicht vereinsamt ist. Es bestehen vor allem soziale Kontakte zu seiner Partnerin, mit der er seit Jahren im gleichen Haushalt lebt. Während der Begutachtung sei die Stimmung des Beschwerdeführers ebenfalls nicht relevant depressiv gefärbt, sondern eher dysthym, gereizt und vorwurfsvoll gewesen. Die Schwingungsfähigkeit sei jedoch erhalten geblieben und er habe lächeln und lachen können. Im Rahmen der Konsistenzprüfung haben schliesslich weder die Gutachter noch die behandelnden Mediziner mangelnde Kooperation noch Aggravation der Symptome festgestellt. Die psychiatrische Fachärztin des RAD, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. Oktober 2020 (IV-act. 55) fest, dass dieses Gutachten auf umfassenden Untersuchungen beruhe und die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit plausibel begründet worden seien, insbesondere auch die divergierenden Einschätzungen gegenüber den Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters und der früheren Gutachterin. Sie hat sich somit der Einschätzung der Gutachterin Dr. med. N. \_\_\_\_\_, sowohl in medizinischer Hinsicht als auch bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, angeschlossen und empfahl daher, den IV-Entscheid auf das D. \_\_\_\_\_ Gutachten abzustützen. In einer gesamthaften Würdigung der massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 ist nach dem Dargelegten somit die Schlussfolgerung der Vorinstanz zu bestätigen, wonach ein invalidisierender Gesundheitsschaden zur Zeit der D. \_\_\_\_\_-Begutachtung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, bzw. der psychischen Problematik des Beschwerdeführers aus rechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann. Vor dem Hintergrund der unauffälligen Befunde wurde aus psychiatrischer Sicht die nachvollziehbare Schlussfolgerung gezogen, dass weder eine anhaltende depressive Episode noch eine Alkoholsucht

C-1117/2021 Seite 20 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schlüssig belegen. Was die Zeitspanne vor der D. \_\_\_\_\_-Begutachtung angeht, war gemäss Aussagen von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ die depressive Symptomatik jedoch durchaus mittelgradiger Ausprägung (IV-act. 54 S. 162). Somit ist auch angesichts der Einschätzungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sowie den nachgewiesenen Spitalaufenthalten aufgrund der Alkoholsucht/Depression für diesen Zeitraum von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

### **E. 10.5.3**

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass aufgrund seiner psychischen Einschränkungen seit August 2018 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, habe der behandelnde Psychiater Dr. med. H. \_\_\_\_\_ doch eine mittelgradige depressive Episode (mit Antriebsproblematik, Minderbelastbarkeit und Rückzugstendenz) diagnostiziert. Auch rügt er, dass diese Leiden nicht genügend beachtet worden seien und dass für die Anspruchsprüfung ohnehin nicht ausschliesslich auf das polydisziplinäre Gutachten vom 14. September 2020 abgestellt werden dürfe. Aufgrund der Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Einschätzung und jener des behandelnden Psychiaters sei ohnehin zumindest ein Obergutachten zu veranlassen gewesen. In diesem Zusammenhang ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es rechtsprechungsgemäss nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 8C\_461/2021 vom 3. März 2022 E. 4.1). Bei der Beweiswürdigung ist zudem zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis

C-1117/2021 Seite 21 vorgegangen ist (Urteil des BGer 8C\_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 4.2). In Bezug auf Einschätzungen von behandelnden Ärzten darf das Gericht zudem der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 8C\_910/2015 vom 19. Mai 2016 E. 3.2.2.4). Dies gilt sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt, die beide in einem besonderen Vertrauensverhältnis zu den Patienten stehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_301/2021 vom 23. Juni 2021 E. 5.2.2). Weiter ist festzuhalten, dass es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil 9C\_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1), und dass von einer Diagnose denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann (BGE 145 V 215 E. 6.1; 143 V 409 E. 4.2.1 und 418 E. 6). Im vorliegenden Fall hat die Gutachterin ihre Einschätzung in Kenntnis und

Auseinandersetzung mit der divergierenden Beurteilung des behandelnden Psychiaters und der früheren Gutachterin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vorgenommen. Insbesondere hat sie darauf hingewiesen, dass eine depressive Störung nicht mehr nachweisbar sei und in der Vergangenheit mehrfach soziale Belastungsfaktoren (insb. Konflikte am Arbeitsplatz) hervorgehoben worden seien, wobei die Kündigung des Arbeitsverhältnisses für den Versicherten eine schwere narzisstische Kränkung dargestellt habe, ohne dass diese Tatsache in den Beurteilungen von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ genügend berücksichtigt worden sei. Sie ging auch auf den Einwand des Behandlers ein, wonach die fehlende Besserung unter Einsetzung unterschiedlicher Antidepressiva auf den Schweregrad der depressiven Symptomatik zurückführen sei, indem sie festhielt, dass eine schwere narzisstische Kränkung eben gerade nicht einer reinen medikamentösen Therapie zugänglich sei. Ebenfalls hat die Gutachterin betont, dass keine organische Genese der depressiven Symptomatik habe gefunden werden können und dass die testpsychologische Untersuchung grundsätzlich durchschnittliche Ergebnisse hervorgebracht habe. Diese Einschätzung ist überzeugend und einleuchtend. Die abweichende diagnostische Beurteilung des behandelnden Arztes – sowie die zur Begründung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit genannten massiven Einschränkungen in Bezug auf

C-1117/2021 Seite 22 die Konzentrations-, Anpassungs- und soziale Interaktionsfähigkeit – vermögen diese nicht in Zweifel ziehen, scheinen sie sich doch hauptsächlich auf die vom behandelnden Psychiater offensichtlich nicht näher hinterfragten Angaben des Beschwerdeführers zu stützen. In diesem Zusammenhang muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und Selbstlimitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits oft unterstützt werden, nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Bezüglich des Gutachtens von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, hat die D. \_\_\_\_\_ Gutachterin ebenfalls schlüssig erklärt, dass der Versicherte – entgegen den Erwartungen der früheren Gutachterin – doch noch eine Veränderungsmotivation betreffend die Alkoholsucht aufgebracht habe, was sich durchaus positiv auf seine psychische Verfassung ausgewirkt habe. Folglich habe sich sein Gesundheitszustand verbessert und die Stimmungslage sei nicht mehr relevant depressiv gefärbt gewesen. Diesbezüglich hatte bereits Dr. med. I. \_\_\_\_\_ betont, dass die Einschränkungen prinzipiell als reversibel einzuschätzen seien, wobei die weitere Entwicklung in erster Linie vom Verlauf der Suchterkrankung abhängig sein würde. Im Licht dieser Umstände vermag weder die Einschätzung des behandelnden Psychiaters noch die Einschätzung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ jene von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Auch der nach Erstellung des Gutachtens vorgelegte Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2020 vermag die Beweiskraft der Expertenaussagen nicht in Frage zu stellen, zumal in diesem weder neue Untersuchungen durchgeführt, noch neue bislang unbekannte Aspekte benannt wurden (IV-act. 72). Aus den Berichten des behandelnden Psychiaters ergeben sich damit keine Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Insbesondere kann angesichts des detaillierten und vollständigen psychiatrischen Teilgutachtens dem Beschwerdeführer auch nicht gefolgt werden, wenn er behauptet, seine psychischen Einschränkungen seien vollkommen ausser Acht gelassen worden.

## **E. 10.6**

Zusammenfassend fehlen konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der D.\_\_\_\_\_ -Expertise vom 14. September 2020 sprechen. Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Ergebnisse zu erwarten, sodass es mit den von der Vorinstanz getätigten Abklärungen sein Bewenden hat und der eventualiter beantragten erneuten Begutachtung (BGE 122 V 157 E. 1d) nicht zu entsprechen ist. Daher steht gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten und die Einschätzung des RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer – spätestens seit der Konsensbesprechung vom 14. September 2020 – die Ausübung der letzten sowie einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule) wieder im Umfang von 100% zumutbar ist. Vorher gilt der Versicherte – mangels anderer medizinischer Einschätzung – hingegen als 100% arbeitsunfähig, insbesondere angesichts der früheren Suchtproblematik und der daraus resultierenden schlechten psychischen Verfassung (s. E. 10.5.2). Vor diesem Hintergrund ist nachfolgend der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers zu bestimmen.

### **E. 11.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten wie dem Beschwerdeführer ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

### **E. 11.2**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). Vorliegend ist von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 22. August 2018 auszugehen. Der früheste

C-1117/2021 Seite 24 mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartezahres und der Anmeldung im Januar 2019 in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG auf den 1. August 2019 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin wäre ein Einkommensvergleich durchzuführen. Da der Versicherte jedoch in jeder Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig war, ist in Vereinfachung direkt von einem ganzen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auszugehen.

### **E. 11.3**

Ab 14. September 2020 ist der Versicherte hingegen in der bisherigen Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig. Daraus ergibt sich, dass er keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse mehr erleidet und somit kein Anrecht auf eine Rente mehr besteht (s. Einkommensvergleich sub IV-act. 56, wobei in Fällen, in denen beide Vergleichseinkommen aufgrund des gleichen massgebenden Jahreslohnes berechnet werden, auch rechnerische Vereinfachungen angewendet werden dürfen [s. Urteil des BGer 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3]).

### **E. 12.1**

Nach dem Gesagten ist dem Beschwerdeführer angesichts seiner 100%igen Arbeitsunfähigkeit und in Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV in teilweiser Gutheissung der Beschwerde befristet vom 1. August 2019 bis am 31. Dezember 2020 eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zuzusprechen. Die nachzuzahlende Rente ist – da der Beschwerdeführer seinen Mitwirkungspflichten nachgekommen ist – nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen.

### **E. 12.2**

Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Seit dem 14. September 2020 ist der Beschwerdeführer in der angestammten und in angepasster Tätigkeit als 100% arbeitsfähig zu qualifizieren, und er hat somit ab 1. Januar 2021 keinen Anspruch mehr auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung.

### **E. 12.3**

Angesichts der medizinischen Berichte, die der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 eingereicht hat (BVGer-act. 15), ist das Eintreten einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands in einem Zeitpunkt nach der angefochtenen Verfügung möglich. Folglich wird die An Gelegenheit zur erneuten Prüfung im Sinne eines Revisionsgesuchs an die Vorinstanz zurückgewiesen (s. E. 6.14).

C-1117/2021 Seite 25

### **E. 13.1**

Das Beschwerdeverfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt. Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist von einem hälftigen Unterliegen des Beschwerdeführers auszugehen (vgl. Urteil des BVGer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.1). Die auf CHF 800.– festzusetzenden Verfahrenskosten sind dem teilweise unterliegenden Beschwerdeführer im Umfang von CHF 400.– aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 800.– ist zur Bezahlung des Anteils des Beschwerdeführers an den Verfahrenskosten zu verwenden. Der Restbetrag von CHF 400.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 13.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und

verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Im vorliegenden Fall geht es um die erstmalige Prüfung eines Rentenanspruchs. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Gewährung einer fortdauernden (unbefristeten) Rente wird zwar abgelehnt, doch wird ihm – anders als in der angefochtenen Verfügung – eine ganze befristete Rente für einen Zeitraum von 14 Monaten zugesprochen. Das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf Gewährung einer unbefristeten Rente hat den Prozessaufwand nicht derart beeinflusst, dass die «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigen würde. In der vorliegenden Konstellation betrifft die zeitliche Dimension des Rentenanspruchs das Quantitativ, sodass von einem Obsiegen im Grundsatz und einem lediglich im Masslichen teilweisen Unterliegen des Beschwerdeführers auszugehen ist. Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine volle Parteientschädigung (vgl. Urteil des BGer 9C\_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2; Urteil des BVerfG C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.2.4). Der Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung

C-1117/2021 Seite 26 der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von pauschal CHF 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis und C-7490/2016 vom 23. Mai 2017 S. 5]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

C-1117/2021 Seite 27

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