

# **BVGer C-1319/2022 vom 21. Februar 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1319\\_2022\\_d20220221](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1319_2022_d20220221)

FR: TAF C-1319/2022 du 21 février 2022

IT: TAF C-1319/2022 del 21 febbraio 2022

## **Regeste**

Rentenanspruch | IV, Neuanmeldung; Verfügung der IVSTA vom 21. Februar 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Der Beschwerdeführer, der eine rechtsgültige Vollmacht zur Beschwerdeführung an Rechtsanwältin Michèle Wehrli Roth erteilt hat, 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 des Bundesgesetzes vom

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, unter Vorbehalt der Absätze 2 und 2bis die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Bei Grenzgängern ist 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 der Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle bei der B. \_\_\_\_\_ AG in (...) im Kanton C. \_\_\_\_\_. Zudem wohnt er im benachbarten Grenzgebiet ([...], Bundesland [...] in Deutschland) und hat sich somit zu Recht (erneut) bei der IV-Stelle des Kantons C. \_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug angemeldet. Die Prüfung des Leistungsgesuch durch die SVA C. \_\_\_\_\_ und der Erlass der Verfügung durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft

getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3).

### **E. 3.2**

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

### **E. 3.3**

Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

### **E. 3.4**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

#### **E. 3.5.1**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1).

#### **E. 3.5.2**

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten.

### **E. 3.5.3**

Liegt die - im Rahmen einer Rentenrevision oder einer rückwirkend abgestuft zugesprochenen Rente (vgl. zu letzterem nachfolgend E. 4.5) - massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden - entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) - die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung Anwendung. Liegt die massgebende Änderung nach dem 31. Dezember 2021, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] Rz. 9102). Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (SR 831.201; vgl. Urteil des BGer 8C\_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 2.2).

### **E. 3.5.4**

Vorliegend hat die IVSTA einen Rentenanspruch vom 1. August 2019 bis zum 31. März 2020 bejaht und ist - in Beachtung von Art. 88a IVV von einer rentenrelevanten Änderung des Gesundheitszustandes per 1. Januar 2020 ausgegangen. Für die Beurteilung des hier befristet zugesprochenen Rentenanspruchs kommen deshalb die oben genannten altrechtlichen Bestimmungen zur Anwendung.

### **E. 3.6**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. Februar 2022) 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). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

### **E. 4.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. SVA C-act. 48), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Invalidität vorliegt.

### **E. 4.2**

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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 4.3**

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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht zudem vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Dies gilt auch im Fall einer Neuanschuldung (vgl. Urteil des BVGer C-2694/2017 vom 7. Juni 2021 E. 7.3 mit Hinweis auf BGE 142 V 547 E. 3). Aufgrund der Neuanschuldung vom 25. Februar 2019 (Posteingang bei der SVA C.\_\_\_\_\_; vgl. dazu oben Bst. C.a), können im vorliegenden Fall allfällige Leistungsansprüche gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. August 2019 entstehen.

#### **E. 4.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Betrag der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch - wie hier - nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

#### **E. 4.5**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 E. 1b m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach

Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C\_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2).

#### **E. 4.6**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

##### **E. 4.6.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

##### **E. 4.6.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte

behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungs-interner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

#### **E. 4.6.3**

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision beziehungsweise Neuanschuldung erstellten Gutachtens - wie im vorliegenden Fall - hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema, nämlich die erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts, bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.).

#### **E. 4.7**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein

damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

#### **E. 4.8**

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

#### **E. 4.9**

Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C\_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 m.H.; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C\_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 25. Februar 2019 eingetreten und hat dem Beschwerdeführer mit angefochtener Verfügung vom 21. Februar 2022 eine vom 1. August 2019 bis 31. März 2020 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen; für den Zeitraum davor und danach verneinte sie einen Rentenanspruch. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des

Bundesverwaltungsgerichts C-174/2021, C-4890/2021 vom 31. August 2023 E. 5).  
Nachfolgend bleibt in Anwendung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. oben E. 4.5) in einem ersten Schritt zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem 3. Juni 2015 (Zeitpunkt der rechtskräftigen Ablehnung des ersten Leistungsbegehrens [SVA C-act. 40]) und der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2022 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist.

### **E. 5.2**

Zur Abweisung des ersten Leistungsbegehrens stützte sich die SVA C.\_\_\_\_\_ auf zwei Stellungnahmen des RAD Mittelland vom 11. März 2014 und 16. März 2015. Mit Stellungnahme vom 11. März 2014 hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ als «vorläufige (und einzige) Diagnose» eine Schmerzstörung bei psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Status nach zweimaligem Bandscheibenvorfall, Operation am 2/2013 und 5/2013 (aktuell noch lumbale Restbeschwerden mit Ausstrahlung ins Gesäss, links mehr als rechts), Status nach stationärem Entzug von Schmerzmitteln bei übermässigem Schmerzmittelkonsum 2005, Status nach dreimaliger Knie-Arthroskopie bei unklaren Kniebeschwerden seit 1992, Status nach Beinvenenthrombosen mit aktueller Antikoagulation, Status nach angebrochenem Halswirbel 1984 (weiss nicht mehr welcher) sowie zeitweiser depressiver Stimmungslage (aktuell keine depressive Episode von invalidisierendem Ausmass objektivierbar) fest (SVA C-act. 23). Unter Verweis auf die zuvor genannten Diagnosen führte die Ärztin in ihrer Beurteilung vom 16. März 2015 aus, der Beschwerdeführer leide weiterhin unter einem ausgeprägten Schmerzsyndrom mit Schmerzverarbeitungsstörung. Aufgrund der vorliegenden Arztberichte könne nicht von einem schwerwiegenden somatischen Leiden ausgegangen werden. Eine beginnende Osteoporose in der Lendenwirbelsäule (LWS) ermögliche keine mittelschweren bis schweren körperlichen Belastungen mehr. Die aktuelle Tätigkeit sei als wechselbelastend leicht (Gewichte hantieren bis max. 10 kg) zu bewerten und somit - auch nach Ansicht des Beschwerdeführers - als behinderungsangepasst zu bewerten. Aufgrund der Schmerzen habe er sein Arbeitspensum lange Zeit nicht gesteigert. Erst nach Androhung der Kündigung durch den langjährigen Arbeitgeber B.\_\_\_\_\_ sei eine Steigerung des Pensums erfolgt und arbeite der Beschwerdeführer nun seit dem 1. September 2014 zu 75 %, seit 1. November 2014 in einem Pensum von 80 %. Leider habe er die ihm empfohlene psychologische Schmerztherapie nicht begonnen. Stattdessen habe er die Schmerzmittel erneut stark gesteigert, ohne dass er dadurch eine Verbesserung der Schmerzen erlebe. Insbesondere der sehr hohe Konsum eines Opioid-Analgetikums (ohne Vorliegen einer malignen Erkrankung) habe leider erneut zu einem ausgeprägten Suchtverhalten geführt. Diese Folge des Opioidkonsums sei insbesondere bei somatoform geprägten Schmerzen heute gut bekannt. Weder durch die nach wie vor mässig behandelte Schmerzverarbeitungsstörung (nach wie vor keine psychologisch ausgerichtete multimodale Schmerztherapie, ebenfalls keine ausreichende schmerzdistanzierenden «AD», keine Bewältigungsstrategien im Umgang, Entspannungsverfahren usw.) noch durch ein erneut ausgeprägtes Suchtgeschehen sei ein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Ergänzend führte die Ärztin aus, die festgestellte Osteoporose sei aktuell symptomlos (keine Frakturen gegeben), werde behandelt und sei ebenfalls nicht IV-relevant (SVA C-act. 36).

### **E. 5.3**

Für den Zeitraum ab Abweisung des ersten Leistungsbegehrens (3. Juni 2015) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung (21. Februar 2022) sind den Akten zahlreiche medizinische Berichte zu entnehmen (nachfolgend werden die zentralen Facharztberichte [E. 5.3.1] und Hausarztberichte [E. 5.3.2] zusammenfassend wiedergegeben).

### **E. 5.3.1**

Dr. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, (...), diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6. August 2015 ein schweres postthrombotisches Syndrom am linken Unterschenkel. Eine dauerhafte Kompressionsbestumpfung Klasse II mindestens bis Kniehöhe sei erforderlich (SVA C-act. 59.1 S. 36). Dr. F.\_\_\_\_\_, des orthopädischen Zentrums in (...) nannte in seinem Bericht vom 24. August 2015 eine Blockade des Brustwirbelkörpers Th9, die chirotherapeutisch und medikamentös behandelt wurde (SVA C-act. 59.1 S. 35). In einer Kernspintomographie vom 5. Juli 2018 wurde dem Beschwerdeführer ein foramen-naher, subligamentärer Prolaps (Ausstülpung) der Halswirbelkörper C5/6 links attestiert; eine Spinal-/Foraminalstenose wurde ausgeschlossen (SVA C-act. 59.1 S. 30). Die Ärztinnen Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_ der Ambulanten Inneren Medizin des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2018 gestützt auf eine klinische Untersuchung einen Kniegelenkserguss rechts ohne Druckdolenz sowie eine Rötung und Überwärmung des Knies fest und bewerteten die Symptomatik in Zusammenschau der Befunde als Oligoarthritis (Gelenksentzündung in weniger als fünf Gelenken), als Folge einer möglichen rheumatologischen Grunderkrankung (SVA C-act. 59.1 S. 25). Dr. J.\_\_\_\_\_, Ärztin der Rheumatologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_, hielt nach zweimaliger Untersuchung und Behandlung in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2018 als Ursache eine seronegative Polyarthritis an beiden Hüftgelenken, an beiden Schultergelenken sowie am rechten Knie fest. Eine Behandlung mit Prednison während 14 Tagen ergab einen deutlich gebesserten, aber noch nicht beschwerdefreien Zustand; mit einer Basistherapie mit Methotrexat wurde begonnen (SVA C-act. 59.1 S. 20). In ihrem Bericht vom 6. Dezember 2018 hielten die Dres. K.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_, Ärzte der Pneumologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_, eine Methotrexat-induzierte Pneumopathie, sich bessernd nach Verschreiben einer antimykotischen Mundspüllösung, sowie ein mindestens mittelschweres Schlafapnoesyndrom fest (SVA C-act. 59.1 S. 16); die mittelschwere Schlafapnoe wurde mit Bodysonographie vom 15. April 2019 bestätigt (SVA C-act. 108.1 S. 11). Dr. F.\_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) führte mit Bericht vom 26. März 2019 aus, der Patient stelle sich zur regulären Verlaufskontrolle bei nachgewiesener verminderter Knochendichte vor, und stellte die Diagnosen Osteopenie sowie bekannte seronegative Polyarthritis. In der Zwischenzeit sei kein akuter Schmerzschub oder Verdacht auf eine Fraktur an der LWS oder Hüfte aufgetreten. Der Patient sei sowohl in (...) als auch in (...) in endokrinologischer/rheumatologischer Behandlung. Eine weitere Kontrolle der Knochendichte sei in den nächsten Jahren erforderlich (SVA C-act. 59.1 S. 15). Mit Untersuchungsbericht vom 29. April 2019 hielten die Dres. M.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ der Pneumologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ fest, dass der Patient über eine vollständige Regredienz der pulmonalen Beschwerden berichte. Auch lungenfunktionell zeige sich ein stabiler Verlauf mit hochnormalen statischen und dynamischen Lungenvolumina (SVA C-act. 59.1 S. 12). Die Dres. Prof. O.\_\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_\_ der Rheumatologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 6. Mai 2019 aus, beim Patienten bestehe eine Polyarthritis unklarer Ätiologie der kleinen, mittelgrossen und grossen Gelenke. Es persistierten vor allem belastungsinduzierte Schulterschmerzen linksbetont mit Druckdolenz über dem linken

Schultergelenk, zudem imponiere eine Druckdolenz über beiden Ellenbogengelenken sowie dem rechten Grosszehengrundgelenk. Eine mögliche Restaktivität der Polyarthritits bei weiterhin normwertigen Entzündungsparametern könne nicht ausgeschlossen werden. Dennoch sei aus ihrer Sicht im Hinblick auf die bestehende Depression und die angespannte psychosoziale Gesamtkonstellation eine mögliche funktionelle Komponente bei fehlender objektivierbarer Gelenkschwellung und aktuell fehlender Morgensteifigkeit nicht ausgeschlossen (SVA C-act. 59.1 S. 8). Am 25. Juli 2019 erfolgte die Operation einer Epicondylitis humero radialis am Ellbogen links (SVA C-act. 59.1 S. 7). Die Dres. Q.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ der Abteilung Pneumologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem Arztbericht vom 20. Dezember 2019 - gestützt auf eine Bodyplethysmographie/Spirografie vom 11. Dezember 2019 - fest, Lungen-funktionell zeige sich in der aktuellen Kontrolle weiterhin eine sehr diskrete obstruktive Ventilationsstörung mit einer vollständigen Reversibilität nach Bronchospasmolyse (medikamentöse Relaxation der verkrampften Bronchialmuskulatur). Aufgrund der ausgeprägten Tagesmüdigkeit sei der Patient nun bereit, eine CPAP-Therapie zu beginnen (SVA C-act. 91 S. 4). In ihrem Arztbericht vom 11. März 2020 hielt Dr. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, (...), fest, es liege im Wesentlichen ein unveränderter Befund zu 2015 mit deutlichen postthrombotischen Veränderungen im linken Bein vor, die eine konsequente Kompressionsbestumpfung Klasse II mindestens bis Kniehöhe erforderten (SVA C-act. 69 S. 1). In ihrem Bericht vom 28. Mai 2020 führten Prof. Dr. O.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_ der Rheumatologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ aus, in der Gesamtsituation zeige sich bezüglich der undifferenzierten Oligoarthritis ein weiterhin in Remission befindlicher Patient. Retrospektiv habe sich auch in den letzten Jahren ein guter Verlauf gezeigt, sodass mit dem Patienten entschieden worden sei, die Therapie mit Methotrexat zu sistieren (SVA C-act. 90 S. 2). In ihrem Entlassbericht vom 16. Juli 2020 hielten die Behandler Dr. S.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychologie & Psychotherapie), Dr. T.\_\_\_\_\_ (Psychosomatische Medizin & Psychotherapie), Dr. U.\_\_\_\_\_ (Psychologische Psychotherapeutin), V.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeinmedizin, Suchtmedizin & Phlebologie) sowie W.\_\_\_\_\_ (Dipl. Psychologin) aufgrund eines stationären Aufenthaltes in X.\_\_\_\_\_, Fachklinik (...), (...), vom 24. Februar bis 16. Mai 2020 folgende Diagnosen fest: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (F33.2), generalisierte Angststörung (F41.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge (Z73). Sie führten aus, die Testdiagnostik und der klinische Eindruck erlaubten die Einstufung einer rezidivierend auftretenden Depression als schwergradig. Daneben bestehe eine seit vielen Jahren subklinisch vorherrschende, jetzt voll ausgeprägte generalisierte Angststörung mit Ängsten um die eigene Sicherheit und die der Familienmitglieder (u.a. bezogen auf Verkehrsunfälle, Erkrankungen, Überfälle), welche nach Verlust des Arbeitsplatzes erschwert würden durch berechnete finanzielle Ängste. Darüber hinaus liessen sich Ängste und Unsicherheit in sozialen Interaktionssituationen identifizieren. Daneben hätten beim Patienten selbstunsichere-vermeidende Persönlichkeitszüge seit frühem Jugendalter diagnostiziert werden können, welche das Fundament für die Entwicklung der vielen Ängste des Patienten im Rahmen der depressiven Entwicklung darstellten. Daneben sei beim Patienten das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bekannt. Der geplante Tilidin-Entzug habe unter passagerer neuroleptischer Therapie mit Quetiapin komplikationslos durchgeführt werden können. Die vorbestehenden kognitiven

Einschränkungen hätten sich während des stationären Aufenthaltes nicht gebessert gezeigt. Bezüglich der bestehenden depressiven Episode habe bezüglich des Antriebs und der Stimmung bisher leider keine relevante Besserung erreicht werden können (SVA C-act. 82 S. 2). Am 24. August 2020 attestierte Dr. Y. \_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) dem Beschwerdeführer an den Ellbogen eine Bursitis Olecrani links sowie eine beginnende Epicondylitis humero radialis rechts (SVA C-act. 99 S. 2). In seinem Bericht vom 18. September 2020 diagnostizierte Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, (...), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine generalisierte Angststörung (F41.1), eine chronische Schmerzstörung, eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (02/2020), und fachfremd eine seronegative Polyarthrititis seit Oktober 2018, einen Zustand nach Bandscheiben-Operation der LWS im Februar 2019, einen Zustand nach Knie-Operation im August 2019 sowie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) seit September 2018. Die Prognosen erachtete er als günstig (SVA C-act. 92).

### **E. 5.3.2**

Der Hausarzt, Dr. AA. \_\_\_\_\_, (...), nannte in seinem (kurz nach der Zweitanmeldung) am 2. März 2019 ausgestellten Arztbericht 13 Diagnosen und führte zur Behandlungssituation aus, er verweise auf die aktuellen Befunde der Universität I. \_\_\_\_\_. Der Patient sei regelmässig, mindestens einmal im Monat, in seiner Behandlung. Die Gabe von Cannabis werde in Absprache mit Dr. BB. \_\_\_\_\_, Facharzt für Schmerztherapie, vom Hausarzt befürwortet. Diese diene der Reduktion des massiven Analgetikagebrauchs, der Reduktion oder des Sistierens von Saroten, Stillnox, Tavor, und der Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Der Patient sei zurzeit arbeitsunfähig, in seiner bisherigen Tätigkeit wie auch in einer «anderen möglichen» Tätigkeit; die Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend durch die erst kürzlich diagnostizierte Polyarthrititis bedingt. Nichtmedizinische Probleme beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit nicht (SVA C-act. 78.1 S. 1 f.). Mit späterem Bericht vom 27. Januar 2022 führte er - unter vorausgehender Nennung von 15 Diagnosen - aus, der Patient sei seit Juli 2010 bei ihm in Mitbehandlung, benötige eine Kompressionstherapie der Klasse II dauerhaft, mindestens bis Kniehöhe, sowie intensive physikalische Massnahmen. Die Gabe von Cannabis werde in Absprache mit Dr. BB. \_\_\_\_\_, Facharzt für Schmerztherapie, durchgeführt. Zu sistieren sei der hohe Analgetikagebrauch. Der Patient sei weiterhin arbeitsunfähig (SVA C-act. 125 S. 6).

### **E. 5.4.1**

Zur Beurteilung der Verlaufssituation seit der Abweisung des Rentenbegehrens bis zur angefochtenen Verfügung, zur Würdigung der zahlreichen Behandlungsberichte und gestützt auf eine Empfehlung von Dr. CC. \_\_\_\_\_ des RAD Mittelland vom 29. Januar 2021 (SVA C-act. 94) veranlasste die Vorinstanz bei der PMEDA das polydisziplinäre Gutachten vom 17. August 2021. Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob dieses die formellen und materiellen Anforderungen an das Beweismass von Verwaltungsgutachten (vgl. oben E. 4.6) erfüllt. Dabei ist die neueste Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Gutachten der vorgenannten Gutachterstelle zu berücksichtigen.

### **E. 5.4.2**

Mit Urteil 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 hielt das Bundesgericht zur Beweiskraft von durch die PMEDA erstellte Gutachten fest, dass dem Umstand Rechnung zu tragen sei, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung

der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet habe. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der PMEDA zu würdigen seien, rechtfertige es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen. In solchen Fällen genügte bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen (E. 2.3).

#### **E. 5.4.3**

In einem weiteren Urteil 9C\_776/2023 vom 11. Juli 2024 erläuterte es die im vorgenannten Urteil entwickelte Rechtsprechung wie folgt: Es sei richtig dargelegt worden, dass die Gutachterstelle PMEDA für polydisziplinäre Begutachtungen nicht mehr berücksichtigt werden dürfe. Bei der Beurteilung von bereits erstellten PMEDA-Gutachten genügte schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen aus, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen. Dies führe jedoch nicht dazu, dass rechtskräftig entschiedene Verfahren alleine aufgrund der Tatsache, dass die Verwaltung oder das Gericht einen Rentenentscheid gestützt auf ein PMEDA-Gutachten gefällt habe, wieder aufzurollen wären. Die Qualitätsanalyse der EKQMB, auf der ihre Empfehlung vom 4. Oktober 2023 respektive die gleichentags ergangene Medienmitteilung des BSV fusse, befasse sich in erster Linie mit Stichproben von Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023, insbesondere der Kompatibilität der entsprechenden Expertisen mit den im damaligen Zeitpunkt gültigen rechtlichen Leitlinien und Standards in Bezug auf eine fachgerechte Gutachtenserstellung. Seit dem 1. Januar 2022 würden hierfür neue, präziserte Vorgaben (Anforderungs- und Qualitätskriterien) gelten, welche ihren Niederschlag namentlich in Art. 7j ff. ATSV, Art. 57 Abs. 1 Bst. n IVG, Art. 41b IVV und Ziff. 3048 ff. samt Anhängen III, IV und V des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, Stand gültig ab 1. Januar 2022; vgl. auch Urteil 9C\_389/2022 vom 3. Mai 2023 E. 5.2.2, in: SVR 2023 IV Nr. 49 S. 166) gefunden hätten. Die Recherche der Kommission basiere auf Grundlagen, wie sie sich nach dem 1. Januar 2022 dargestellt hätten. Die Medienmitteilung des BSV und die dieser zugrunde liegende Empfehlung der EKQMB vom 4. Oktober 2023 würden somit weder in sachverhältnismässiger Hinsicht noch mit Blick auf das rechtliche Instrumentarium Gegebenheiten beschlagen, die das vorliegende Verfahren betreffen (PMEDA-Gutachten vom 1. Oktober 2014, Verfügung der IV-Stelle vom 22. Februar 2016, vorinstanzliches Urteil vom 25. September 2017; vgl. dazu Urteil 9F\_18/2023 vom 19. Juni 2024 E. 5.4 [zur Publikation vorgesehen]).

#### **E. 5.4.4**

Im jüngsten dazu publizierten Urteil 8C\_118/2024 vom 12. Dezember 2024 führte das Bundesgericht wiederum und mit Hinweis auf das erstgenannte Urteil 8C\_122/2023 aus, bei der Würdigung von durch die PMEDA erstellten Gutachten sei rechtsprechungsgemäss dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der EKQMB die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet habe. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der PMEDA zu würdigen seien, rechtfertige es sich daher, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen. Es

genügte in solchen Fällen mithin - wie bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen - bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen. Dies führe jedoch nicht dazu, dass die Vorinstanz grundsätzlich nicht auf das bereits eingeholte PMEDA-Gutachten vom 10. März 2022 hätte abstellen dürfen (E. 5.2).

#### **E. 5.4.5**

Vorliegend stammt das von der PMEDA erstellte Gutachten vom 17. August 2021 und liegt damit (zwar zeitlich geringfügig, aber tatsächlich) ausserhalb der vom Bundesgericht genannten, seit 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen. Ungeachtet dessen sind vorliegend aber die bundesgerichtlichen Vorbehalte zur Beweiskraft von PMEDA-Gutachten zu beachten und nachfolgend zu prüfen (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_719/2023 vom 6. August 2024 E. 4.2.1 betreffend ein PMEDA-Gutachten vom 4. Februar 2021).

#### **E. 5.5.1**

Das polydisziplinäre Verlaufsgutachten vom 17. August 2021, das sich je auf eine Teilbegutachtung in den Fachdisziplinen Innere Medizin (Dr. DD.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 8. Mai 2021 während 1 ½ Stunden, S. 32 ff.), Pneumologie (Dr. EE.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 31. Mai 2021 während 2 ¾ Stunden, S. 62 ff.), Rheumatologie (Dr. FF.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 21. Juni 2021 während 1 ½ Stunden, S. 88 ff.), Psychiatrie (Dr. GG.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 8. Mai 2021 während 1 ½ Stunden, S. 117 ff.) und eine interdisziplinäre Konsensbeurteilung (S. 5-17) abstützt, nennt einleitend die zu den Akten genommenen Berichte (S. 19-31), enthält je eine persönliche und berufliche Anamnese (S. 36-50, S. 66-78, S. 92-107, S. 121-136), eine Befunderhebung je Fachgebiet (S. 50-52, S. 79-81, S. 107-110, S. 136-138), die Nennung der fachspezifischen Diagnosen (S. 53, S. 81-82, S. 110, S. 139-142), eine ausführliche Herleitung und Diskussion der Diagnosen sowie eine medizinische und versicherungstechnische Beurteilung derselben (S. 53-56, S. 83-84, S. 111, S. 142 f.), eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (S. 56 f., S. 84 f., S. 112, S. 143 f.) sowie eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und in angepasster Tätigkeit (S. 57-60, S. 85-87, S. 112-114, S. 144-147). Das Gutachten erfüllt daher aus formeller Sicht die Anforderungen an ein vollständiges Gutachten (vgl. oben E. 4.6).

#### **E. 5.5.2**

In materieller Hinsicht ist den Teilgutachten und der Konsensbesprechung in interdisziplinärer Würdigung Folgendes zu entnehmen:

##### **E. 5.5.2.1**

In der Anamnese hielten die Gutachter folgende gesundheitliche Ereignisse fest: Im Jahr 1984 habe der Beschwerdeführer bei einem Töffliunfall eine Beckenfraktur und 1985 nach einem Sprung in untiefes Wasser eine Halswirbelsäulenfraktur erlitten sowie im Jahr 1987 bei einem Arbeitsunfall den vierten Finger der rechten Hand verloren. Weitere Operationen und folgenreiche Unfälle verneine er. Im Jahr 1994 habe er eine Unterschenkelvenenthrombose im rechten Bein sowie im Jahr 2005 eine tiefe Beinvenenthrombose im linken Bein und eine Lungenembolie gehabt. Seit dem Jahr 2013 bestünden psychische Beschwerden mit Ängsten, im Jahr 2018 sei eine seronegative

Polyarthritits diagnostiziert worden. Die Kniegelenke seien viermal und die lumbale Wirbelsäule zweimal operiert worden, daneben sei eine Leistenhernie operiert worden sowie eine Tonsillektomie und die Amputation des 4. Fingers erfolgt.

#### **E. 5.5.2.2**

Die hiesigen Befunde zeigten vorrangig einen Status nach zweimaligen lumbalen spinalen Eingriffen mit entsprechend eingeschränkter lumbaler Belastbarkeit. Psychiatrisch liegt eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Aus den Befunden würden sich keine pulmonalen oder psychiatrischen Störungen ergeben, die gegen eine Arbeitstätigkeit zumindest in angepasster Tätigkeit sprechen. Auch erscheine die rheumatische Erkrankung suffizient kontrolliert.

#### **E. 5.5.2.3**

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD10: M47.86), bei Anterolisthesis LWK 4/5 (Meyering Grad I) mit breitbasiger Diskusprotrusion und Kompression der rechten L4-Wurzel extraforaminal und Kontakt zur linken L4-Wurzel extraforaminal, bei Zustand nach zweimaliger Bandscheiben-Operation L4/L5 (Februar 2013 und 28. Mai 2013). 2. Breitbasige Diskusprotrusion HWK 5/6 mit leichtgradiger Spinalkanalstenose ohne neurale Kompression (ICD10: M50.2); 3. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (ohne dauerhafte Auswirkung in der letzten oder einer angepassten Tätigkeit) seien zu nennen: Präadipositas, Refluxkrankheit, Cannabis-Konsum, interstitielle Lungenerkrankung unklarer Ätiologie, Status nach mittelschwerer kombinierter obstruktiver und zentraler Schlafapnoe, rezidivierende venöse thromboembolische Ereignisse, seronegative Polyarthritits (ED 10/2018, ES 06/2018; ICD10: M06.00, aktuell in Remission unter Therapie mit Adalimumab [Humira], assoziierte interstitielle Lungenerkrankung), Osteoporose (ED 2011, ICD10: M81.80) bei Bisphosphonate ab 04/2014, Testosterontherapie ab 08/2014, Knick-Senkfuß links > rechts (ICD10: M21.61).

#### **E. 5.5.2.4**

Zur Beurteilung der Diagnosen und ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter in ihrem jeweiligen Fachgebiet Folgendes fest: Im internistischen Teilgutachten führte Dr. DD. \_\_\_\_\_ aus, der hiesige internistische Befund zeige - bei Präadipositas - die kardiale und pulmonale Befunderhebung in Ruhe, bei forcierter Atmung und nach der Belastung wie auch den arteriellen Gefäßstatus unauffällig. Die Blutdruckmessungen würden normotone Werte ergeben. Das abgeleitete EKG zeige einen unauffälligen Stromkurvenverlauf. Die Unterschenkelvenenthrombose im Jahr 1994 im rechten Bein und die tiefe Beinvenenthrombose im linken Bein und die Lungenembolie im Jahr 2005 bedingten insofern klinisch keine Einschränkungen mehr und seien zudem ex praxi (aus der Praxis heraus) der zuletzt langjährig durchgeführten Arbeitstätigkeit im angestammten Bereich ersichtlich internistisch als gut kompensiert zu bewerten. Nach einem Belastungstest durch Treppensteigen über zwei Etagen mit Mund-Nase-Schutz habe der Explorand zudem keine Beschwerden angegeben. Die abdominelle Befunderhebung zeige adipöse Bauchdecken, epigastrisch sei bei tiefer Oberbauchpalpation ein Druckschmerz reklamiert worden, die übrige abdominelle Befunderhebung sei unauffällig gewesen. Eine Gastroskopie im Jahr 2020 sei ohne pathologisches Ergebnis erfolgt. Internistisch empfehle sich insofern hausärztlich die Dosis der laufenden Therapie mittels

Protonenpumpeninhibition beschwerdeadaptiert anzupassen, bei Persistenz der Beschwerden könnte eine Kontrollgastroskopie erwogen werden. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien hieraus aktuell nicht abzuleiten. Anamnestisch sei eine verminderte Sensibilität der Oberschenkel reklamiert worden. Während der neurologischen Befunderhebung im Rahmen der internistischen Untersuchung sei an den Oberschenkeln bei der Sensibilitätsprüfung jedoch kein Defizit mehr angegeben worden. Der Explorand sei während der internistischen Untersuchung stets attent, aufmerksam, freundlich und kooperativ gewesen. Internistisch empfehle sich, eine Gewichtsreduktion unter Aufnahme eines körperlichen Ausdauertrainings anzustreben. Die Labordiagnostik zeige eine Leukozytose, die unspezifisch als Entzündungsparameter auf einen abgelaufenen Entzündungsprozess hindeuten könne, bei zugleich unauffälligem CRP-Wert erscheine eine allfällige hausärztliche Laborkontrolle ausreichend. Die Medikamentenspiegel für Pregabalin, Diclofenac und Pipamperon seien unterhalb der Referenzbereiche gelegen, was für eine nicht oder nicht regelmässig erfolgende Medikamenteneinnahme und hinsichtlich der Schmerzmedikamente Pregabalin und Diclofenac für einen eher geringen Schmerzmittelbedarf und somit für ein eher geringes Schmerzniveau spreche. Im Substanzenscreening seien Kokain, Benzodiazepine und Ecstasy qualitativ negativ und quantitativ nachweisbar (mögliche Kreuzpositivität) sowie Cannabinoide qualitativ positiv und quantitativ nachweisbar, was den berichteten Cannabiskonsum bestätige. Zu Ressourcen und Belastungen hielt er fest, dass die berichtete Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, sein Hobby Angeln zu pflegen, zweimal wöchentlich 20 Minuten spazieren zu gehen, mit seinem Auto mit Schaltgetriebe Strecken bis zu einer Stunde zu fahren und im März 2018 mit dem Flugzeug nach Dubai zu reisen und eine einwöchige Kreuzfahrt zu unternehmen, gute Sozialkontakte zu pflegen und sich am Computer zu beschäftigen, neben der mit Mund-Nase-Schutz zügig und beschwerdefrei absolvierten Belastungsphase durch Treppensteigen über zwei Etagen, für erhaltene Ressourcen sprechen würden. Im allgemeininternistischen Fachgebiet ergäben sich aufgrund der Aktdaten, der Anamnese und der Befunderhebung somit keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingen. Im pneumologischen Teilgutachten hielt Dr. EE.\_\_\_\_\_ fest, dass die Lungenembolie mittlerweile vor circa 16 Jahren geschehen sei. Diese sei nie ein Grund für eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit gewesen, der Explorand sei nachfolgend normal leistungsfähig gewesen. Unter der seit 2005 bestehenden Antikoagulation sei nie mehr eine Thromboembolie aufgetreten. Echokardiografisch habe 2020 kein Hinweis für das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie bestanden. Es finde sich bei Status nach Nikotin eine grenzwertig obstruktive Ventilationsstörung, wobei nach Bronchospasmyse (Behandlung mit Medikamenten zur Erweiterung krampfartig verengter Atemwege) wiederholt eine vollständige Normalisierung dokumentiert worden sei. Es sei aufgrund dessen die Diagnose eines Asthma bronchiale gestellt worden (Erstdiagnose 03/2019). Es sei ihm deswegen Ventolin und dann auch Symbicort verschrieben worden, wobei er aktuell angebe, von diesen profitiert zu haben. Seit drei Monaten inhaliere er nicht mehr, weil er kein Medikament mehr habe und medizinisch offenbar nirgendwo mehr angebunden sei. Darunter habe sich offensichtlich keine wahrgenommene Verschlechterung eingestellt. Aktuell bestehe gemäss gutachterlicher Beurteilung kein klarer Hinweis für ein aktuell aktives Asthma bronchiale. Bezüglich der vorliegenden interstitiellen Lungenkrankheit geht der Gutachter bei nicht vorliegenden Originalbildern angesichts der Beschreibung davon aus, dass es sich rein radiologisch um

einen leichtgradigen Befund handelt. Erfreulicherweise fänden sich nach wie vor eine komplett normale und im Verlauf stabile Lungenfunktion und auch eine normale und stabile CO-Diffusionskapazität. In der heutigen Spiroergometrie bestehe im Gegensatz zu 08/2020 im 6-Minuten-Gehtest (Fehlmessung?) keinerlei Anhalt für das Vorliegen einer Gasaustausch-Störung unter Belastung. Die Erstdiagnose 04/2019 eines gemischt zentral und obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms sei unter damals bestehender Opiattherapie erfolgt. Ob und zu welchem Schweregrad aktuell eine obstruktive oder allenfalls weiterhin zusätzlich auch zentrale Schlafapnoe vorliege, sei unklar (aktuell keine Opiate mehr). Der Explorand habe sich damals offensichtlich nicht an die CPAP-Therapie gewöhnen können, respektive habe er offensichtlich nicht von dieser in Bezug auf die Müdigkeit profitiert. Der Leidensdruck bezüglich der vorliegenden Müdigkeit scheine nicht sehr hoch zu sein. Alternative Therapieoptionen für eine allfällig obstruktive Schlafapnoe scheinen nicht diskutiert worden zu sein. Der Explorand berichte, schon immer nicht sehr gut im Ausdauersport gewesen zu sein. Eine relevante Einschränkung durch die Atmung habe aber nie vorgelegen und sei auch nie Thema oder Grund für eine Einschränkung im Alltag, beim Sport oder bei der Arbeit gewesen. Er sei in den letzten Jahren engmaschig in der Rheumatologie und auch Pneumologie am Universitätsspital I. \_\_\_\_\_ betreut worden, ein aktueller Bericht liege nicht vor. Basierend auf der erhobenen Anamnese und der heutigen Untersuchung bestehe kein Anhalt für eine relevante lungenfunktionelle Einschränkung bei gemäss Beschrieb in den vorliegenden Berichten leichtgradiger interstitieller Pneumopathie und bei Status nach Lungenembolie vor Jahren. Ebenso scheine keine relevante Müdigkeit durch die Schlafapnoe hervorgerufen zu werden. Es bestehe weder aufgrund der Anamnese und den vorliegenden Akten der Eindruck, dass von Seiten des Exploranden oder der involvierten Ärzte mit Nachdruck eine Therapie mittels Überdruckbeatmung (CPAP oder allenfalls BiPAP, ASV) versucht oder eine alternative Schlafapnoetherapie evaluiert worden sei. In seinem rheumatologischen Gutachten hielt Dr. FF. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe seitens der rheumatoiden Arthritis im Gelenkbereich sowohl klinisch und sonographisch als auch magnetresonanztomographisch eine Remission unter der derzeitigen suffizienten Therapie mit Adalimumab (Humira). Gemäss Aktenlage sei dies mindestens seit Dezember 2019 der Fall. Die Diagnosestellung sei im Oktober 2018 in der Universitätsklinik I. \_\_\_\_\_ erfolgt. Funktionell limitierende Gelenkdeformitäten oder Sekundärarthrosen beständen nicht. Seitens der assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung sei ein leicht progredienter Verlauf, jedoch ohne limitierende Dyspnoe festgestellt worden. Insgesamt sei die rheumatoide Arthritis aktuell ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Seitens der Wirbelsäule stehe im Vordergrund ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit bildgebendem Nachweis einer Anterolisthesis LWK 4/5 (Meyerding Grad I) mit breitbasiger Diskusprotrusion und mit Kompression der rechten L4 Wurzel extraforaminal und mit Kontakt zur linken L4 Wurzel extraforaminal. Funktionell sei die Rumpfbeugung eingeschränkt und schmerzhaft. Sowohl die Osteoporose als auch die Knick-Senkfüsse hätten in ihrem Ausmass keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der bisherige therapeutische Verlauf sei als adäquat zu bewerten. Eine Prognose zum weiteren Verlauf der rheumatoiden Arthritis sei nicht detailliert möglich, jedoch seien weitere zahlreiche Therapiealternativen verfügbar. Der psychiatrische Gutachter, Dr. GG. \_\_\_\_\_, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass sich der Explorand vorrangig durch Schmerzen im Bereich des Rückens und diverser Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Finger-, Hand- und Kniegelenke) in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt fühle. Aufgrund der Schmerzen könne er sich schlecht konzentrieren und habe täglich Stimmungsschwankungen,

Zukunftsängste, ein vermehrtes Grübeln, und er beschreibe einen teilweisen sozialen Rückzug. Die Schlafstörungen hätten sich unter der Pipamperon-Medikation gebessert. Aus den Akten gehe hervor, dass sich nach einer Bandscheibenoperation LWK4/5 rechts am 26. Februar 2013 und einer Rezidiv-Operation am 28. Mai 2013 eine Besserung der radikulären Beschwerden gezeigt habe und eine Weiterbehandlung im Schmerzzentrum KK. \_\_\_\_\_ erfolgt sei, wo am 30. Januar 2014 eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit seit dem 2. September 2013 bescheinigt worden sei. Dabei hätten Beschwerden nach den Bandscheibenoperationen 2013 und nach dreimaliger Operation des rechten Kniegelenkes mit tiefer Beinvenenthrombose und Lungenembolie eine Rolle gespielt. Von Seiten des RAD (Bericht vom 11. März 2014) sei neben den Rücken- und Kniebeschwerden auch eine leichte depressive Stimmungslage angegeben worden, die jedoch nicht behandelt worden sei. Vor dem Hintergrund langjähriger Schmerzangaben habe sich ein Schmerzmittelkonsum entwickelt, der 2005 zu einem stationären Entzug in der psychiatrischen Universitätsklinik geführt habe. Auch habe ein Schmerzmittelmissbrauch mit Tramal und Tilidin und ein regelmässiger Stilnox-Konsum bestanden; es sei daher ein erneuter Medikamentenentzug und eine stationäre multimodale Schmerztherapie (bei Schmerzverarbeitungsstörung) empfohlen worden. Im März 2015 sei von Seiten des RAD erneut auf eine Schmerzverarbeitungsstörung, einen fortgesetzten Opioidabusus hingewiesen worden, wobei die empfohlene psychologische Schmerztherapie nicht umgesetzt worden sei. In der Rheumatologie des Universitätsspitals I. \_\_\_\_\_ sei im Oktober 2018 eine seronegative Polyarthritits diagnostiziert und eine Behandlung mit Methotrexat begonnen worden. Es sei auf einen früheren erhöhten Bierkonsum (ein bis zwei Flaschen pro Tag, am Wochenende fünf bis sechs Flaschen pro Tag), einen früheren Valoren-Überkonsum bis 2006, einen aktuellen Tilidin-Abusus im Rahmen der Schmerzbehandlung und eine Cannabis-Inhalation seit zwei Monaten hingewiesen worden. Im September 2019 habe die SVA C. \_\_\_\_\_ neben der Polyarthritits auch auf die Schmerzproblematik verbunden mit einer Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit zur Selbstmedikation hingewiesen. Im Care-Management der HH. \_\_\_\_\_ sei Ende 2019 der Start eines Arbeitsversuches mit 2 bis 2.5 Stunden pro Tag angegeben worden; der Explorand habe über einen Spezialarbeitsplatz bis zur Frührente überbrücken wollen. Es sei ein erneuter Klinikaufenthalt bis Mai 2020 zur Entgiftung von opiathaltigen Schmerzmitteln angegeben worden. Aus Sicht der SVA C. \_\_\_\_\_ habe im August 2020 die Tablettensucht und der Alkoholmissbrauch im Rahmen der «Schmerzthematik» im Vordergrund gestanden. Von Seiten des RAD sei Anfang 2021 auf einen stabilen Verlauf bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis (zuletzt Remission) hingewiesen worden. Als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen seien ferner rezidivierende thromboembolische Ereignisse (mit postthrombotischem Syndrom links) und ein substituierter Hypogonadismus angegeben worden. Psychiatrischerseits sei der Verdacht auf eine Substanzkonsumstörung mit erheblichen Auswirkungen auf eine Begutachtung vermutet worden. Im Austrittsbericht der Klinik X. \_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2020 seien eine rezidivierende, damals schwere depressive Störung, eine generalisierte Angststörung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge beschrieben worden. Der behandelnde Psychiater habe (Anmerkung Gericht: im Bericht vom 18. September 2020) nur noch eine mittelgradige depressive Episode und eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung angegeben. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund fänden sich eine bedrückte Grundstimmung bei ausreichend erhaltener Schwingungsfähigkeit, die übrigen depressiven

Kardinalsymptome (Antriebs- und Freudverlust) liessen sich nicht hinreichend objektivieren. Der Explorand gebe Zukunfts- und Existenzängste, gut behandelte Schlafstörungen und eine schlechte Konzentration aufgrund chronischer Schmerzen an. Die Angaben zur Alltagsaktivität (Haushaltsführung, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte) und die hiesige Verhaltensbeobachtung bestätigten den klinischen Eindruck, dass keine gravierende Depressivität (mehr) vorliege. Aus den Akten gehe indirekt hervor, dass im Rahmen der laufenden ambulanten Behandlung eine mittelgradige Depression behandelt worden sei. Offensichtlich sei es unter der laufenden Medikation mit Sertralin und Pipamperon und regelmässiger Psychotherapie schon zu einer teilweisen Besserung gekommen. Die aktuellen depressiven Beschwerden entwickelten sich vor dem Hintergrund einer chronischen Schmerzbelastung (im Rahmen der rheumatoiden Arthritis und der Rücken- und Kniebeschwerden) und der Kündigung des angestammten Arbeitsplatzes seit Februar 2020. Vor dem Hintergrund dieser psychosozialen Belastungssituation sei die leichtgradige depressive und sonstige Symptomatik am ehesten einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion zuzuordnen. Der überschaubare Verlauf bestätige, dass eine Anpassungsstörung eine per se günstige Prognose habe und sich unter einer leitliniengerechten Behandlung in der Regel zeitnah zurückbilde. Die aktenkundig vorgeschriebene anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nach hiesiger Einschätzung nicht bestätigt werden, da im klinischen Eindruck kein schwerer quälender und anhaltender Schmerz vorliege und dieser sich nicht initial aufgrund einer emotionalen oder psychosozialen Belastungssituation entwickelt habe. Vielmehr sei aus Sicht des Exploranden durch den chronischen Schmerz eine psychosoziale Belastungssituation entstanden. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei bei gleichzeitigem Vorliegen einer affektiven Störung (hier Anpassungsstörung) nach den Codierregeln der ICD-10 nicht als eigenständige Diagnose anzunehmen. Der Explorand gebe an, seit drei bis vier Jahren THC zu konsumieren, dies in der letzten Zeit deutlich reduziert zu haben und nur seit einigen Tagen zur Linderung von Anspannungszuständen wieder Cannabis zu konsumieren. Diese Angaben spiegelten sich im auffälligen Substanzenscreening. Es sei somit am ehesten von einem Cannabismissbrauch auszugehen, zumal 2006 und 2020 bereits stationäre Entgiftungsbehandlungen nach einem langjährigen Fehlgebrauch von Opioiden erfolgt seien. Die Beendigung des Cannabiskonsums (unter ärztlicher Aufsicht) werde dringend befürwortet, zumal die Begleiterscheinungen des fortgesetzten Konsums (affektive Symptome, Konzentrationsdefizite) mit der beklagten Symptomatik interferierten. Die Angaben zum Alkoholkonsum (zwei bis drei Flaschen Bier am Wochenende beim Fussballspiel) stimmten nicht mit den im Universitätsspital I. \_\_\_\_\_ angegebenen Trinkmengen überein. Der aktuelle Laborbefund zeige aktuell keine Hinweise auf Folgen eines erhöhten Alkoholkonsums. Ein Alkoholmissbrauch könne somit aktuell nicht bestätigt werden. In den Akten werde erwähnt, dass eine ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung vorliege, ohne dass eine Herleitung an den ICD-10-Kriterien nachvollziehbar erfolge. Bei der hiesigen Exploration habe der Explorand angegeben, dass er Angst vor dem Arbeitsplatzverlust habe und in der aktuellen Situation einen sozialen Abstieg aufgrund der finanziellen Sorge befürchte. Es fänden sich also nachvollziehbare Zukunftsängste in einer konkreten Belastungssituation. Es finde sich jedoch kein Hinweis darauf, dass er immer schon unter ausgeprägten Sorgen gelitten habe, in sozialen Situationen abgelehnt zu werden, sich als unattraktiv oder minderwertig sehe oder einen eingeschränkten Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach

körperlicher Sicherheit wähle. Insgesamt liessen sich die Kriterien einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeit im hier überschaubaren Längsschnitt nicht seit der Kindheit oder Jugend nachvollziehen; die oben beschriebenen Ängste seien auf eine aktuelle Lebenskrise beschränkt und rechtfertigten somit nicht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung. Die Angaben zu den chronischen Schmerzen seien nur schwer mit dem unauffälligen klinischen Eindruck am Untersuchungstag in Einklang zu bringen. Ansonsten ständen die Beschwerdeangaben nicht im Widerspruch zu dem hier erhobenen Befund. Der fehlende Nachweis der verordneten Medikation mit Pipamperon und Pregabalin spreche jedoch für eine Malcompliance oder einen geringen Leidensdruck. Der orientierende Test zur Beschwerdevalidierung (Rey-Memory-Test, 15 von 15 Punkten) spreche gegen eine bewusste Aggravation oder Simulation. Der hier erhobene psychiatrische Befund sei mit einer Arbeitstätigkeit grundsätzlich vereinbar. Tätigkeiten mit höherem Zeitdruck, hoher Stressbelastung und Nacharbeit sollten jedoch vorerst vermieden werden. Zum Verlauf führte der Gutachter aus, dass es 2003 und vor etwa fünf Jahren im Rahmen einer Schmerztherapie zu einem chronischen Fehlgebrauch von Opioiden gekommen sei, der bis 2006 beziehungsweise Anfang 2020 in einer stationären Behandlung habe beendet werden können. Aktuell finde sich eine leichtgradige reaktive depressive Symptomatik vor dem Hintergrund einer belasteten Lebenssituation (Arbeitsplatzverlust, Zukunftsängste). Durch die seit etwa zwei Jahren laufende ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe eine teilweise Besserung dieser Beschwerden erreicht werden können. Darüber hinaus finde sich ein fortgesetzter Cannabismissbrauch, der ebenfalls unter ärztlicher Kontrolle beendet werden sollte.

#### **E. 5.5.2.5**

Zusammenfassend sei (in interdisziplinärer Würdigung) festzuhalten, dass der Explorand hier vorrangig von polytopen Gelenkschmerzen, spinalen Beschwerden und einer psychischen Beeinträchtigung berichte. Die hiesigen Befunde zeigten vorrangig einen Status nach zweimaligen lumbalen spinalen Eingriffen mit entsprechend eingeschränkter lumbaler Belastbarkeit. Psychiatrisch liegt eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor.

#### **E. 5.5.2.6**

Zur Indikatorenprüfung hielten die Gutachter Folgendes fest: Anamnestisch sei eine erhaltene Alltags-Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Integration zu erfragen. Der Versicherte sei mobil, selbständig, selbstversorgend, halte soziale Kontakte, verfolge Interessen, führe einen PKW und unternehme eine Fernreise. Das Labor zeige teils keine wirksamen Spiegel der angegebenen Medikation, was nicht mit den Angaben zur hohen Schmerzbeeinträchtigung in Einklang stehe. Aus den hiesigen Befunden würden sich keine pulmonalen oder psychiatrischen Störungen ergeben, die gegen eine Arbeitstätigkeit zumindest in angepasster Tätigkeit sprechen. Auch erscheine die rheumatische Erkrankung suffizient kontrolliert. Aus rheumatologischer Sicht sollte der Arbeitsplatz unter idealen rückengerechten Bedingungen eine wechselnde Belastung ohne ständiges Sitzen, weitgehend unbeschränkte Wahl der Arbeitsposition, Gewichtslimite von maximal 15 kg (bei sporadischem Heben) sowie die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen gewährleisten. Eine rein sitzende oder stehende Tätigkeit werde nicht empfohlen, ebenso wenig das ständige Heben und Tragen von schweren Gewichten. Unter diesen Voraussetzungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Exploranden in einer behinderungsangepassten

Tätigkeit. Die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit des Exploranden lasse sich anhand der hiesigen objektiven Befunde nicht bestätigen oder stützen. Das Labor zeige teils keine wirksamen Spiegel der angegebenen Medikation, was nicht mit den Angaben zur hohen Schmerzbeeinträchtigung in Einklang stehe. Aufgrund der affektiven Erkrankung bestehe derzeit noch eine auf 50 % reduzierte Belastbarkeit in der angestammten/letzten Tätigkeit (Pensum 100 %, Rendement 50 %), da die letzte Tätigkeit auch mit Nacht- und Schichtarbeit einhergehe.

#### **E. 5.5.2.7**

Betreffend Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass der Arbeitsplatz aus rheumatologischer Sicht unter idealen rückengerechten Bedingungen eine wechselnde Belastung ohne ständiges Sitzen, weitgehend unbeschränkte Wahl der Arbeitsposition, Gewichtslimite von maximal 15 kg (bei sporadischem Heben) sowie die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen gewährleisten sollte. Eine rein sitzende oder stehende Tätigkeit werde nicht empfohlen, ebenso wenig das ständige Heben und Tragen von schweren Gewichten. Unter diesen Voraussetzungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Exploranden in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Die bisherige Tätigkeit entspreche weitgehend dem o.g. Muster (siehe Angaben im Fragebogen), sodass hier allenfalls eine Reduktion des Rendements um 20 % in Betracht komme (resultierende Arbeitsfähigkeit: 80 %). Aufgrund der affektiven Erkrankung bestehe derzeit jedoch noch eine auf 50 % reduzierte Belastbarkeit in der angestammten/letzten Tätigkeit. In angepasster Tätigkeit sollte der Arbeitsplatz aus rheumatologischer Sicht unter idealen rückengerechten Bedingungen eine wechselnde Belastung ohne ständiges Sitzen, weitgehend unbeschränkte Wahl der Arbeitsposition, Gewichtslimite von maximal 15 kg (bei sporadischem Heben) sowie die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen gewährleisten. Eine rein sitzende oder stehende Tätigkeit werde nicht empfohlen. Ebenso wenig das ständige Heben und Tragen von schweren Gewichten. Unter diesen Voraussetzungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Exploranden in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Der anamnestisch berichtete und im Labor nachweisbare Cannabiskonsum sei mit einer Eignung zum Führen von KFZ sowie mit Tätigkeiten in gefährdenden Höhen oder an gefährdenden Maschinen oder mit Arbeiten, die mit höherer Verantwortung für Dritte einhergehen, nicht vereinbar. Die genannten Einschränkungen würden bis zur Etablierung einer stabilen und lege artis kontrollierten vollständigen Abstinenz gelten.

#### **E. 5.5.3**

Aus den obenstehenden Ausführungen kann entnommen werden, dass das PMEDA-Gutachten auch in materieller Hinsicht grundsätzlich vollständig ist, auf eingehenden Untersuchungen in sämtlichen vorliegend interessierenden Fachberichten beruht, die Teilgutachten hinsichtlich der gesundheitlichen Einschränkungen schlüssig begründet worden sind, die Konsensualbeurteilung sich mit den Teilgutachten deckt und insgesamt eine fundierte Beurteilung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers vorliegt. Jedoch begründen die gutachterlichen Ausführungen zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit im Fachbereich der Psychiatrie mehr als nur «geringe Zweifel» (vgl. oben E. 5.4) am Festgehaltenen:

#### **E. 5.5.4.1**

Den Ausführungen von Dr. GG. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit ist zu entnehmen, dass «sich in den Akten keine psychiatrisch-psychotherapeutischen

Befundberichte mit Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit finden. Der hier erhobene psychiatrische Befund ist mit einer Arbeitstätigkeit grundsätzlich vereinbar [...], mangels ausreichender psychiatrischer Vorberichte lässt sich der Beginn dabei nicht ausreichend verlässlich bestimmen, pragmatisch kann die Arbeitsfähigkeit von 50 % als mit Ende der letzten Tätigkeit (Anfang 2020) geltend angenommen werden» (SVA C-act. 108.6 S. 144 f.). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit führte er weiter aus, in den Akten fänden sich keine psychiatrisch-psychotherapeutischen Befundberichte mit Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit. Eine die Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit mindernde dauerhafte Gesundheitsstörung lasse sich auch rückblickend nicht attestieren (SVA C-act. 108.6 S. 145).

#### **E. 5.5.4.2**

Damit erfolgt jedoch für die ärztlich ausgewiesene Depression und die Schmerzproblematik in ihrem langjährigen Verlauf keine schlüssige Analyse: Der Arztbericht vom 6. Juli 2009 hält als Diagnose rezidivierende depressive Episoden fest (SVA-act. 12 S. 26). Der Hausarzt berichtet in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2013 an das Landratsamt (...) von rezidivierenden depressiven Zuständen vor allem im Jahre 2009 und hält mit Bericht vom 23. August 2013 anamnestisch und diagnostisch eine rezidivierende Depression fest (SVA C-act. 12 S. 2 und 23). Die Ärzte des Schmerzzentrums KK. \_\_\_\_\_ berichten am 24. Januar 2014 von einem majoren depressiven Syndrom, äussern den Verdacht auf generalisierte Angststörung und nicht näher bezeichnete Angststörung sowie auf eine schwere depressive Störung (SVA C-act. 22 S. 5). Dr. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin des RAD Mittelland, schliesst in ihrem Bericht vom 11. März 2014 gestützt auf eine eigene Untersuchung, (aktuell) auf eine höchstens leichte depressive Episode (SVA C-act. 23). Der Hausarzt, Dr. AA. \_\_\_\_\_, wiederum nennt in seinem Bericht vom 29. November 2014 unter anderen die Diagnose rezidivierende depressive Verstimmungen (SVA C-act. 33). Dr. F. \_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) hält mit Bericht vom 24. August 2015 als fachgebietsfremde Diagnose eine depressive Verstimmung fest (SVA C-act. 59.1 S. 35). Dr. AA. \_\_\_\_\_ nennt in seinem Bericht vom 2. März 2019 die Diagnose rezidivierende depressive Zustände, seit 2009 dokumentiert (SVA C-act. 78.1 S. 1). Die Ärzte der Rheumatologie des Universitätsspitals I. \_\_\_\_\_ weisen in ihrem Bericht vom 6. Mai 2019 auf das Vorliegen einer ausgeprägten Depression bei Verdacht auf eine funktionelle Schmerzkomponente hin (SVA C-act. 53 S. 1). Dr. E. \_\_\_\_\_, Praxis für Gefässmedizin in (...), nennt als fachgebietsfremde Diagnose ebenfalls eine Depression (SVA C-act. 69 S. 1). Dem Entlassbericht der Ärzte der Klinik X. \_\_\_\_\_, Fachklinik (...) in (...), vom 16. Juli 2020 (stationärer Aufenthalt vom 24. Februar bis 16. Mai 2020) sind die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (F33.2), generalisierte Angststörung (F41.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge (Z73) sowie der Hinweis, dass bezüglich der bestehenden depressiven Episode bezüglich des Antriebs und der Stimmung bisher leider keine relevante Besserung habe erreicht werden können, zu entnehmen (SVA C-act. 82 S. 2). Einer E-Mail des Beschwerdeführers an die SVA C. \_\_\_\_\_ wiederum ist zu entnehmen, er müsse jetzt wieder mehr Antidepressiva nehmen, sein Psychologe Z. \_\_\_\_\_ habe ihm das verordnet, bei ihm sei er auch weiterhin ambulant in Behandlung (SVA C-act. 88). Dem Bericht des vorgenannten Z. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 ist zu entnehmen, der Patient sei seit 15. November 2019 bis heute bei ihm in Behandlung, die psychiatrische Behandlung erfolge alle 14 Tage. Infolge anhaltender Rückenschmerzen seit September 2018 sei es Ende 2019 zur Verschlechterung

der psychischen Verfassung gekommen, aktuell lägen folgende Diagnosen vor: rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (F33.1), generalisierte Angststörung (F41.1), chronische Schmerzstörung, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (02/2020). Der psychiatrische Teilgutachter der PMEDA würdigte den Verlauf anhand der Vorakten und der klinischen Untersuchung am 8. Mai 2021 wie folgt: Der aktuelle klinische Eindruck in der Begutachtung bestätige, dass keine gravierende Depressivität (mehr) vorliege. Aus den Akten gehe indirekt hervor, dass im Rahmen der laufenden ambulanten Behandlung eine mittelgradige Depression behandelt worden sei. Offensichtlich sei es unter der laufenden Medikation mit Sertralin und Pipamperon und regelmässiger Psychotherapie schon zu einer teilweisen Besserung gekommen. Die aktuellen depressiven Beschwerden hätten sich vor dem Hintergrund einer chronischen Schmerzbelastung (im Rahmen der rheumatoiden Arthritis und der Rücken- und Kniebeschwerden) und der Kündigung des angestammten Arbeitsplatzes seit Februar 2020 entwickelt. Vor dem Hintergrund dieser psychosozialen Belastungssituation sei die leichtgradige depressive und sonstige Symptomatik am ehesten einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion zuzuordnen. Der überschaubare Verlauf bestätige, dass eine Anpassungsstörung eine per se günstige Prognose habe und sich unter einer leitliniengerechten Behandlung in der Regel zeitnah zurückbilde (SVA C-act. 108.6 S. 24 f.).

#### **E. 5.5.4.3**

Eine Anpassungsstörung ist als leichte psychische Erkrankung einzustufen. Nach der WHO-Klassifikation der Diagnosen ICD-10 liegt mit einer Anpassungsstörung eine psychische Störung als Reaktion auf einmalige oder fortbestehende belastende Ereignisse (z. B. Arbeitsplatzverlust, Trennung) oder «Life Events» (Geburt, Heirat) vor. Die Störung tritt innerhalb eines Monats nach Beginn des kritischen Lebensereignisses oder der (Dauer-)Belastung auf und hält meist nicht länger als 6 Monate an (vgl. < <https://www.pschyrembel.de/anpassungsst%C3%B6rung/K02G4/doc/> >, abgerufen am 10. Januar 2025). Eine Ausnahme dazu bildet die - vorliegend vom Teilgutachter attestierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), die das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung aber ebenfalls im Grenzbereich dessen liegend qualifiziert, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten könne (Urteil 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2 m.w.H.). In Würdigung des langjährigen Verlaufs der depressiven Störung, des im Verlauf wiederholt als mittel oder schwer bezeichneten Schweregrades der Erkrankung, des gutachterlichen Hinweises, dass der Verlauf infolge fehlender fachärztlicher Befundberichte nicht abschliessend beurteilt werden könne beziehungsweise geschätzt werden müsse, des Umstandes, dass der Beschwerdeführer gemäss Aussagen des behandelnden Psychiaters seit November 2019 in regelmässiger (14-täglicher) ambulanter Behandlung stehe und dieser ihm am 18. September 2020 (wiederum) vor allem eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (F33.1), attestiert, vermag die gutachterliche Schlussfolgerung, es liege insgesamt eine (vorübergehende) Anpassungsstörung vor, nicht zu überzeugen.

#### **E. 5.5.4.4**

Hinzu kommt, dass die von RAD und Vorinstanz erwähnte Verbesserung der gesundheitlichen Situation (auch in psychischer Hinsicht) per Ende Dezember 2019 beziehungsweise «Anfang 2020» weder den Vorakten noch den gutachterlichen Ausführungen schlüssig entnommen werden kann: Den Protokollen der

Eingliederungsberatung der SVA C.\_\_\_\_\_ ist am 5. Dezember 2019 zu entnehmen, die momentane Arbeitsfähigkeit liege bei 25 %, dies entspreche etwa 2.5 Stunden. Der Beschwerdeführer wolle versuchen, die Arbeitszeit auf drei Stunden zu steigern. Der nächste Round Table sei für den 16. Dezember 2019 geplant. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor auf einem Spezialarbeitsplatz bei seinem Arbeitgeber eingesetzt. Sein Plan sei es, über den Sozialplan des Arbeitgebers in die Frühpensionierung gehen zu können. Möglicherweise komme es noch zu einem Aufenthalt in einer Reha-Klinik, Zeitraum Februar/März 2020. Aus Sicht der Case Managerin der HH.\_\_\_\_\_ sei dieser Aufenthalt dringend notwendig, sie habe das Gefühl, dass sich die gesundheitliche Situation eher verschlechtere. So seien jetzt neu Probleme mit der Lunge dazugekommen, ausserdem habe er die Behandlung bei einem Psychiater aufgenommen (SVA C-act. 61). Der Kurzzusammenfassung des Protokolls der SVA C.\_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2019 wiederum ist zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiterhin instabil sei. Per 2020 sei ein Klink-Aufenthalt zur Stabilisierung vorgesehen [...]. Bis zum 31. Januar 2020 verbleibe er am Extraarbeitsplatz im Archiv der B.\_\_\_\_\_. Die Case Managerin der HH.\_\_\_\_\_ werde die Invalidenversicherung erneut aktivieren, um den weiteren Unterstützungsbedarf zu klären (SVA C-act. 64). In einer E-Mail vom 7. Februar 2020 hielt sie fest, der Beschwerdeführer sei aus der B.\_\_\_\_\_ ausgetreten, sei jedoch noch immer zu 100 % arbeitsunfähig (SVA C-act. 75 S. 4). Einer Aktennotiz der SVA C.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2020 wiederum ist zu entnehmen, dass die Case Managerin der HH.\_\_\_\_\_ die Eingliederungsberatung darüber informiert habe, dass es am 31. Januar 2020 zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses kommen werde, eine Anschlusslösung beim Arbeitgeber habe nicht gefunden werden können. Die gesundheitliche Situation sei weiterhin instabil, mehr als 4 Stunden pro Tag habe der Beschwerdeführer nicht arbeiten können. Für Februar sei ein Klinikaufenthalt in der X.\_\_\_\_\_ -Klinik in (...) geplant. Das Schmerzsyndrom und die Abhängigkeit stünden momentan im Vordergrund (SVA C-act. 65). Des Weiteren schrieb der Hausarzt den Beschwerdeführer mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom 30. Januar 2020, 26. Februar 2020, 30. März 2020 und 4. Mai 2020 zu 100 % arbeitsunfähig, seit 30. Oktober 2018 bis Ende Mai 2020 (SVA C-act. 78.2 S. 1, 3, 4, 8). Äussert sich ein Gutachten nicht klar zur eingetretenen Verbesserung, kommt ihm kein genügender Beweiswert zu (vgl. Urteil des BVGer C-653/2018 vom 15. Mai 2019 E. 5.3.2); dies hat auch hier zu gelten.

#### **E. 5.5.5**

Die Zweifel am Vorliegen einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes per Januar 2020 lassen sich auch nicht durch die nachfolgende Prüfung durch den RAD Mittelland auflösen: In konsiliarischer Beurteilung vom 15. und 20. September 2021 folgten die beiden RAD-Ärzte, Dr. II.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. CC.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, den gutachterlichen Ausführungen und Beurteilungen. Dr. CC.\_\_\_\_\_ schloss in rheumatologischer Hinsicht auf eine volle Arbeitsunfähigkeit von September 2018 bis Dezember 2019, dies auch in angepasster Tätigkeit. Betreffend die eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht schloss Dr. II.\_\_\_\_\_ auf eine Abweichung von der gutachterlichen Einschätzung insofern, als kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliege: Die depressiven Beschwerden seien reaktiv auf psychosozial belastende Umstände hin aufgetreten (insbesondere sei die Kündigung der Arbeitsstelle mit darauf sich entwickelten Zukunftsängsten und Unsicherheiten sowie grosse Sorgen zu nennen) und würden massgeblich durch diese bestimmt (SVA C-act. 111 S. 3). Er ersuchte deshalb die SVA

C.\_\_\_\_\_ um ergänzende gutachterliche Ausführungen; insbesondere sei nachzufragen, ob durch die Anpassungsstörung nicht doch gewisse spezifische, allenfalls auch qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu begründen seien (SVA C-act. 112 S. 6). Mit kurzer Stellungnahme vom 1. November 2021 hielten die Gutachter ergänzend fest, dass eine Anpassungsstörung eine eigenständige psychiatrische Erkrankung mit hier gegebenen (und wie im Gutachtenstext ausgeführt besserbaren) qualitativen Einschränkungen der Belastbarkeit sei. Dass Anpassungsstörungen eine reaktive Erkrankung repräsentierten, ändere nichts an der resultierenden eigenständigen affektiven Störung (SVA C-act. 115). Diesen Ausführungen schloss sich der Somatiker des RAD, Dr. CC.\_\_\_\_\_, mit Stellungnahme vom 15. November 2021 ohne weitere Erläuterungen, ohne Auseinandersetzung mit dem Verlauf der fachärztlich diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung und ohne weitere Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit an (SVA C-act. 117). Auch der ergänzenden RAD-Stellungnahme von Dr. II.\_\_\_\_\_ vom 30. April 2024 sind hierzu keine klärenden Hinweise zu entnehmen. Zur Frage, ob Art und Umfang der klinischen Untersuchung in psychiatrischer Hinsicht den Erfordernissen des Fachgebiets genügen (Ziff. 5), kreuzte er, ohne weitere Ausführungen, «teilweise erfüllt» an. Die Fragen zur Arbeitsfähigkeit (Ziff. 10) beantwortete er mit «keine Aussage möglich». In der Gesamtbeurteilung führte er hingegen aus, das Gesamtgutachten könne als differenziert, plausibel und nachvollziehbar beurteilt werden, darauf könne abgestützt werden (BVGer-act. 18 Beilage 4).

## **E. 5.6**

Hinzu kommt eine mangelhafte Würdigung der psychischen Störung nach erfolgter gutachterlicher Beurteilung im Mai 2021, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

### **E. 5.6.1**

Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerde, der Sachverhalt sei von der Vorinstanz nicht zweifelsfrei eruiert worden. Er habe aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung im Herbst 2021 stationär in der JJ.\_\_\_\_\_ -Klinik in (...) behandelt werden müssen. Dabei habe sich insbesondere in psychischer Hinsicht eine Verschlechterung gegenüber der PMEDA-Beurteilung ergeben. Dem betreffenden Entlassungsbericht (vom 22. November 2021) könne entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) vorliege. Auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sei diagnostiziert worden. Es sei unter diesen Umständen nicht klar, wie sich die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung weiterentwickelt habe (BVGer-act. 1 Ziff. 2.2).

### **E. 5.6.2**

Festzuhalten ist, dass sich der Beschwerdeführer vom 29. September bis 27. Oktober 2021 in der JJ.\_\_\_\_\_ -Klinik, Klinik für konservative Orthopädie und Verhaltensmedizin, (...), (erneut) in stationäre Behandlung begab, (gemäss anamnestischen Angaben) zur psychosomatischen und orthopädischen Rehabilitationsbehandlung (SVA C-act. 125 S. 9). Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), eine Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei chronischem LWS-Syndrom (Z.n. zweimaligem Bandscheibenvorfall L4/L5, Februar/Mai 2013; M54.5) sowie eine seronegative chronische Polyarthritits (M06.0) attestiert. Die Behandler

schlossen in psychischer Hinsicht, dass trotz intensiver psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie keine wesentliche Besserung der Beschwerdesymptomatik habe erzielt werden können. Aus psychotherapeutischer Sicht habe sich der Rehabilitand zum Entlassungszeitpunkt psycho-physisch kaum erholt, in seiner Stimmung weiterhin gedrückt und hoffnungslos gefühlt. Die vereinbarten Therapieziele hätten nur teilweise erreicht werden können, insbesondere habe die Arbeitsfähigkeit noch nicht wieder hergestellt werden können. Der Rehabilitand werde regulär und arbeitsunfähig entlassen, da die geistige/psychische Belastbarkeit (Konzentrationsfähigkeit, Informationsverarbeitung, Umstellungsfähigkeit, Durchhaltevermögen, Flexibilität sowie Urteilsfähigkeit) noch bedeutsam beeinträchtigt sei.

### **E. 5.6.3**

Der oben erwähnte Entlassungsbericht wurde der Vorinstanz nach deren Anfordern eines Ausführlichen Ärztlichen Berichts (E213) beim Hausarzt in Deutschland der Vorinstanz zugestellt (Schreiben der IVSTA vom 16. November 2021; SVA C-act. 121). Zugestellt wurde des Weiteren vor allem ein aktualisierter Bericht des Hausarztes, Dr. AA. \_\_\_\_\_, vom 22. Januar 2022, dem in psychiatrischer Hinsicht rezidivierende depressive Zustände seit 2009 dokumentiert, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, bedeutsame Minderung der Konzentrationsfähigkeit, Informationsverarbeitung, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Durchhaltevermögen sowie Urteilsfähigkeit zu entnehmen sind (SVA C-act. 125 S. 6). Ohne dass diese Behandlungsberichte ergänzend dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet worden wären, hat die Vorinstanz jedoch am 12. Januar 2022 den Rentenbeschluss gefällt (SVA C-act. 123) und am 21. Februar 2022 den angefochtenen Rentenbescheid erlassen (SVA C-act. 127 S. 3). Damit weist der Beschwerdeführer zutreffend darauf hin, dass die Gesundheitssituation nicht abschliessend beurteilt wurde.

### **E. 5.7**

Insgesamt ist festzuhalten, dass die psychisch bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers in ihrem Verlauf bis zur angefochtenen Verfügung nicht zweifelsfrei und nicht umfassend geprüft worden sind. Gleichzeitig ist aber festzuhalten, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung dem Beschwerdeführer retrospektiv von 8. August 2018 (Beginn der Arbeitsunfähigkeitsschreibung gemäss Taggeldakten, vgl. SVA C-act. 94 S. 2) bis 31. Dezember 2019 aus rheumatologischer Sicht eine volle Erwerbsunfähigkeit zugestanden hat (SVA C-act. 127 S. 10). Letztere Würdigung erweist sich aus Sicht des Gerichts als schlüssig: Dem rheumatologischen Teilgutachten (SVA C-act. 108.5 S. 24, 26, 28) ist zu entnehmen, dass im Zeitraum von September 2018 (Diagnostizierung der Erkrankung im Oktober 2018, nach anhaltenden Beschwerden, durch das Universitätsspital I. \_\_\_\_\_, SVA C-act. 53 S. 5) bis Dezember 2019 (klinisch, sonographisch und magnetresonanztomographisch festgestellte Remission der rheumatoiden Arthritis infolge suffizienter Behandlung mit Adalimumab, vgl. SVA C-act. 63 S. 2 und SVA C-act. 94 S. 5 «Zusammenfassend:») aufgrund der noch nicht ausreichend kontrollierten rheumatoiden Arthritis eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (angestammt und angepasst) anzunehmen war.

### **E. 6**

Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021]). Nachdem auch der Kostenvorschuss

rechtzeitig geleistet wurde (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG i.V.m. Art. 63 Abs. 4 VwVG; BVGer-act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG). 2. 2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für Versicherte, die

C-1319/2022 Seite 6 ihren Wohnsitz im Ausland haben, unter Vorbehalt der Absätze 2 und 2bis die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Bei Grenzgängern ist 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 der Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV). 2.2 Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle bei der B. \_\_\_\_\_ AG in (...) im Kanton C. \_\_\_\_\_. Zudem wohnt er im benachbarten Grenzgebiet ([...], Bundesland [...] in Deutschland) und hat sich somit zu Recht (erneut) bei der IV-Stelle des Kantons C. \_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug angemeldet. Die Prüfung des Leistungsgesuch durch die SVA C. \_\_\_\_\_ und der Erlass der Verfügung durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden. 3. 3.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-

C-1319/2022 Seite 7 Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3). 3.2 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). 3.3 Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

3.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

3.5  
3.5.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1).

3.5.2 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten.

3.5.3 Liegt die – im Rahmen einer Rentenrevision oder einer rückwirkend abgestuft zugesprochenen Rente (vgl. zu letzterem nachfolgend E. 4.5) – massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden – entsprechend

C-1319/2022 Seite 8 den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) – die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung Anwendung. Liegt die massgebende Änderung nach dem 31. Dezember 2021, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] Rz. 9102). Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (SR 831.201; vgl. Urteil des BGer 8C\_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 2.2).

3.5.4 Vorliegend hat die IVSTA einen Rentenanspruch vom 1. August 2019 bis zum 31. März 2020 bejaht und ist – in Beachtung von Art. 88a IVV von einer rentenrelevanten Änderung des Gesundheitszustandes per 1. Januar 2020 ausgegangen. Für die Beurteilung des hier befristet zugesprochenen Rentenanspruchs kommen deshalb die oben genannten altrechtlichen Bestimmungen zur Anwendung.

3.6 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. Februar 2022) 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). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

4. 4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. SVA C-act. 48), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Invalidität vorliegt.

4.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die

C-1319/2022 Seite 9 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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 4.3 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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht zudem vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Dies gilt auch im Fall einer Neuanmeldung (vgl. Urteil des BVerfG C-2694/2017 vom 7. Juni 2021 E. 7.3 mit Hinweis auf BGE 142 V 547 E. 3).

Aufgrund der Neuanmeldung vom 25. Februar 2019 (Posteingang bei der SVA C. \_\_\_\_\_; vgl. dazu oben Bst. C.a), können im vorliegenden Fall allfällige Leistungsansprüche gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. August 2019 entstehen. 4.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG)

C-1319/2022 Seite 10 in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch – wie hier – nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). 4.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 E. 1b m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht

massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C\_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2). 4.6 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsgorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEU-ZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

C-1319/2022 Seite 11 4.6.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belege umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.). 4.6.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen

der Be- gutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutach- ten versicherungs-interner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich wi- derspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit beste- hen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem

C-1319/2022 Seite 12 Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf viel- mehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee). 4.6.3 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision beziehungsweise Neu- anmeldung erstellten Gutachtens – wie im vorliegenden Fall – hängt we- sentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema, nämlich die erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts, bezieht. Einer für sich al- lein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizini- schen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Ren- tenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am recht- lich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abwei- chende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, in- wiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefün- den hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berück- sichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschät- zungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist viel- mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.). 4.7 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so- wie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Be- fundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchti- gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Ent- scheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichti- gung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare

C-1319/2022 Seite 13 Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztli- cherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind nicht als invalidisierende Ge- sundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende soma- toforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind

für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). 4.8 Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV). 4.9 Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu

C-1319/2022 Seite 14 mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C\_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 m.H.; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C\_236/2009] E. 4.1 und 4.3). 5. 5.1 Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 25. Februar 2019 eingetreten und hat dem Beschwerdeführer mit angefochtener Verfügung vom 21. Februar 2022 eine vom 1. August 2019 bis 31. März 2020 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen; für den Zeitraum davor und danach verneinte sie einen Rentenanspruch. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-174/2021, C-4890/2021 vom 31. August 2023 E. 5). Nachfolgend bleibt in Anwendung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. oben E. 4.5) in einem ersten Schritt zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem 3. Juni 2015 (Zeitpunkt der rechtskräftigen Ablehnung des ersten Leistungsbegehrens [SVA C-act. 40]) und der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2022 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. 5.2 Zur Abweisung des ersten Leistungsbegehrens stützte sich die SVA

C.\_\_\_\_\_ auf zwei Stellungnahmen des RAD Mittelland vom 11. März 2014 und 16. März 2015. Mit Stellungnahme vom 11. März 2014 hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ als «vorläufige (und einzige) Diagnose» eine Schmerzstörung bei psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Status nach zweimaligem Bandscheibenvorfall, Operation am 2/2013 und 5/2013 (aktuell noch lumbale Restbeschwerden mit Ausstrahlung ins Gesäss, links mehr als rechts), Status nach stationärem Entzug von Schmerzmitteln bei übermässigem Schmerzmittelkonsum 2005, Status nach dreimaliger Knie-Arthroskopie bei unklaren Kniebeschwerden seit 1992, Status nach

C-1319/2022 Seite 15 Beinvenenthrombosen mit aktueller Antikoagulation, Status nach angeborenem Halswirbel 1984 (weiss nicht mehr welcher) sowie zeitweiser depressiver Stimmungslage (aktuell keine depressive Episode von invalidisierendem Ausmass objektivierbar) fest (SVA C-act. 23). Unter Verweis auf die zuvor genannten Diagnosen führte die Ärztin in ihrer Beurteilung vom 16. März 2015 aus, der Beschwerdeführer leide weiterhin unter einem ausgeprägten Schmerzsyndrom mit Schmerzverarbeitungsstörung. Aufgrund der vorliegenden Arztberichte könne nicht von einem schwerwiegenden somatischen Leiden ausgegangen werden. Eine beginnende Osteoporose in der Lendenwirbelsäule (LWS) ermögliche keine mittelschweren bis schweren körperlichen Belastungen mehr. Die aktuelle Tätigkeit sei als wechselbelastend leicht (Gewichte hantieren bis max. 10 kg) zu bewerten und somit – auch nach Ansicht des Beschwerdeführers – als behinderungsgepasst zu bewerten. Aufgrund der Schmerzen habe er sein Arbeitspensum lange Zeit nicht gesteigert. Erst nach Androhung der Kündigung durch den langjährigen Arbeitgeber B.\_\_\_\_\_ sei eine Steigerung des Pensums erfolgt und arbeite der Beschwerdeführer nun seit dem 1. September 2014 zu 75 %, seit 1. November 2014 in einem Pensum von 80 %. Leider habe er die ihm empfohlene psychologische Schmerztherapie nicht begonnen. Stattdessen habe er die Schmerzmittel erneut stark gesteigert, ohne dass er dadurch eine Verbesserung der Schmerzen erlebe. Insbesondere der sehr hohe Konsum eines Opioid-Analgetikums (ohne Vorliegen einer malignen Erkrankung) habe leider erneut zu einem ausgeprägten Suchtverhalten geführt. Diese Folge des Opioidkonsums sei insbesondere bei somatoform geprägten Schmerzen heute gut bekannt. Weder durch die nach wie vor mässig behandelte Schmerzverarbeitungsstörung (nach wie vor keine psychologisch ausgerichtete multimodale Schmerztherapie, ebenfalls keine ausreichende schmerzdistanzierenden «AD», keine Bewältigungsstrategien im Umgang, Entspannungsverfahren usw.) noch durch ein erneut ausgeprägtes Suchtgeschehen sei ein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Ergänzend führte die Ärztin aus, die festgestellte Osteoporose sei aktuell symptomlos (keine Frakturen gegeben), werde behandelt und sei ebenfalls nicht IV-relevant (SVA C-act. 36). 5.3 Für den Zeitraum ab Abweisung des ersten Leistungsbegehrens (3. Juni 2015) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung (21. Februar 2022) sind den Akten zahlreiche medizinische Berichte zu entnehmen (nachfolgend werden die zentralen Facharztberichte [E. 5.3.1] und Hausarztberichte [E. 5.3.2] zusammenfassend wiedergegeben).

C-1319/2022 Seite 16 5.3.1 Dr. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, (...), diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6. August 2015 ein schweres postthrombotisches Syndrom am linken Unterschenkel. Eine dauerhafte Kompressionsbestrahlung Klasse II mindestens bis Kniehöhe sei erforderlich (SVA C-act. 59.1 S. 36). Dr. F.\_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) nannte in seinem Bericht vom 24. August 2015 eine

Blockade des Brustwirbelkörpers Th9, die chirotherapeutisch und medikamentös behandelt wurde (SVA C-act. 59.1 S. 35). In einer Kernspintomographie vom 5. Juli 2018 wurde dem Beschwerdeführer ein foramen-naher, subligamentärer Prolaps (Ausstülpung) der Halswirbelkörper C5/6 links attestiert; eine Spinal-/Foraminals-tenose wurde ausgeschlossen (SVA C-act. 59.1 S. 30). Die Ärztinnen Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_ der Ambulanten Inneren Medizin des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2018 gestützt auf eine klinische Untersuchung einen Kniegelenkserguss rechts ohne Druckdolenz sowie eine Rötung und Überwärmung des Knies fest und bewerteten die Symptomatik in Zusammenschau der Befunde als Oligoarthritis (Gelenkentzündung in weniger als fünf Gelenken), als Folge einer möglichen rheumatologischen Grunderkrankung (SVA C-act. 59.1 S. 25). Dr. J.\_\_\_\_\_, Ärztin der Rheumatologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_, hielt nach zweimaliger Untersuchung und Behandlung in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2018 als Ursache eine seronegative Polyarthritis an beiden Hüftgelenken, an beiden Schultergelenken sowie am rechten Knie fest. Eine Behandlung mit Prednison während 14 Tagen ergab einen deutlich gebesserten, aber noch nicht beschwerdefreien Zustand; mit einer Basistherapie mit Methotrexat wurde begonnen (SVA C-act. 59.1 S. 20). In ihrem Bericht vom 6. Dezember 2018 hielten die Dres. K.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_, Ärzte der Pneumologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_, eine Methotrexat-induzierte Pneumopathie, sich bessernd nach Verschreiben einer antimykotischen Mundspüllösung, sowie ein mindestens mittel-schweres Schlafapnoesyndrom fest (SVA C-act. 59.1 S. 16); die mittel-schwere Schlafapnoe wurde mit Bodysonographie vom 15. April 2019 bestätigt (SVA C-act. 108.1 S. 11). Dr. F.\_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) führte mit Bericht vom 26. März 2019 aus, der Patient stelle sich zur regulären Verlaufskontrolle bei nachgewiesener verminderter Knochendichte vor, und stellte die Diagnosen Osteopenie sowie bekannte seronegative Polyarthritis. In der Zwischenzeit sei kein akuter Schmerzschub oder Verdacht auf eine Fraktur an der LWS oder Hüfte aufgetreten. Der Patient sei sowohl in (...) als auch in (...) in endokrinologischer/rheumatologischer Behandlung. Eine weitere Kontrolle der Knochendichte sei in den nächsten Jahren erforderlich (SVA C-act. 59.1 S. 15). Mit Untersuchungsbericht vom 29. April 2019 hielten die Dres. M.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ der

C-1319/2022 Seite 17 Pneumologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ fest, dass der Patient über eine vollständige Regredienz der pulmonalen Beschwerden berichte. Auch lungenfunktionell zeige sich ein stabiler Verlauf mit hochnormalen statischen und dynamischen Lungenvolumina (SVA C-act. 59.1 S. 12). Die Dres. Prof. O.\_\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_\_ der Rheumatologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 6. Mai 2019 aus, beim Patienten bestehe eine Polyarthritis unklarer Ätiologie der kleinen, mittel-grossen und grossen Gelenke. Es persistierten vor allem belastungsinduzierte Schulterschmerzen linksbetont mit Druckdolenz über dem linken Schultergelenk, zudem imponiere eine Druckdolenz über beiden Ellenbogengelenken sowie dem rechten Grosszehengrundgelenk. Eine mögliche Restaktivität der Polyarthritis bei weiterhin normwertigen Entzündungsparametern könne nicht ausgeschlossen werden. Dennoch sei aus ihrer Sicht im Hinblick auf die bestehende Depression und die angespannte psychosoziale Gesamtkonstellation eine mögliche funktionelle Komponente bei fehlender objektivierbarer Gelenkschwellung und aktuell fehlender Morgensteifigkeit nicht ausgeschlossen (SVA C-act. 59.1 S. 8). Am 25. Juli 2019 erfolgte die Operation einer Epicondylitis humero radialis am Ellbogen links (SVA C-act. 59.1 S. 7). Die Dres.

Q.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ der Abteilung Pneumologie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem Arztbericht vom 20. Dezember 2019 – gestützt auf eine Bodyplethysmographie/Spirografie vom 11. Dezember 2019 – fest, Lungen-funktionell zeige sich in der aktuellen Kontrolle weiterhin eine sehr diskrete obstruktive Ventilationsstörung mit einer vollständigen Reversibilität nach Bronchos- pasmolysse (medikamentöse Relaxation der verkrampftem Bronchialmus- kulatur). Aufgrund der ausgeprägten Tagesmüdigkeit sei der Patient nun bereit, eine CPAP-Therapie zu beginnen (SVA C-act. 91 S. 4). In ihrem Arztbericht vom 11. März 2020 hielt Dr. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, (...), fest, es liege im Wesentlichen ein unveränderter Befund zu 2015 mit deutlichen postthrombotischen Veränderungen im linken Bein vor, die eine konsequente Kompressionsbestraumpfung Klasse II mindestens bis Kniehöhe erforderten (SVA C-act. 69 S. 1). In ihrem Bericht vom 28. Mai 2020 führten Prof. Dr. O.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_ der Rheumatolo- gie des Universitätsspitals I.\_\_\_\_\_ aus, in der Gesamtsituation zeige sich bezüglich der undifferenzierten Oligoarthritis ein weiterhin in Remis- sion befindlicher Patient. Retrospektiv habe sich auch in den letzten Jahren ein guter Verlauf gezeigt, sodass mit dem Patienten entschieden worden sei, die Therapie mit Methotrexat zu sistieren (SVA C-act. 90 S. 2). In ihrem Entlassbericht vom 16. Juli 2020 hielten die Behandler Dr. S.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychologie & Psychotherapie), Dr. T.\_\_\_\_\_ (Psychoso- matische Medizin & Psychotherapie), Dr. U.\_\_\_\_\_ (Psychologische C-1319/2022 Seite 18 Psychotherapeutin), V.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeinmedizin, Suchtme- dizin & Phlebologie) sowie W.\_\_\_\_\_ (Dipl. Psychologin) aufgrund eines stationären Aufenthaltes in X.\_\_\_\_\_, Fachklinik (...), (...), vom 24. Feb- ruar bis 16. Mai 2020 folgende Diagnosen fest: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (F33.2), generalisierte Angststörung (F41.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), selbstunsicher-vermeidende Persönlich- keitszüge (Z73). Sie führten aus, die Testdiagnostik und der klinische Ein- druck erlaubten die Einstufung einer rezidivierend auftretenden Depression als schwergradig. Daneben bestehe eine seit vielen Jahren subklinisch vor- herrschende, jetzt voll ausgeprägte generalisierte Angststörung mit Ängs- ten um die eigene Sicherheit und die der Familienmitglieder (u.a. bezogen auf Verkehrsunfälle, Erkrankungen, Überfälle), welche nach Verlust des Ar- beitsplatzes erschwert würden durch berechnigte finanzielle Ängste. Dar- über hinaus liessen sich Ängste und Unsicherheit in sozialen Interaktions- situationen identifizieren. Daneben hätten beim Patienten selbstunsichere- vermeidende Persönlichkeitszüge seit frühem Jugendalter diagnostiziert werden können, welche das Fundament für die Entwicklung der vielen Ängste des Patienten im Rahmen der depressiven Entwicklung darstellten. Daneben sei beim Patienten das Vorliegen einer chronischen Schmerzstö- rung mit somatischen und psychischen Faktoren bekannt. Der geplante Tilidin-Entzug habe unter passagerer neuroleptischer Therapie mit Quetiapin komplikationslos durchgeführt werden können. Die vorbestehen- den kognitiven Einschränkungen hätten sich während des stationären Auf- enthaltes nicht gebessert gezeigt. Bezüglich der bestehenden depressiven Episode habe bezüglich des Antriebs und der Stimmung bisher leider keine relevante Besserung erreicht werden können (SVA C-act. 82 S. 2). Am 24. August 2020 attestierte Dr. Y.\_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) dem Beschwerdeführer an den Ellbogen eine Bursitis Olecrani links sowie eine beginnende Epicondylitis humero radialis rechts (SVA C-act. 99 S. 2). In seinem Bericht vom 18. September 2020 diagnostizierte Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, (...), eine rezidivie- rende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige

Episode (F33.1), eine generalisierte Angststörung (F41.1), eine chronische Schmerzstörung, eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (02/2020), und fach- fremd eine seronegative Polyarthritits seit Oktober 2018, einen Zustand nach Bandscheiben-Operation der LWS im Februar 2019, einen Zustand nach Knie-Operation im August 2019 sowie eine chronisch obstruktive Lun- generkrankung (COPD) seit September 2018. Die Prognosen erachtete er als günstig (SVA C-act. 92).

C-1319/2022 Seite 19 5.3.2 Der Hausarzt, Dr. AA.\_\_\_\_\_, (...), nannte in seinem (kurz nach der Zweitmeldung) am 2. März 2019 ausgestellten Arztbericht 13 Diagnosen und führte zur Behandlungssituation aus, er verweise auf die aktuellen Befunde der Universität I.\_\_\_\_\_. Der Patient sei regelmässig, mindestens einmal im Monat, in seiner Behandlung. Die Gabe von Cannabis werde in Absprache mit Dr. BB.\_\_\_\_\_, Facharzt für Schmerztherapie, vom Haus- arzt befürwortet. Diese diene der Reduktion des massiven Analgetikage- brauchs, der Reduktion oder des Sistierens von Saroten, Stillnox, Tavor, und der Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Der Patient sei zurzeit arbeitsun- fähig, in seiner bisherigen Tätigkeit wie auch in einer «anderen möglichen» Tätigkeit; die Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend durch die erst kürzlich di- agnostizierte Polyarthritits bedingt. Nichtmedizinische Probleme beein- trächtigten die Arbeitsfähigkeit nicht (SVA C-act. 78.1 S. 1 f.). Mit späterem Bericht vom 27. Januar 2022 führte er – unter vorausgehender Nennung von 15 Diagnosen – aus, der Patient sei seit Juli 2010 bei ihm in Mitbe- handlung, benötige eine Kompressionstherapie der Klasse II dauerhaft, mindestens bis Kniehöhe, sowie intensive physikalische Massnahmen. Die Gabe von Cannabis werde in Absprache mit Dr. BB.\_\_\_\_\_, Facharzt für Schmerztherapie, durchgeführt. Zu sistieren sei der hohe Analgetikage- brauch. Der Patient sei weiterhin arbeitsunfähig (SVA C-act. 125 S. 6). 5.4 5.4.1 Zur Beurteilung der Verlaufssituation seit der Abweisung des Renten- begehrens bis zur angefochtenen Verfügung, zur Würdigung der zahlrei- chen Behandlungsberichte und gestützt auf eine Empfehlung von Dr. CC.\_\_\_\_\_, des RAD Mittelland vom 29. Januar 2021 (SVA C-act. 94) veranlasste die Vorinstanz bei der PMEDA das polydisziplinäre Gutachten vom 17. August 2021. Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob dieses die formellen und materiellen Anforderungen an das Beweismass von Verwal- tungsgutachten (vgl. oben E. 4.6) erfüllt. Dabei ist die neueste Rechtspre- chung des Bundesgerichts zu Gutachten der vorgenannten Gutachterstelle zu berücksichtigen. 5.4.2 Mit Urteil 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 hielt das Bundesge- richt zur Beweiskraft von durch die PMEDA erstellte Gutachten fest, dass dem Umstand Rechnung zu tragen sei, dass die Invalidenversicherung ge- stützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der Eidge- nössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Be- gutachtung (EKQMB) die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet habe. In der Übergangssituation, in der

C-1319/2022 Seite 20 bereits eingeholte Gutachten der PMEDA zu würdigen seien, rechtfertige es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu ver- gleichen. In solchen Fällen genügten bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen (E. 2.3). 5.4.3 In einem weiteren Urteil 9C\_776/2023 vom 11. Juli 2024 erläuterte es die im vorgenannten Urteil entwickelte Rechtsprechung wie folgt: Es sei richtig dargelegt worden, dass die Gutachterstelle PMEDA für polydiszipli-

näre Begutachtungen nicht mehr berücksichtigt werden dürfe. Bei der Beurteilung von bereits erstellten PMEDA-Gutachten genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen aus, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen. Dies führe jedoch nicht dazu, dass rechtskräftig entschiedene Verfahren alleine aufgrund der Tatsache, dass die Verwaltung oder das Gericht einen Rentenentscheid gestützt auf ein PMEDA-Gutachten gefällt habe, wieder aufzurollen wären. Die Qualitätsanalyse der EKQMB, auf der ihre Empfehlung vom 4. Oktober 2023 respektive die gleichentags ergangene Medienmitteilung des BSV fusse, befasse sich in erster Linie mit Stichproben von Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023, insbesondere der Kompatibilität der entsprechenden Expertisen mit den im damaligen Zeitpunkt gültigen rechtlichen Leitlinien und Standards in Bezug auf eine fachgerechte Gutachtenserstellung. Seit dem 1. Januar 2022 würden hierfür neue, präzisiertere Vorgaben (Anforderungs- und Qualitätskriterien) gelten, welche ihren Niederschlag namentlich in Art. 7j ff. ATSV, Art. 57 Abs. 1 Bst. n IVG, Art. 41b IVV und Ziff. 3048 ff. samt Anhängen III, IV und V des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KS VI, Stand gültig ab 1. Januar 2022; vgl. auch Urteil 9C\_389/2022 vom 3. Mai 2023 E. 5.2.2, in: SVR 2023 IV Nr. 49 S. 166) gefunden hätten. Die Recherche der Kommission basiere auf Grundlagen, wie sie sich nach dem 1. Januar 2022 dargestellt hätten. Die Medienmitteilung des BSV und die dieser zugrunde liegende Empfehlung der EKQMB vom 4. Oktober 2023 würden somit weder in sachverhaltsmässiger Hinsicht noch mit Blick auf das rechtliche Instrumentarium Gegebenheiten beschlagen, die das vorliegende Verfahren betreffen (PMEDA-Gutachten vom 1. Oktober 2014, Verfügung der IV-Stelle vom 22. Februar 2016, vorinstanzliches Urteil vom 25. September 2017; vgl.

C-1319/2022 Seite 21 dazu Urteil 9F\_18/2023 vom 19. Juni 2024 E. 5.4 [zur Publikation vorgesehen]). 5.4.4 Im jüngsten dazu publizierten Urteil 8C\_118/2024 vom 12. Dezember 2024 führte das Bundesgericht wiederum und mit Hinweis auf das erstgenannte Urteil 8C\_122/2023 aus, bei der Würdigung von durch die PMEDA erstellten Gutachten sei rechtsprechungsgemäss dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der EKQMB die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet habe. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der PMEDA zu würdigen seien, rechtfertige es sich daher, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen. Es genügen in solchen Fällen mithin – wie bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen – bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen. Dies führe jedoch nicht dazu, dass die Vorinstanz grundsätzlich nicht auf das bereits eingeholte PMEDA-Gutachten vom 10. März 2022 hätte abstellen dürfen (E. 5.2). 5.4.5 Vorliegend stammt das von der PMEDA erstellte Gutachten vom 17. August 2021 und liegt damit (zwar zeitlich geringfügig, aber tatsächlich) ausserhalb der vom Bundesgericht genannten, seit 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen. Ungeachtet dessen sind vorliegend aber die bundesgerichtlichen Vorbehalte zur Beweiskraft von PMEDA-Gutachten zu beachten und nachfolgend zu prüfen (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_719/2023 vom 6. August 2024 E. 4.2.1 betreffend ein PMEDA-Gutachten vom 4. Februar 2021). 5.5 5.5.1 Das polydisziplinäre Verlaufsgutachten vom 17. August 2021, das sich je auf eine Teilbegutachtung in den Fachdisziplinen Innere Medizin (Dr. DD. \_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 8. Mai

2021 während 1 ½ Stunden, S. 32 ff.), Pneumologie (Dr. EE.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 31. Mai 2021 während 2 ¾ Stunden, S. 62 ff.), Rheumatologie (Dr. FF.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 21. Juni 2021 während 1 ½ Stunden, S. 88 ff.), Psychiatrie (Dr. GG.\_\_\_\_\_, persönliche Untersuchung am 8. Mai 2021 während 1 ½ Stunden, S. 117 ff.) und eine interdisziplinäre Konsensbeurteilung (S. 5-17) abstützt, nennt einleitend die zu den Akten genommenen Berichte (S. 19-31), enthält je eine persönliche

C-1319/2022 Seite 22 und berufliche Anamnese (S. 36-50, S. 66-78, S. 92-107, S. 121-136), eine Befunderhebung je Fachgebiet (S. 50-52, S. 79-81, S. 107-110, S. 136-138), die Nennung der fachspezifischen Diagnosen (S. 53, S. 81-82, S. 110, S. 139-142), eine ausführliche Herleitung und Diskussion der Diagnosen sowie eine medizinische und versicherungstechnische Beurteilung derselben (S. 53-56, S. 83-84, S. 111, S. 142 f.), eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (S. 56 f., S. 84 f., S. 112, S. 143 f.) sowie eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und in angepasster Tätigkeit (S. 57-60, S. 85-87, S. 112-114, S. 144-147). Das Gutachten erfüllt daher aus formeller Sicht die Anforderungen an ein vollständiges Gutachten (vgl. oben E. 4.6). 5.5.2 In materieller Hinsicht ist den Teilgutachten und der Konsensbesprechung in interdisziplinärer Würdigung Folgendes zu entnehmen: 5.5.2.1 In der Anamnese hielten die Gutachter folgende gesundheitliche Ereignisse fest: Im Jahr 1984 habe der Beschwerdeführer bei einem Töffliunfall eine Beckenfraktur und 1985 nach einem Sprung in untiefes Wasser eine Halswirbelsäulenfraktur erlitten sowie im Jahr 1987 bei einem Arbeitsunfall den vierten Finger der rechten Hand verloren. Weitere Operationen und folgenreiche Unfälle verneine er. Im Jahr 1994 habe er eine Unterschenkelvenenthrombose im rechten Bein sowie im Jahr 2005 eine tiefe Beinvenenthrombose im linken Bein und eine Lungenembolie gehabt. Seit dem Jahr 2013 bestünden psychische Beschwerden mit Ängsten, im Jahr 2018 sei eine seronegative Polyarthritits diagnostiziert worden. Die Kniegelenke seien viermal und die lumbale Wirbelsäule zweimal operiert worden, daneben sei eine Leistenhernie operiert worden sowie eine Tonsillektomie und die Amputation des 4. Fingers erfolgt. 5.5.2.2 Die hiesigen Befunde zeigten vorrangig einen Status nach zweimaligen lumbalen spinalen Eingriffen mit entsprechend eingeschränkter lumbaler Belastbarkeit. Psychiatrisch liegt eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Aus den Befunden würden sich keine pulmonalen oder psychiatrischen Störungen ergeben, die gegen eine Arbeitstätigkeit zumindest in angepasster Tätigkeit sprechen. Auch erscheine die rheumatische Erkrankung suffizient kontrolliert. 5.5.2.3 Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD10: M47.86), bei Anterolisthesis LWK 4/5 (Meyerding Grad I) mit breitbasiger Diskusprotrusion und Kompression der rechten L4-Wurzel

C-1319/2022 Seite 23 extraforaminal und Kontakt zur linken L4-Wurzel extraforaminal, bei Zustand nach zweimaliger Bandscheiben-Operation L4/L5 (Februar 2013 und 28. Mai 2013). 2. Breitbasige Diskusprotrusion HWK 5/6 mit leichtgradiger Spinalkanalstenose ohne neurale Kompression (ICD10: M50.2); 3. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (ohne dauerhafte Auswirkung in der letzten oder einer angepassten Tätigkeit) seien zu nennen: Präadipositas, Refluxkrankheit, Cannabis-Konsum, interstitielle Lungenkrankheit unklarer Ätiologie, Status nach mittelschwerer kombinierter obstruktiver und zentraler Schlafapnoe, rezidivierende venöse thromboembolische

Ereignisse, seronegative Polyarthrit (ED 10/2018, ES 06/2018; ICD10: M06.00, aktuell in Remission unter Therapie mit Adalimumab [Humira], assoziierte interstitielle Lungenerkrankung), Osteoporose (ED 2011, ICD10: M81.80) bei Bisphosphonate ab 04/2014, Testosterontherapie ab 08/2014, Knick-Senkfuß links > rechts (ICD10: M21.61). 5.5.2.4 Zur Beurteilung der Diagnosen und ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter in ihrem jeweiligen Fachgebiet Folgendes fest: Im internistischen Teilgutachten führte Dr. DD. \_\_\_\_\_ aus, der hiesige internistische Befund zeige – bei Präadipositas – die kardiale und pulmonale Befunderhebung in Ruhe, bei forcierter Atmung und nach der Belastung wie auch den arteriellen Gefäßstatus unauffällig. Die Blutdruckmessungen würden normotone Werte ergeben. Das abgeleitete EKG zeige einen unauffälligen Stromkurvenverlauf. Die Unterschenkelvenenthrombose im Jahr 1994 im rechten Bein und die tiefe Beinvenenthrombose im linken Bein und die Lungenembolie im Jahr 2005 bedingten insofern klinisch keine Einschränkungen mehr und seien zudem ex praxi (aus der Praxis heraus) der zuletzt langjährig durchgeführten Arbeitstätigkeit im angestammten Bereich ersichtlich internistisch als gut kompensiert zu bewerten. Nach einem Belastungstest durch Treppensteigen über zwei Etagen mit Mund-Nase-Schutz habe der Explorand zudem keine Beschwerden angegeben. Die abdominelle Befunderhebung zeige adipöse Bauchdecken, epigastrisch sei bei tiefer Oberbauchpalpation ein Druckschmerz reklamiert worden, die übrige abdominelle Befunderhebung sei unauffällig gewesen. Eine Gastroskopie im Jahr 2020 sei ohne pathologisches Ergebnis erfolgt. Internistisch empfehle sich insofern hausärztlich die Dosis der laufenden Therapie mittels Protonenpumpeninhibition beschwerdeadaptiert anzupassen, bei Persistenz der Beschwerden könnte eine Kontrollgastroskopie erwogen werden. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien

C-1319/2022 Seite 24 hieraus aktuell nicht abzuleiten. Anamnestisch sei eine verminderte Sensibilität der Oberschenkel reklamiert worden. Während der neurologischen Befunderhebung im Rahmen der internistischen Untersuchung sei an den Oberschenkeln bei der Sensibilitätsprüfung jedoch kein Defizit mehr angegeben worden. Der Explorand sei während der internistischen Untersuchung stets attent, aufmerksam, freundlich und kooperativ gewesen. Internistisch empfehle sich, eine Gewichtsreduktion unter Aufnahme eines körperlichen Ausdauertrainings anzustreben. Die Labordiagnostik zeige eine Leukozytose, die unspezifisch als Entzündungsparameter auf einen abgelaufenen Entzündungsprozess hindeuten könne, bei zugleich unauffälligem CRP-Wert erscheine eine allfällige hausärztliche Laborkontrolle ausreichend. Die Medikamentenspiegel für Pregabalin, Diclofenac und Pipamperon seien unterhalb der Referenzbereiche gelegen, was für eine nicht oder nicht regelmässig erfolgende Medikamenteneinnahme und hinsichtlich der Schmerzmedikamente Pregabalin und Diclofenac für einen eher geringen Schmerzmittelbedarf und somit für ein eher geringes Schmerzniveau spreche. Im Substanzenscreening seien Kokain, Benzodiazepine und Ecstasy qualitativ negativ und quantitativ nachweisbar (mögliche Kreuzsensitivität) sowie Cannabinoide qualitativ positiv und quantitativ nachweisbar, was den berichteten Cannabiskonsum bestätige. Zu Ressourcen und Belastungen hielt er fest, dass die berichtete Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, sein Hobby Angeln zu pflegen, zweimal wöchentlich 20 Minuten spazieren zu gehen, mit seinem Auto mit Schaltgetriebe Strecken bis zu einer Stunde zu fahren und im März 2018 mit dem Flugzeug nach Dubai zu reisen und eine einwöchige Kreuzfahrt zu unternehmen, gute Sozialkontakte zu pflegen und sich am Computer zu beschäftigen, neben der mit Mund-Nase-Schutz zügig und beschwerdefrei absolvierten Belastungsphase

durch Treppensteigen über zwei Etagen, für erhaltene Ressourcen sprechen würden. Im allgemeininternistischen Fachgebiet ergäben sich aufgrund der Aktendaten, der Anamnese und der Befunderhebung somit keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingten. Im pneumologischen Teilgutachten hielt Dr. EE. \_\_\_\_\_ fest, dass die Lungenembolie mittlerweile vor circa 16 Jahren geschehen sei. Diese sei nie ein Grund für eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit gewesen, der Explorand sei nachfolgend normal leistungsfähig gewesen. Unter der seit 2005 bestehenden Antikoagulation sei nie mehr eine Thromboembolie aufgetreten. Echokardiografisch habe 2020 kein Hinweis für das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie bestanden. Es finde sich bei Status nach

C-1319/2022 Seite 25 Nikotin eine grenzwertig obstruktive Ventilationsstörung, wobei nach Bronchospasmodolyse (Behandlung mit Medikamenten zur Erweiterung krampfartig verengter Atemwege) wiederholt eine vollständige Normalisierung dokumentiert worden sei. Es sei aufgrund dessen die Diagnose eines Asthma bronchiale gestellt worden (Erstdiagnose 03/2019). Es sei ihm deswegen Ventolin und dann auch Symbicort verschrieben worden, wobei er aktuell angebe, von diesen profitiert zu haben. Seit drei Monaten inhaliere er nicht mehr, weil er kein Medikament mehr habe und medizinisch offenbar nirgendwo mehr angebunden sei. Darunter habe sich offensichtlich keine wahrgenommene Verschlechterung eingestellt. Aktuell bestehe gemäss gutachterlicher Beurteilung kein klarer Hinweis für ein aktuell aktives Asthma bronchiale. Bezüglich der vorliegenden interstitiellen Lungenkrankheit geht der Gutachter bei nicht vorliegenden Originalbildern angesichts der Beschreibung davon aus, dass es sich rein radiologisch um einen leichtgradigen Befund handelt. Erfreulicherweise fänden sich nach wie vor eine komplett normale und im Verlauf stabile Lungenfunktion und auch eine normale und stabile CO-Diffusionskapazität. In der heutigen Spiroergometrie bestehe im Gegensatz zu 08/2020 im 6-Minuten-Gehtest (Fehlmesung?) keinerlei Anhalt für das Vorliegen einer Gasaustausch-Störung unter Belastung. Die Erstdiagnose 04/2019 eines gemischt zentral und obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms sei unter damals bestehender Opiattherapie erfolgt. Ob und zu welchem Schweregrad aktuell eine obstruktive oder allenfalls weiterhin zusätzlich auch zentrale Schlafapnoe vorliege, sei unklar (aktuell keine Opiate mehr). Der Explorand habe sich damals offensichtlich nicht an die CPAP-Therapie gewöhnen können, respektive habe er offensichtlich nicht von dieser in Bezug auf die Müdigkeit profitiert. Der Leidensdruck bezüglich der vorliegenden Müdigkeit scheine nicht sehr hoch zu sein. Alternative Therapieoptionen für eine allfällig obstruktive Schlafapnoe scheinen nicht diskutiert worden zu sein. Der Explorand berichte, schon immer nicht sehr gut im Ausdauersport gewesen zu sein. Eine relevante Einschränkung durch die Atmung habe aber nie vorgelegen und sei auch nie Thema oder Grund für eine Einschränkung im Alltag, beim Sport oder bei der Arbeit gewesen. Er sei in den letzten Jahren engmaschig in der Rheumatologie und auch Pneumologie am Universitätsspital I. \_\_\_\_\_ betreut worden, ein aktueller Bericht liege nicht vor. Basierend auf der erhobenen Anamnese und der heutigen Untersuchung bestehe kein Anhalt für eine relevante lungenfunktionelle Einschränkung bei gemäss Beschrieb in den vorliegenden Berichten leichtgradiger interstitieller Pneumopathie und bei Status nach Lungenembolie vor Jahren. Ebenso scheine keine relevante Müdigkeit durch die Schlafapnoe hervorgerufen zu werden. Es bestehe weder aufgrund der Anamnese und den vorliegenden

C-1319/2022 Seite 26 Akten der Eindruck, dass von Seiten des Exploranden oder der involvierten Ärzte mit Nachdruck eine Therapie mittels Überdruckbeatmung (CPAP oder allenfalls BiPAP, ASV) versucht oder eine alternative Schlafapnoetherapie evaluiert worden sei. In seinem rheumatologischen Gutachten hielt Dr. FF. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe seitens der rheumatoiden Arthritis im Gelenkbereich sowohl klinisch und sonographisch als auch magnetresonanztomographisch eine Remission unter der derzeitigen suffizienten Therapie mit Adalimumab (Humira). Gemäss Aktenlage sei dies mindestens seit Dezember 2019 der Fall. Die Diagnosestellung sei im Oktober 2018 in der Universitätsklinik I. \_\_\_\_\_ erfolgt. Funktionell limitierende Gelenkdeformitäten oder Sekundärarthrosen beständen nicht. Seitens der assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung sei ein leicht progredienter Verlauf, jedoch ohne limitierende Dyspnoe festgestellt worden. Insgesamt sei die rheumatoide Arthritis aktuell ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Seitens der Wirbelsäule stehe im Vordergrund ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit bildgebendem Nachweis einer Anterolisthesis LWK 4/5 (Meyerding Grad I) mit breitbasiger Diskusprotrusion und mit Kompression der rechten L4 Wurzel extraforaminal und mit Kontakt zur linken L4 Wurzel extraforaminal. Funktionell sei die Rumpfbeugung eingeschränkt und schmerzhaft. Sowohl die Osteoporose als auch die Knick-Senkfüsse hätten in ihrem Ausmass keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der bisherige therapeutische Verlauf sei als adäquat zu bewerten. Eine Prognose zum weiteren Verlauf der rheumatoiden Arthritis sei nicht detailliert möglich, jedoch seien weitere zahlreiche Therapiealternativen verfügbar. Der psychiatrische Gutachter, Dr. GG. \_\_\_\_\_, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass sich der Explorand vorrangig durch Schmerzen im Bereich des Rückens und diverser Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Finger-, Hand- und Kniegelenke) in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt fühle. Aufgrund der Schmerzen könne er sich schlecht konzentrieren und habe täglich Stimmungsschwankungen, Zukunftsängste, ein vermehrtes Grübeln, und er beschreibe einen teilweisen sozialen Rückzug. Die Schlafstörungen hätten sich unter der Pipamperon-Medikation gebessert. Aus den Akten gehe hervor, dass sich nach einer Bandscheibenoperation LWK4/5 rechts am 26. Februar 2013 und einer Rezidiv-Operation am 28. Mai 2013 eine Besserung der radikulären Beschwerden gezeigt habe und eine Weiterbehandlung im Schmerzzentrum KK. \_\_\_\_\_ erfolgt sei, wo am 30. Januar 2014 eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit seit dem 2. September 2013 bescheinigt worden sei. Dabei hätten Beschwerden nach den

C-1319/2022 Seite 27 Bandscheibenoperationen 2013 und nach dreimaliger Operation des rechten Kniegelenkes mit tiefer Beinvenenthrombose und Lungenembolie eine Rolle gespielt. Von Seiten des RAD (Bericht vom 11. März 2014) sei neben den Rücken- und Kniebeschwerden auch eine leichte depressive Stimmungslage angegeben worden, die jedoch nicht behandelt worden sei. Vor dem Hintergrund langjähriger Schmerzangaben habe sich ein Schmerzmittelkonsum entwickelt, der 2005 zu einem stationären Entzug in der psychiatrischen Universitätsklinik geführt habe. Auch habe ein Schmerzmittelmissbrauch mit Tramal und Tilidin und ein regelmässiger Stilnox-Konsum bestanden; es sei daher ein erneuter Medikamentenentzug und eine stationäre multimodale Schmerztherapie (bei Schmerzverarbeitungsstörung) empfohlen worden. Im März 2015 sei von Seiten des RAD erneut auf eine Schmerzverarbeitungsstörung, einen fortgesetzten Opioidabusus hingewiesen worden, wobei die empfohlene psychologische Schmerztherapie nicht umgesetzt worden sei. In der Rheumatologie des Universitätsspitals I. \_\_\_\_\_ sei im Oktober 2018 eine seronegative Polyarthritits diagnostiziert und eine Behandlung mit Methotrexat begonnen worden. Es sei auf einen früheren erhöhten Bierkonsum (ein bis

zwei Flaschen pro Tag, am Wochenende fünf bis sechs Flaschen pro Tag), einen früheren Valoren-Überkonsum bis 2006, einen aktuellen Tilidin-Abusus im Rahmen der Schmerzbehandlung und eine Cannabis-Inhalation seit zwei Monaten hingewiesen worden. Im September 2019 habe die SVA C.\_\_\_\_\_ neben der Polyarthritits auch auf die Schmerzproblematik verbunden mit einer Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit zur Selbstmedikation hingewiesen. Im Care-Management der HH.\_\_\_\_\_ sei Ende 2019 der Start eines Arbeitsversuches mit 2 bis 2.5 Stunden pro Tag angegeben worden; der Explorand habe über einen Spezialarbeitsplatz bis zur Frührente überbrücken wollen. Es sei ein erneuter Klinikaufenthalt bis Mai 2020 zur Entgiftung von opiat-haltigen Schmerzmitteln angegeben worden. Aus Sicht der SVA C.\_\_\_\_\_ habe im August 2020 die Tablettensucht und der Alkoholmissbrauch im Rahmen der «Schmerzthematik» im Vordergrund gestanden. Von Seiten des RAD sei Anfang 2021 auf einen stabilen Verlauf bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis (zuletzt Remission) hingewiesen worden. Als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen seien ferner rezidivierende thromboembolische Ereignisse (mit postthrombotischem Syndrom links) und ein substituierter Hypogonadismus angegeben worden. Psychiatrischerseits sei der Verdacht auf eine Substanzkonsumstörung mit erheblichen Auswirkungen auf eine Begutachtung vermutet worden. Im Austrittsbericht der Klinik X.\_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2020 seien eine rezidivierende, damals schwere depressive Störung, eine generalisierte Angststörung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

C-1319/2022 Seite 28 Faktoren und selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge beschrieben worden. Der behandelnde Psychiater habe (Anmerkung Gericht: im Bericht vom 18. September 2020) nur noch eine mittelgradige depressive Episode und eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung angegeben. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund fänden sich eine bedrückte Grundstimmung bei ausreichend erhaltener Schwingungsfähigkeit, die übrigen depressiven Kardinalsymptome (Antriebs- und Freudverlust) liessen sich nicht hinreichend objektivieren. Der Explorand gebe Zukunfts- und Existenzängste, gut behandelte Schlafstörungen und eine schlechte Konzentration aufgrund chronischer Schmerzen an. Die Angaben zur Alltagsaktivität (Haushaltsführung, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte) und die hiesige Verhaltensbeobachtung bestätigten den klinischen Eindruck, dass keine gravierende Depressivität (mehr) vorliege. Aus den Akten gehe indirekt hervor, dass im Rahmen der laufenden ambulanten Behandlung eine mittelgradige Depression behandelt worden sei. Offensichtlich sei es unter der laufenden Medikation mit Sertralin und Pipamperon und regelmässiger Psychotherapie schon zu einer teilweisen Besserung gekommen. Die aktuellen depressiven Beschwerden entwickelten sich vor dem Hintergrund einer chronischen Schmerzbelastung (im Rahmen der rheumatoiden Arthritis und der Rücken- und Kniebeschwerden) und der Kündigung des angestammten Arbeitsplatzes seit Februar 2020. Vor dem Hintergrund dieser psychosozialen Belastungssituation sei die leichtgradige depressive und sonstige Symptomatik am ehesten einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion zuzuordnen. Der überschaubare Verlauf bestätige, dass eine Anpassungsstörung eine per se günstige Prognose habe und sich unter einer leitliniengerechten Behandlung in der Regel zeitnah zurückbilde. Die aktenkundig vorbeschriebene anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nach hiesiger Einschätzung nicht bestätigt werden, da im klinischen Eindruck kein schwerer quälender und anhaltender Schmerz vorliege und dieser sich nicht initial aufgrund einer emotionalen oder psychosozialen Belastungssituation entwickelt habe. Vielmehr sei aus Sicht des

Exploranden durch den chronischen Schmerz eine psychosoziale Belastungssituation entstanden. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei bei gleichzeitigem Vorliegen einer affektiven Störung (hier Anpassungsstörung) nach den Codierregeln der ICD-10 nicht als eigenständige Diagnose anzunehmen. Der Explorand gebe an, seit drei bis vier Jahren THC zu konsumieren, dies in der letzten Zeit deutlich reduziert zu haben und nur seit einigen Tagen zur Linderung von Spannungszuständen wieder Cannabis zu

C-1319/2022 Seite 29 konsumieren. Diese Angaben spiegeln sich im auffälligen Substanzscreening. Es sei somit am ehesten von einem Cannabismissbrauch auszugehen, zumal 2006 und 2020 bereits stationäre Entgiftungsbehandlungen nach einem langjährigen Fehlgebrauch von Opioiden erfolgt seien. Die Beendigung des Cannabiskonsums (unter ärztlicher Aufsicht) werde dringend befürwortet, zumal die Begleiterscheinungen des fortgesetzten Konsums (affektive Symptome, Konzentrationsdefizite) mit der beklagten Symptomatik interferierten. Die Angaben zum Alkoholkonsum (zwei bis drei Flaschen Bier am Wochenende beim Fussballspiel) stimmten nicht mit den im Universitätsspital I. \_\_\_\_\_ angegebenen Trinkmengen überein. Der aktuelle Laborbefund zeige aktuell keine Hinweise auf Folgen eines erhöhten Alkoholkonsums. Ein Alkoholmissbrauch könne somit aktuell nicht bestätigt werden. In den Akten werde erwähnt, dass eine ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung vorliege, ohne dass eine Herleitung an den ICD-10-Kriterien nachvollziehbar erfolge. Bei der hiesigen Exploration habe der Explorand angegeben, dass er Angst vor dem Arbeitsplatzverlust habe und in der aktuellen Situation einen sozialen Abstieg aufgrund der finanziellen Sorge befürchte. Es fänden sich also nachvollziehbare Zukunftsängste in einer konkreten Belastungssituation. Es finde sich jedoch kein Hinweis darauf, dass er immer schon unter ausgeprägten Sorgen gelitten habe, in sozialen Situationen abgelehnt zu werden, sich als unattraktiv oder minderwertig sehe oder einen eingeschränkten Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit wähle. Insgesamt liessen sich die Kriterien einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeit im hier überschaubaren Längsschnitt nicht seit der Kindheit oder Jugend nachvollziehen; die oben beschriebenen Ängste seien auf eine aktuelle Lebenskrise beschränkt und rechtfertigten somit nicht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung. Die Angaben zu den chronischen Schmerzen seien nur schwer mit dem unauffälligen klinischen Eindruck am Untersuchungstag in Einklang zu bringen. Ansonsten ständen die Beschwerdebilder nicht im Widerspruch zu dem hier erhobenen Befund. Der fehlende Nachweis der verordneten Medikation mit Pipamperon und Pregabalin spreche jedoch für eine Malcompliance oder einen geringen Leidensdruck. Der orientierende Test zur Beschwerdevalidierung (Rey-Memory-Test, 15 von 15 Punkten) spreche gegen eine bewusste Aggravation oder Simulation. Der hier erhobene psychiatrische Befund sei mit einer Arbeitstätigkeit grundsätzlich vereinbar. Tätigkeiten mit höherem Zeitdruck, hoher Stressbelastung und Nacharbeit sollten jedoch vorerst vermieden werden.

C-1319/2022 Seite 30 Zum Verlauf führte der Gutachter aus, dass es 2003 und vor etwa fünf Jahren im Rahmen einer Schmerztherapie zu einem chronischen Fehlgebrauch von Opioiden gekommen sei, der bis 2006 beziehungsweise Anfang 2020 in einer stationären Behandlung habe beendet werden können. Aktuell finde sich eine leichtgradige reaktive depressive Symptomatik vor dem Hintergrund einer belasteten Lebenssituation (Arbeitsplatzverlust, Zukunftsängste). Durch die seit etwa zwei Jahren laufende ambulante

psy- chiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe eine teilweise Besse- rung dieser Beschwerden erreicht werden können. Darüber hinaus finde sich ein fortgesetzter Cannabismisbrauch, der ebenfalls unter ärztlicher Kontrolle beendet werden sollte. 5.5.2.5 Zusammenfassend sei (in interdisziplinärer Würdigung) festzuhal- ten, dass der Explorand hier vorrangig von polytopen Gelenksschmerzen, spinalen Beschwerden und einer psychischen Beeinträchtigung berichte. Die hiesigen Befunde zeigten vorrangig einen Status nach zweimaligen lumbalen spinalen Eingriffen mit entsprechend eingeschränkter lumbaler Belastbarkeit. Psychiatrisch liegt eine Anpassungsstörung mit längerer de- pressiver Reaktion vor. 5.5.2.6 Zur Indikatorenprüfung hielten die Gutachter Folgendes fest: Anamnestisch sei eine erhaltene Alltags-Selbständigkeit, Selbstversor- gungsfähigkeit und soziale Integration zu erfragen. Der Versicherte sei mo- bil, selbständig, selbstversorgend, halte soziale Kontakte, verfolge Interes- sen, führe einen PKW und unternahme eine Fernreise. Das Labor zeige teils keine wirksamen Spiegel der angegebenen Medikation, was nicht mit den Angaben zur hohen Schmerzbeeinträchtigung in Einklang stehe. Aus den hiesigen Befunden würden sich keine pulmonalen oder psychiatri- schen Störungen ergeben, die gegen eine Arbeitstätigkeit zumindest in an- gepasster Tätigkeit sprechen. Auch erscheine die rheumatische Erkran- kung suffizient kontrolliert. Aus rheumatologischer Sicht sollte der Arbeits- platz unter idealen rückengerechten Bedingungen eine wechselnde Belas- tung ohne ständiges Sitzen, weitgehend unbeschränkte Wahl der Arbeits- position, Gewichtslimite von maximal 15 kg (bei sporadischem Heben) so- wie die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen gewährleisten. Eine rein sit- zende oder stehende Tätigkeit werde nicht empfohlen, ebenso wenig das ständige Heben und Tragen von schweren Gewichten. Unter diesen Vo- raussetzungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Exploranden in ei- ner behinderungsangepassten Tätigkeit. Die Selbsteinschätzung der Ar- beitsfähigkeit des Exploranden lasse sich anhand der hiesigen objektiven Befunde nicht bestätigen oder stützen. Das Labor zeige teils keine

C-1319/2022 Seite 31 wirksamen Spiegel der angegebenen Medikation, was nicht mit den Anga- ben zur hohen Schmerzbeeinträchtigung in Einklang stehe. Aufgrund der affektiven Erkrankung bestehe derzeit noch eine auf 50 % reduzierte Be- lastbarkeit in der angestammten/letzten Tätigkeit (Pensum 100 %, Rende- ment 50 %), da die letzte Tätigkeit auch mit Nacht- und Schichtarbeit ein- hergehe. 5.5.2.7 Betreffend Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass der Ar- beitsplatz aus rheumatologischer Sicht unter idealen rückengerechten Be- dingungen eine wechselnde Belastung ohne ständiges Sitzen, weitgehend unbeschränkte Wahl der Arbeitsposition, Gewichtslimite von maximal 15 kg (bei sporadischem Heben) sowie die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen gewährleisten sollte. Eine rein sitzende oder stehende Tätigkeit werde nicht empfohlen, ebenso wenig das ständige Heben und Tragen von schweren Gewichten. Unter diesen Voraussetzungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Exploranden in einer behinderungsangepassten Tätig- keit. Die bisherige Tätigkeit entspreche weitgehend dem o.g. Muster (siehe Angaben im Fragebogen), sodass hier allenfalls eine Reduktion des Ren- dements um 20 % in Betracht komme (resultierende Arbeitsfähigkeit: 80 %). Aufgrund der affektiven Erkrankung bestehe derzeit jedoch noch eine auf 50 % reduzierte Belastbarkeit in der angestammten/letzten Tätig- keit. In angepasster Tätigkeit sollte der Arbeitsplatz aus rheumatologischer Sicht unter idealen rückengerechten Bedingungen eine wechselnde Belas- tung ohne ständiges Sitzen, weitgehend unbeschränkte Wahl der Arbeits- position, Gewichtslimite von maximal 15 kg (bei sporadischem Heben) so- wie die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen gewährleisten. Eine rein sit- zende oder stehende Tätigkeit werde

nicht empfohlen. Ebenso wenig das ständige Heben und Tragen von schweren Gewichten. Unter diesen Voraussetzungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Exploranden in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Der anamnestisch berichtete und im Labor nachweisbare Cannabiskonsum sei mit einer Eignung zum Führen von KFZ sowie mit Tätigkeiten in gefährdenden Höhen oder an gefährdenden Maschinen oder mit Arbeiten, die mit höherer Verantwortung für Dritte einhergehen, nicht vereinbar. Die genannten Einschränkungen würden bis zur Etablierung einer stabilen und lege artis kontrollierten vollständigen Abstinenz gelten. 5.5.3 Aus den obenstehenden Ausführungen kann entnommen werden, dass das PMEDA-Gutachten auch in materieller Hinsicht grundsätzlich vollständig ist, auf eingehenden Untersuchungen in sämtlichen vorliegend interessierenden Fachberichten beruht, die Teilgutachten hinsichtlich der

C-1319/2022 Seite 32 gesundheitlichen Einschränkungen schlüssig begründet worden sind, die Konsensualbeurteilung sich mit den Teilgutachten deckt und insgesamt eine fundierte Beurteilung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers vorliegt. Jedoch begründen die gutachterlichen Ausführungen zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit im Fachbereich der Psychiatrie mehr als nur «geringe Zweifel» (vgl. oben E. 5.4) am Festgehaltenen: 5.5.4 5.5.4.1 Den Ausführungen von Dr. GG.\_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit ist zu entnehmen, dass «sich in den Akten keine psychiatrisch-psychotherapeutischen Befundberichte mit Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit finden. Der hier erhobene psychiatrische Befund ist mit einer Arbeitstätigkeit grundsätzlich vereinbar [...], mangels ausreichender psychiatrischer Vorberichte lässt sich der Beginn dabei nicht ausreichend verlässlich bestimmen, pragmatisch kann die Arbeitsfähigkeit von 50 % als mit Ende der letzten Tätigkeit (Anfang 2020) geltend angenommen werden» (SVA C-act. 108.6 S. 144 f.). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit führte er weiter aus, in den Akten fänden sich keine psychiatrisch-psychotherapeutischen Befundberichte mit Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit. Eine die Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit mindernde dauerhafte Gesundheitsstörung lasse sich auch rückblickend nicht attestieren (SVA C-act. 108.6 S. 145). 5.5.4.2 Damit erfolgt jedoch für die ärztlich ausgewiesene Depression und die Schmerzproblematik in ihrem langjährigen Verlauf keine schlüssige Analyse: Der Arztbericht vom 6. Juli 2009 hält als Diagnose rezidivierende depressive Episoden fest (SVA-act. 12 S. 26). Der Hausarzt berichtet in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2013 an das Landratsamt (...) von rezidivierenden depressiven Zuständen vor allem im Jahre 2009 und hält mit Bericht vom 23. August 2013 anamnestisch und diagnostisch eine rezidivierende Depression fest (SVA C-act. 12 S. 2 und 23). Die Ärzte des Schmerzzentrums KK.\_\_\_\_\_ berichten am 24. Januar 2014 von einem majoren depressiven Syndrom, äussern den Verdacht auf generalisierte Angststörung und nicht näher bezeichnete Angststörung sowie auf eine schwere depressive Störung (SVA C-act. 22 S. 5). Dr. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin des RAD Mittelland, schliesst in ihrem Bericht vom 11. März 2014 gestützt auf eine eigene Untersuchung, (aktuell) auf eine höchstens

C-1319/2022 Seite 33 leichte depressive Episode (SVA C-act. 23). Der Hausarzt, Dr. AA.\_\_\_\_\_, wiederum nennt in seinem Bericht vom 29. November 2014 unter anderen die Diagnose rezidivierende depressive Verstimmungen (SVA C-act. 33). Dr. F.\_\_\_\_\_ des orthopädischen Zentrums in (...) hält mit Bericht vom 24. August 2015 als fachgebietsfremde Diagnose eine depressive Verstimmung fest (SVA C-act. 59.1 S. 35). Dr. AA.\_\_\_\_\_ nennt in seinem Bericht vom 2. März 2019 die Diagnose rezidivierende

depressive Zustände, seit 2009 dokumentiert (SVA C-act. 78.1 S. 1). Die Ärzte der Rheumatologie des Universitätsspitals I. \_\_\_\_\_ weisen in ihrem Bericht vom 6. Mai 2019 auf das Vorliegen einer ausgeprägten Depression bei Verdacht auf eine funktionelle Schmerzkomponente hin (SVA C-act. 53 S. 1). Dr. E. \_\_\_\_\_, Praxis für Gefässmedizin in (...), nennt als fachgebietsfremde Diagnose ebenfalls eine Depression (SVA C-act. 69 S. 1). Dem Entlassbericht der Ärzte der Klinik X. \_\_\_\_\_, Fachklinik (...) in (...), vom 16. Juli 2020 (stationärer Aufenthalt vom 24. Februar bis 16. Mai 2020) sind die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (F33.2), generalisierte Angststörung (F41.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge (Z73) sowie der Hinweis, dass bezüglich der bestehenden depressiven Episode bezüglich des Antriebs und der Stimmung bisher leider keine relevante Besserung erreicht werden können, zu entnehmen (SVA C-act. 82 S. 2). Einer E-Mail des Beschwerdeführers an die SVA C. \_\_\_\_\_ wiederum ist zu entnehmen, er müsse jetzt wieder mehr Antidepressiva nehmen, sein Psychologe Z. \_\_\_\_\_ habe ihm das verordnet, bei ihm sei er auch weiterhin ambulant in Behandlung (SVA C-act. 88). Dem Bericht des vorgenannten Z. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 ist zu entnehmen, der Patient sei seit 15. November 2019 bis heute bei ihm in Behandlung, die psychiatrische Behandlung erfolge alle 14 Tage. Infolge anhaltender Rückenschmerzen seit September 2018 sei es Ende 2019 zur Verschlechterung der psychischen Verfassung gekommen, aktuell lägen folgende Diagnosen vor: rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (F33.1), generalisierte Angststörung (F41.1), chronische Schmerzstörung, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (02/2020). Der psychiatrische Teilgutachter der PMEDA würdigte den Verlauf anhand der Vorakten und der klinischen Untersuchung am 8. Mai 2021 wie folgt: Der aktuelle klinische Eindruck in der Begutachtung bestätige, dass keine gravierende Depressivität (mehr) vorliege. Aus den Akten gehe indirekt hervor, dass im Rahmen der laufenden ambulanten Behandlung eine mittelgradige Depression behandelt worden sei. Offensichtlich sei es unter der

C-1319/2022 Seite 34 laufenden Medikation mit Sertralin und Pipamperon und regelmässiger Psychotherapie schon zu einer teilweisen Besserung gekommen. Die aktuellen depressiven Beschwerden hätten sich vor dem Hintergrund einer chronischen Schmerzbelastung (im Rahmen der rheumatoiden Arthritis und der Rücken- und Kniebeschwerden) und der Kündigung des angestammten Arbeitsplatzes seit Februar 2020 entwickelt. Vor dem Hintergrund dieser psychosozialen Belastungssituation sei die leichtgradige depressive und sonstige Symptomatik am ehesten einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion zuzuordnen. Der überschaubare Verlauf bestätige, dass eine Anpassungsstörung eine per se günstige Prognose habe und sich unter einer leitliniengerechten Behandlung in der Regel zeitnah zurückbilde (SVA C-act. 108.6 S. 24 f.). 5.5.4.3 Eine Anpassungsstörung ist als leichte psychische Erkrankung einzustufen. Nach der WHO-Klassifikation der Diagnosen ICD-10 liegt mit einer Anpassungsstörung eine psychische Störung als Reaktion auf einmalige oder fortbestehende belastende Ereignisse (z. B. Arbeitsplatzverlust, Trennung) oder «Life Events» (Geburt, Heirat) vor. Die Störung tritt innerhalb eines Monats nach Beginn des kritischen Lebensereignisses oder der (Dauer-)Belastung auf und hält meist nicht länger als 6 Monate an (vgl. < <https://www.psychyrembel.de/anpassungsst%C3%B6rung/K02G4/doc/> >, abgerufen am 10. Januar 2025). Eine Ausnahme dazu bildet die – vorliegend vom Teilgutachter attestierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), die das

Bundesgericht in seiner Rechtsprechung aber ebenfalls im Grenzbereich dessen liegend qualifiziert, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten könne (Urteil 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2 m.w.H.). In Würdigung des langjährigen Verlaufs der depressiven Störung, des im Verlauf wiederholt als mittel oder schwer bezeichneten Schweregrades der Erkrankung, des gutachterlichen Hinweises, dass der Verlauf infolge fehlender fachärztlicher Befundberichte nicht abschliessend beurteilt werden könne beziehungsweise geschätzt werden müsse, des Umstandes, dass der Beschwerdeführer gemäss Aussagen des behandelnden Psychiaters seit November 2019 in regelmässiger (14-täglicher) ambulanter Behandlung stehe und dieser ihm am 18. September 2020 (wiederum) vor allem eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (F33.1), attestiert, vermag die gutachterliche Schlussfolgerung, es liege insgesamt eine (vorübergehende) Anpassungsstörung vor, nicht zu überzeugen.

C-1319/2022 Seite 35 5.5.4.4 Hinzu kommt, dass die von RAD und Vorinstanz erwähnte Verbesserung der gesundheitlichen Situation (auch in psychischer Hinsicht) per Ende Dezember 2019 beziehungsweise «Anfang 2020» weder den Vorakten und den gutachterlichen Ausführungen schlüssig entnommen werden kann: Den Protokollen der Eingliederungsberatung der SVA C.\_\_\_\_\_ ist am 5. Dezember 2019 zu entnehmen, die momentane Arbeitsfähigkeit liege bei 25 %, dies entspreche etwa 2.5 Stunden. Der Beschwerdeführer wolle versuchen, die Arbeitszeit auf drei Stunden zu steigern. Der nächste Round Table sei für den 16. Dezember 2019 geplant. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor auf einem Spezialarbeitsplatz bei seinem Arbeitgeber eingesetzt. Sein Plan sei es, über den Sozialplan des Arbeitgebers in die Frühpensionierung gehen zu können. Möglicherweise komme es noch zu einem Aufenthalt in einer Reha-Klinik, Zeitraum Februar/März 2020. Aus Sicht der Case Managerin der HH.\_\_\_\_\_ sei dieser Aufenthalt dringend notwendig, sie habe das Gefühl, dass sich die gesundheitliche Situation eher verschlechtere. So seien jetzt neu Probleme mit der Lunge dazugekommen, ausserdem habe er die Behandlung bei einem Psychiater aufgenommen (SVA C-act. 61). Der Kurzzusammenfassung des Protokolls der SVA C.\_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2019 wiederum ist zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiterhin instabil sei. Per 2020 sei ein Klinik-Aufenthalt zur Stabilisierung vorgesehen [...]. Bis zum 31. Januar 2020 verbleibe er am Extraarbeitsplatz im Archiv der B.\_\_\_\_\_. Die Case Managerin der HH.\_\_\_\_\_ werde die Invalidenversicherung erneut aktivieren, um den weiteren Unterstützungsbedarf zu klären (SVA C-act. 64). In einer E-Mail vom 7. Februar 2020 hielt sie fest, der Beschwerdeführer sei aus der B.\_\_\_\_\_ ausgetreten, sei jedoch noch immer zu 100 % arbeitsunfähig (SVA C-act. 75 S. 4). Einer Aktennotiz der SVA C.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2020 wiederum ist zu entnehmen, dass die Case Managerin der HH.\_\_\_\_\_ die Eingliederungsberatung darüber informiert habe, dass es am 31. Januar 2020 zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses kommen werde, eine Anschlusslösung beim Arbeitgeber habe nicht gefunden werden können. Die gesundheitliche Situation sei weiterhin instabil, mehr als 4 Stunden pro Tag habe der Beschwerdeführer nicht arbeiten können. Für Februar sei ein Klinikaufenthalt in der X.\_\_\_\_\_ -Klinik in (...) geplant. Das Schmerzsyndrom und die Abhängigkeit stünden momentan im Vordergrund (SVA C-act. 65). Des Weiteren schrieb der Hausarzt den Beschwerdeführer mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom 30. Januar 2020, 26. Februar 2020, 30. März 2020 und 4. Mai 2020 zu 100 % arbeitsunfähig, seit 30. Oktober 2018 bis Ende Mai 2020 (SVA C-act. 78.2 S. 1, 3, 4, 8). Äussert sich ein Gutachten nicht klar zur eingetretenen Verbesserung, kommt ihm kein

genügender Beweiswert

C-1319/2022 Seite 36 zu (vgl. Urteil des BVGer C-653/2018 vom 15. Mai 2019 E. 5.3.2); dies hat auch hier zu gelten. 5.5.5 Die Zweifel am Vorliegen einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes per Januar 2020 lassen sich auch nicht durch die nachfolgende Prüfung durch den RAD Mittelland auflösen: In konsiliarischer Beurteilung vom 15. und 20. September 2021 folgten die beiden RAD-Ärzte, Dr. II.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. CC.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, den gutachterlichen Ausführungen und Beurteilungen. Dr. CC.\_\_\_\_\_ schloss in rheumatologischer Hinsicht auf eine volle Arbeitsunfähigkeit von September 2018 bis Dezember 2019, dies auch in angepasster Tätigkeit. Betreffend die eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht schloss Dr. II.\_\_\_\_\_ auf eine Abweichung von der gutachterlichen Einschätzung insofern, als kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliege: Die depressiven Beschwerden seien reaktiv auf psychosozial belastende Umstände hin aufgetreten (insbesondere sei die Kündigung der Arbeitsstelle mit darauf sich entwickelten Zukunftsängsten und Unsicherheiten sowie grosse Sorgen zu nennen) und würden massgeblich durch diese bestimmt (SVA C-act. 111 S. 3). Er ersuchte deshalb die SVA C.\_\_\_\_\_ um ergänzende gutachterliche Ausführungen; insbesondere sei nachzufragen, ob durch die Anpassungsstörung nicht doch gewisse spezifische, allenfalls auch qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu begründen seien (SVA C-act. 112 S. 6). Mit kurzer Stellungnahme vom 1. November 2021 hielten die Gutachter ergänzend fest, dass eine Anpassungsstörung eine eigenständige psychiatrische Erkrankung mit hier gegebenen (und wie im Gutachtenstext ausgeführt besserbaren) qualitativen Einschränkungen der Belastbarkeit sei. Dass Anpassungsstörungen eine reaktive Erkrankung repräsentierten, ändere nichts an der resultierenden eigenständigen affektiven Störung (SVA C-act. 115). Diesen Ausführungen schloss sich der Sozialmediziner des RAD, Dr. CC.\_\_\_\_\_, mit Stellungnahme vom 15. November 2021 ohne weitere Erläuterungen, ohne Auseinandersetzung mit dem Verlauf der fachärztlich diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung und ohne weitere Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit an (SVA C-act. 117). Auch der ergänzenden RAD-Stellungnahme von Dr. II.\_\_\_\_\_ vom 30. April 2024 sind hierzu keine klärenden Hinweise zu entnehmen. Zur Frage, ob Art und Umfang der klinischen Untersuchung in psychiatrischer Hinsicht den Erfordernissen des Fachgebiets genügten (Ziff. 5), kreuzte er, ohne weitere Ausführungen, «teilweise erfüllt» an. Die Fragen zur Arbeitsfähigkeit (Ziff. 10) beantwortete er mit «keine Aussage möglich». In der Gesamtbewertung führte er hingegen aus, das Gesamtgutachten könne als

C-1319/2022 Seite 37 differenziert, plausibel und nachvollziehbar beurteilt werden, darauf könne abgestützt werden (BVGer-act. 18 Beilage 4). 5.6 Hinzu kommt eine mangelhafte Würdigung der psychischen Störung nach erfolgter gutachterlicher Beurteilung im Mai 2021, wie nachfolgend aufzuzeigen ist. 5.6.1 Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerde, der Sachverhalt sei von der Vorinstanz nicht zweifelsfrei eruiert worden. Er habe aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung im Herbst 2021 stationär in der JJ.\_\_\_\_\_ -Klinik in (...) behandelt werden müssen. Dabei habe sich insbesondere in psychischer Hinsicht eine Verschlechterung gegenüber der PMEDA-Bewertung ergeben. Dem betreffenden Entlassungsbericht (vom 22. November 2021) könne entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) vorliege. Auch eine chronische Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sei diagnostiziert worden. Es sei unter diesen Umständen nicht klar, wie sich die Gesundheits-situation des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung weiterentwickelt habe (BVGer-act. 1 Ziff. 2.2). 5.6.2 Festzuhalten ist, dass sich der Beschwerdeführer vom 29. September bis 27. Oktober 2021 in der JJ. \_\_\_\_\_-Klinik, Klinik für konservative Orthopädie und Verhaltensmedizin, (...), (erneut) in stationäre Behandlung begab, (gemäss anamnestischen Angaben) zur psychosomatischen und orthopädischen Rehabilitationsbehandlung (SVA C-act. 125 S. 9). Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), eine Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei chronischem LWS-Syndrom (Z.n. zweimaligem Bandscheibenvorfall L4/L5, Februar/Mai 2013; M54.5) sowie eine seronegative chronische Polyarthritis (M06.0) attestiert. Die Behandler schlossen in psychischer Hinsicht, dass trotz intensiver psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie keine wesentliche Besserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden können. Aus psychotherapeutischer Sicht habe sich der Rehabilitand zum Entlassungszeitpunkt psychophysisch kaum erholt, in seiner Stimmung weiterhin gedrückt und hoffnungslos gefühlt. Die vereinbarten Therapieziele hätten nur teilweise erreicht werden können, insbesondere habe die Arbeitsfähigkeit noch nicht wieder hergestellt werden können. Der Rehabilitand werde regulär und arbeitsunfähig entlassen, da die geistige/psychische

C-1319/2022 Seite 38 Belastbarkeit (Konzentrationsfähigkeit, Informationsverarbeitung, Umstellungsfähigkeit, Durchhaltevermögen, Flexibilität sowie Urteilsfähigkeit) noch bedeutsam beeinträchtigt sei. 5.6.3 Der oben erwähnte Entlassungsbericht wurde der Vorinstanz nach deren Anfordern eines Ausführlichen Ärztlichen Berichts (E213) beim Hausarzt in Deutschland der Vorinstanz zugestellt (Schreiben der IVSTA vom 16. November 2021; SVA C-act. 121). Zugestellt wurde des Weiteren vor allem ein aktualisierter Bericht des Hausarztes, Dr. AA. \_\_\_\_\_, vom 22. Januar 2022, dem in psychiatrischer Hinsicht rezidivierende depressive Zustände seit 2009 dokumentiert, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, bedeutsame Minderung der Konzentrationsfähigkeit, Informationsverarbeitung, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Durchhaltevermögen sowie Urteilsfähigkeit zu entnehmen sind (SVA C-act. 125 S. 6). Ohne dass diese Behandlungsberichte ergänzend dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet worden wären, hat die Vorinstanz jedoch am 12. Januar 2022 den Rentenbeschluss gefällt (SVA C-act. 123) und am 21. Februar 2022 den angefochtenen Rentenbescheid erlassen (SVA C-act. 127 S. 3). Damit weist der Beschwerdeführer zutreffend darauf hin, dass die Gesundheits-situation nicht abschliessend beurteilt wurde. 5.7 Insgesamt ist festzuhalten, dass die psychisch bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers in ihrem Verlauf bis zur angefochtenen Verfügung nicht zweifelsfrei und nicht umfassend geprüft worden sind. Gleichzeitig ist aber festzuhalten, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung dem Beschwerdeführer retrospektiv von 8. August 2018 (Beginn der Arbeitsunfähigkeitsschreibung gemäss Taggeldakten, vgl. SVA C-act. 94 S. 2) bis 31. Dezember 2019 aus rheumatologischer Sicht eine volle Erwerbsunfähigkeit zugestanden hat (SVA C-act. 127 S. 10). Letztere Würdigung erweist sich aus Sicht des Gerichts als schlüssig: Dem rheumatologischen Teilgutachten (SVA C-act. 108.5 S. 24, 26, 28) ist zu entnehmen, dass im Zeitraum von September 2018 (Diagnostizierung der Erkrankung im Oktober 2018, nach anhaltenden Beschwerden,

durch das Universitätsspital I. \_\_\_\_\_, SVA C-act. 53 S. 5) bis Dezember 2019 (klinisch, sonographisch und magnetresonanztomographisch festgestellte Remission der rheumatoiden Arthritis infolge suffizienter Behandlung mit Adalimumab, vgl. SVA C-act. 63 S. 2 und SVA C-act. 94 S. 5 «Zusammenfassend:») aufgrund der noch nicht ausreichend kontrollierten rheumatoiden Arthritis eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (angestammt und angepasst) anzunehmen war.

C-1319/2022 Seite 39

### **E. 6.1**

Zusammenfassend ist damit die rheumatologisch begründete Rentengewährung vom 1. August 2019 (zwölf Monate nach Auftreten der gesundheitlichen Einschränkungen, Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG; sechs Monate nach Gesuchstellung; Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zum 31. März 2020 (drei Monate nach Feststellung der gesundheitlichen Veränderung, Art. 88a Abs. 1 IVV) zu bestätigen. Hingegen erweist sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend geklärt für den Zeitpunkt ab Januar 2020 (Zeitpunkt der angenommenen Verbesserung). Die Rentengewährung von August 2019 bis März 2020 ist damit zu bestätigen, die Sache jedoch zu weitergehenden Abklärungen ab Januar 2020 und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Dabei fällt eine ergänzende Begutachtung durch die PMEDA ausser Betracht, da dieser Gutachterstelle keine Gutachtensaufträge mehr erteilt werden (vgl. oben E. 5.4). Da neben der ergänzend abzuklärenden psychischen Erkrankung vorliegend Beschwerden im interdisziplinären Bereich (somatisch bedingte Schmerzstörung, Suchterkrankung), eine fortschreitende, nach Aktenstand aber in Remission befindliche rheumatoide Arthritis, degenerative Gelenkserkrankungen mit operativer Sanierung und eine unklare interstitielle Pneumopathie attestiert werden, ist – nach Aktualisierung und Ergänzung der medizinischen Akten, auch mittels der im deutschen Leistungsverfahren erstellten Akten – eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie/Orthopädie und Psychiatrie, unter Beachtung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 und BGE 145 V 215, zu veranlassen.

### **E. 6.2**

Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klärstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zudem ist mit der Rückweisung keine reformatio in peius verbunden, da mit den angeordneten Abklärungen ab Januar 2020 die in Beachtung von Art. 88a IVV bis März 2020 gewährte ganze Invalidenrente nicht gefährdet wird (BGE 144 V 153 E. 4.1).

### **E. 6.3**

Die Gutachterstelle ist nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1

C-1319/2022 Seite 40 und Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch Urteil des BVGer C-5873/2023 vom 25. Oktober 2024 E. 8.3); dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

#### **E. 6.4**

Aufgrund der Rückweisung zu weiteren Abklärungen ab Januar 2020 und zu neuem Entscheid kann darauf verzichtet werden, auf die Rügen betreffend Beschäftigungsgrad im Gesundheitsfall (Ziff. 3.2 der Beschwerde) und zum leidensbedingten Abzug (Ziff. 4 der Beschwerde) einzugehen.

#### **E. 7**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 7.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich die unterliegende Partei tragen muss. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6) und vorliegend die vorinstanzliche Rentengewährung von August 2019 bis März 2020 bestätigt wird, sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– (vgl. oben Bst. D.b) ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 7.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. 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, insbesondere des einfachen Schriftenwechsels, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) gerechtfertigt. Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten.

C-1319/2022 Seite 41