

BVGer C-1407/2018 vom 9. März 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1407_2018

FR: TAF C-1407/2018 du 9 mars 2020

IT: TAF C-1407/2018 del 9 marzo 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 12. März 2018 ist - nachdem dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist (vgl. Sachverhalt, Bst. E hievor) - einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Demnach ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 6. Februar 2018) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Unterlagen, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, wenn und soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen respektive Rückschlüsse darauf zulassen (vgl. Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2).

E. 3

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton C._____ erwerbstätig und lebte im Zeitpunkt der IV-Anmeldung in (...)/FL (act. 9). Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht

und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen waren die IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der IV-Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig (Art. 40 Abs. 2 IVV).

E. 4

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Liechtenstein. Damit gelangt das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA-Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (nachfolgend: EFTA-Übereinkommen, SR 0.632.31, in der Fassung des Abkommens von 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation [AS 2003 2685], in Kraft seit 1. Juni 2002) zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung.

E. 4.2

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des EFTA-Abkommens ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVerfG C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein, fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat von Mai 1997 bis April 1998, im Oktober 2004 sowie - mit Unterbrüchen - von Juli 2006 bis Dezember 2013 - in der Schweiz gearbeitet und in dieser Zeit - während insgesamt mehr als drei Jahren - Beiträge an die an die schweizerische AHV/IV geleistet (act. 12).

E. 4.4

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.6.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4; 115 V 133 E. 2).

E. 4.6.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 4.6.3

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). 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.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 4.6.4

Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50; 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmehmodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter vom 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

E. 4.7

Das Bundesgericht hat im Grundsatzurteil BGE 143 V 409 festgehalten, dass die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen, allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden könne. Ob eine Therapie durchgeführt werde, gelte zwar auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig

gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus (E. 4.4). Gestützt auf eine erneute vertiefte Prüfung der Sach- und Rechtslage kam das Bundesgericht zum Schluss, dass an der bisherigen Rechtsprechung zu den leichten und mittelschweren Depressionen nicht mehr festgehalten werden könne. Denn die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen könnten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, erweise sich in dieser absoluten Form als unzutreffend und stehe einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Krankheit im Einzelfall entgegen (E. 4.5.1). In der Folge hielt das Bundesgericht mit Verweis auf ein gleichentags gefälltes Urteil 8C_130/2017 (publiziert in BGE 143 V 418) fest, dass Depressionen von neu anhand des Indikatorenkatalogs gemäss BGE 141 V 281 abzuklären seien (E. 5.2). In BGE 143 V 418 führte das höchstinstanzliche Gericht überdies aus, dass psychische Leiden - wie die somatoformen/funktionellen Störungen - wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich seien. Deshalb sei auch bei diesen Leiden der Beweis indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren, zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erhebaren Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Aufgrund dieser Erkenntnis lasse sich eine Beschränkung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht mehr länger rechtfertigen. Demnach sind nach dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich sämtliche psychischen Krankheiten einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. dazu auch Thomas Gächter/Michael E. Meier, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018). Davon kann - aus Gründen der Verhältnismässigkeit - dort abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. In diesen Fällen zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen. Überdies kann von einem strukturierten Beweisverfahren dort abgesehen werden, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Die Frage der Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens ist dabei stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der

jeweiligen Beweisproblematik zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. zum Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

E. 4.8

Von einer lege artis, das heisst auch normorientiert erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich, im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Es besteht zum einen das rechtsprechungsgemässe Verbot unzulässiger juristischer Parallelprüfung im Vergleich zur Arbeitsunfähigkeitsfestlegung durch die Gutachter. Zum anderen umschreibt BGE 141 V 281 die Befugnis, im Rahmen der (freien) Überprüfung durch den Rechtsanwender von der ärztlichen Folgenabschätzung abzuweichen. Diese beiden Argumentationslinien sind wie folgt abzugrenzen: In allen Fällen ist durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Am Beispiel rezidivierender depressiver Entwicklungen leichten bis mittleren Grades veranschaulicht, die in der IV-rechtlichen Invaliditätsprüfung sehr oft im Vordergrund stehen, bedeutet dies: Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders - Durchführungsstelle oder Gericht - Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (145 V 361 E. 4.3).

E. 4.9

Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; 137 V 210 E. 6). Allerdings ist dem Umstand, dass

ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, unter Umständen bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. In dieser speziellen Übergangssituation lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen (dazu BGE 135 V 465 E. 4). In solchen Fällen genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (verwaltungsexternen) ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2; SVR 2015 IV Nr. 26 [8C_616/2014] E. 5.3.1).

E. 5

Bezogen auf den relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2018 lagen der Vorinstanz im Wesentlichen die folgenden Akten vor:

E. 5.1

Dr. med. F. _____, FMH Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. März 2014 eine kombinierte Schalleitungs-Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits sowie den Verdacht auf eine Lärmschwerhörigkeit. In seiner Beurteilung führte er aus, er habe eine Hörgeräteversorgung über die SUVA empfohlen (act. 57).

E. 5.2

Mit Bericht vom 27. Oktober 2014 hielt der behandelnde Hausarzt, Dr. med. D. _____, als Diagnosen neuropathische Schmerzen im Bereich der rechten Hand, bei Status nach Unfallereignissen vom 15. Juli 2013 und 12. Februar 2014, ein posttraumatisches Neurinom im Medianusbereich, eine berufsbedingte Innenohrschwerhörigkeit beidseits, ein schweres Schlafapnoe-Syndrom sowie eine koronare Herzkrankheit fest. Zur Begründung der ab 12. Februar 2014 bis auf Weiteres attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit führte er insbesondere aus, der Beschwerdeführer könne die rechte Hand für keinerlei körperliche Tätigkeiten verwenden. Darüber hinaus leide er unter einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit, so dass er aktuell nicht in der Lage sei, irgendeine erwerbliche Tätigkeit auszuüben (act. 15).

E. 5.3

Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt vom 28. August 2014 bis 17. September 2014 in der Klinik G. _____ hielten die verantwortlichen Ärzte mit Bericht vom 6. Oktober 2014 als Diagnosen chronische immobilisierende und invalidisierenden Schmerzen am rechten Unterarm und an der rechten Hand als Folge eines Neuroms Ramus palmaris rechts des Nervus medianus nach Schnittverletzung, eine koronare Herzkrankheit, ein Asthma bronchiale, eine kombinierte Schallempfindungs- und Schalleitungs- sowie eine Schlafumkehrstörung fest. In ihrer Beurteilung führten sie weiter aus, beim Patienten hätten starke brennende und stechende Schmerzen an der Dorsalseite des rechten Unterarms sowie der Handfläche bestanden. Der Patient habe sich auch über eine Sensibilitätsstörung mit Taubheitsempfinden in den Fingern 1 - 4 beklagt. Zudem bestehe eine starke Müdigkeit tagsüber bei anamnestischer Schlafumkehr. Durch die starke Müdigkeit bestehe zudem ein eher niedriges Aktivitätsniveau tagsüber sowie eine herabgesetzte Tagesstruktur. Nachts würden zudem Schlafstörungen beklagt. Bezüglich der rechten Hand sei eine absolute Schonhaltung zu sehen gewesen. Jegliche Therapieversuche aus der Handgelenkschiene heraus seien wegen massiver Schmerzzunahme verhindert worden. Insgesamt habe eine mangelnde Bereitschaft bestanden, bei den Belastungstests und während des Trainings ein gewisses Mass an unvermeidbaren Beschwerden zu tolerieren, um an der eingeschränkten

Handfunktion arbeiten zu können. Deshalb habe der Arm-Handgebrauch im Verlaufe der Rehabilitation nicht gesteigert werden können; auch bei einfachsten Handhabungen im Alltag hätten der rechte Arm respektive die rechte Hand nicht eingesetzt werden können (SUVA-act. 58; Schaden-Nr. [...]).

E. 5.4

SUVA-Kreisarzt Dr. med. H._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte mit Bericht vom 6. November 2014 aus, nach einer primären operativen Versorgung sei eine ausgiebige Nachbehandlung durchgeführt worden, und es persistiere eine ausgeprägte Schmerzproblematik. Die vorgeschlagene Wundrevision mit Exzision eines eventuellen Neuroms sei bei chronifiziertem Bild mit Symptomausweitung nur fraglich erfolgreich. Der Beschwerdeführer lehne diese Operation ab, nachdem ihm keine Erfolgsgarantie habe abgegeben werden können. Es bestünden keine anderen Behandlungsoptionen, so dass der medizinische Endzustand erreicht sei. Medizinisch-theoretisch sei der Produktionsmitarbeiter in seiner angestammten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig, da es sich gemäss Anforderungsprofil um eine leichte bis höchstens mittelschwere Arbeit handle. Die objektivierbaren, aufgrund der ausdrücklichen Verletzung nachvollziehbaren Restfolgen seien nicht erheblich, so dass keine Integritätsentschädigung geschuldet werde. Das beklagte Beschwerdebild betreffe ausschliesslich den neurologischen Fachbereich (SUVA-act. 65; Schaden-Nr. [...]).

E. 5.5

Dr. med. I._____, FMH Innere Medizin und Pneumologie, hielt in seinem Bericht vom 6. November 2014 als Diagnosen einen hochgradigen Verdacht auf ein mittelschweres bis schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine Adipositas per magna (BMI 39,9), einen Status nach Arbeitsunfall mit Armverletzung und einer seit 12. Februar 2014 bestehenden Arbeitsunfähigkeit, ORL-Operationen im Mittelohr, beidseits bei hochgradiger Schwerhörigkeit, sowie einen Status nach dreimaliger Koronarangiografie wegen Verdachts auf Herzinfarkt fest. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, es ergebe sich der hochgradige Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom oder ein Adipositas-Hyperventilationsyndrom mit einer schweren Symptomatik (act. 26, S. 3 - 5).

E. 5.6

Mit Bericht vom 24. November 2014 hielt Dr. med. I._____ gestützt auf die am 17. November 2014 durchgeführte Polygrafie ein schweres, praktisch rein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, akzentuiert in Rückenlage, eine Adipositas per magna (BMI 39.9) sowie einen Status nach dreimaliger Koronarangiografie fest (act. 32, S. 1 f.).

E. 5.7

Prof. Dr. med. J._____, FMH Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2014 einen Status nach Teilverletzung der Palmaris longus-Sehne rechts nach Schnittverletzung am 15. Juli 2013 sowie einen Status nach Hyperextension des rechten Handgelenks am 12. Februar 2014. In der klinisch neurologischen Untersuchung sei eine erhebliche Minderinnervation bei der Kraftprüfung im gesamten rechten Arm aufgefallen. Die Hand wirke wie plegisch, werde aber in unbeobachteten Situationen wieder unauffällig bewegt. Hinweise auf eine Störung der Muskeltrophik bestünden nicht, und auch die Handbeschwellung sei an sich seitengleich. In der elektrophysiologischen Untersuchung der Nerven habe sich keine relevante Läsion objektivieren lassen. Insgesamt liessen sich auf neurologischem Fachgebiet keine Unfallfolgen objektivieren. Er habe eher den Eindruck

einer erheblichen Aggravation der Beschwerden. Die Bewegungsunfähigkeit der rechten Hand lasse sich nicht nachvollziehen. Im Grundsatz empfehle er, die rechte Hand nicht weiter zu schonen. Ferner habe er auch vom Tragen der Bandage abgeraten, da der Patient vermutlich auch langsam verlernt habe, die Hand überhaupt einzusetzen. Formal sei der Beschwerdeführer nur auf neurologischem Fachgebiet nicht arbeitsunfähig (SUVA-act. 81; Schaden-Nr. 13.15851.13.7).

E. 5.8

RAD-Arzt Dr. med. K._____ kam in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 8. Januar 2015 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer laut SUVA-Akten unfallbedingt voll arbeitsfähig sei. Die Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms sei zumutbar. Mit dieser Erkrankung lasse sich somit kein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ableiten (act. 35).

E. 5.9

In einer weiteren Stellungnahme vom 8. April 2015 führte Dr. med. K._____ aus, das Schlafapnoe-Syndrom sei bei entsprechender Mitarbeit des Beschwerdeführers in der Regel gut behandelbar. Es bestehe somit ab Ende Februar 2015 kein Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit (act. 60).

E. 5.10

Im Rahmen seines gegen den Vorbescheid vom 16. April 2015 erhobenen Einwandes vom 19. Mai 2015 hob Dr. med. D._____ hervor, dass das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom beim Beschwerdeführer im Vordergrund stehe. Es werde zwischenzeitlich mittels CPAP (continuous positive airway pressure) behandelt. Es handle sich um eine schwere Störung mit ganz erheblichen kardio-vaskulären Risiken. Der Beschwerdeführer schlafe tagsüber dauernd ein. Nach seiner Auffassung müsse die Arbeitsfähigkeit interdisziplinär abgeklärt werden, wobei das dokumentierte schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom zu berücksichtigen sei (act. 64, S. 1 f.).

E. 5.11

Die SUVA-Arbeitsmedizinerin Dr. med. L._____, FMH Oto-Rhyno-Laryngologie, kam in ihrer Beurteilung vom 19. Juni 2015 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus ORL-fachärztlicher Sicht seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Stanzer unter Verwendung geeigneter Gehörschutzmittel weiterhin ausüben könne. Es bestehe weder ein überwiegend berufs- noch ein unfallbedingter Hörschaden. Die Übernahme der Hörapparate zulasten einer beruflichen Lärmexposition sei nur mit sehr knapp erreichten Kriterien erfolgt (act. 72, S. 5 -7).

E. 5.12

Im Auftrag der IV-Stelle erstattete das E._____ am 22. März 2016 sein polydisziplinäres Gutachten aus den Fachbereichen Allgemein- und Arbeitsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Innere Medizin, Neurologie und Neuropsychologie (nachfolgend: E._____ -Gutachten). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Experten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1), ein chronisches Schmerzsyndrom am Unterarm und der Hand rechts (ICD-10 M 79.6) und ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom leichter Ausprägung fest. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung aufgrund einer wahrscheinlichen Aggravation, ein mittelschweres bis schweres obstruktives

Schlafapnoe-Syndrom mit massiver Tagesmüdigkeit und aufgehobenem respektive verdrehtem Tag-Nacht-Rhythmus, intermittierenden Nackenschmerzen sowie eine morbid Adipositas (BMI 42) fest. In ihrer Gesamtbeurteilung kamen sie zum Schluss, dass bei der klinischen Untersuchung ein adipöser Explorand mit einem aktuellen BMI von 41,5 kg/m² aufgefallen sei. Auffällig sei gewesen, dass beide Trommelfelle defekt seien. Arbeitsmedizinisch sei der verdrehte Schlaf-Tag-Rhythmus zu erwähnen. Die psychiatrische Untersuchung habe ergeben, dass die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode erfüllt seien, wobei allerdings derzeit keine adäquate Behandlung stattfinde. Unter Berücksichtigung der Anforderungen bei einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft finde sich bezüglich der Anpassung an Regeln und Routinen eine mindestens mittelgradige Einschränkung. Die Beurteilung des MRI des rechten Handgelenks vom 14. Dezember 2015 habe ergeben, dass die Palmaris longus-Sehne unauffällig und der Nervus medianus regelrecht seien, wobei keine Hinweise auf eine entzündliche Affektion oder auf ein Neurom respektive eine tumoröse Raumforderung bestanden hätten. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe weder die beklagte Beschwerdesymptomatik an der rechten Hand noch das beobachtbare Schonverhalten adäquat erklärt werden können. An der rechten Hand hätten sich keine Ödeme, keine Schweissbildungsanomalien, keine Temperatur- oder Farbveränderungen gezeigt und es sei eine unbeeinträchtigte Muskelatrophie festgestellt worden. Dies alles passe nicht zur beklagten Invalidität der rechten Hand. Im Rahmen der klinischen Untersuchung müsse eine Verdeutlichungstendenz und Beschwerdeausweitung gesehen werden. Für eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Rückenbelastung, ohne wiederholtes Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 - 7 kg, ohne gebückt, kauend, Oberkörper-rotierend oder über Kopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne Heben, Greifen von Lasten mit der rechten Hand und ohne repetitive Handbewegungen rechts sowie ohne besondere fein-motorische Anforderungen für die rechte Hand, sei aus muskuloskelettärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zumutbar. Die neurologische Untersuchung habe für das beklagte chronische Schmerzsyndrom am rechten Unterarm und an der rechten Hand keine Hinweise für eine Neuropathie oder für einen Morbus Sudeck ergeben. Aufgrund der im Dezember 2014 vorgenommenen Computertomografie des Schädels könne eine strukturelle Genese der Kopfschmerzen weitgehend ausgeschlossen werden. Aus rein neurologischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Bei der neuropsychologischen Untersuchung habe im Rahmen der durchgeführten Tests eine neuropsychologische Störung bei wahrscheinlicher Aggravation nicht quantifiziert werden können. Die Testbefunde seien nicht vereinbar mit dem unauffälligen CT-Befund des Neurokraniums. Die psychiatrischen und neurologischen Diagnosen könnten zwar einen Einfluss auf das kognitive Leistungsvermögen des Beschwerdeführers haben, doch vermöchten sie die testpsychologisch schweren Defizite alleine nicht zu begründen. Aus rein neuropsychologischer Sicht könne die Arbeitsfähigkeit aufgrund der nicht gegebenen Validität der Befunde nicht beurteilt werden. Zusammengefasst könnten die geklagten Schmerzen im Bereich der rechten Hand und des Unterarmes nicht objektiviert werden. Der Explorand sei massiv dekontingiert und habe in den letzten Jahren deutlich an Gewicht zugenommen; allerdings sei keine Herzinsuffizienz festzustellen. Die mittelgradige depressive Störung und die ebenfalls nicht behandelte Bronchokonstriktion seien insgesamt im Vordergrund gestanden. Aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung sei der Beschwerdeführer derzeit nur zu 50 % arbeitsfähig. Unter adäquater Behandlung sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Zumutbar sei eine körperlich leichte

Verweistätigkeit mit den im rheumatologischen Fachgutachten beschriebenen Limiten. Im Vordergrund sei eine depressive Störung gestanden, welche gegenwärtig die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränke. Nach erfolgreicher psychiatrischer Behandlung sei die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich steigerbar. Es bestünden belastende soziale Kontextfaktoren, wie insbesondere die Kündigung des Arbeitsplatzes, die Enttäuschung des Beschwerdeführers über die fehlende Akzeptanz seiner Beschwerden bei den Ärzten, die späte Diagnostik der Sehnenläsion sowie die bedrohlich wirkende Ankündigung, er könne bei Nicht-Compliance bald sterben. Andererseits scheine der Beschwerdeführer durchaus auch über Ressourcen zu verfügen, zumal er unlängst Vater geworden sei. Die Persönlichkeitsaspekte des Exploranden erschwerten den Umgang mit dem Gesundheitsschaden, da dieser seine Beschwerden rein somatisch ansehe. Nach Einleitung und Durchführung der Therapieoptionen sei mit einer Besserung der Gesamtsymptomatik zu rechnen, vornehmlich im psychiatrischen Bereich (E. _____-Gutachten, act. 87, S. 41 - 48).

E. 5.13

RAD-Arzt Dr. med. K. _____ kam in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 24. März 2016 zum Schluss, dass aufgrund der derzeit nicht behandelten mittelgradigen depressiven Episode von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen sei. Die im E. _____-Gutachten empfohlenen Therapieoptionen seien zumutbar. Nach Durchführung einer konsequenten und adäquaten Behandlung müsse voraussichtlich in einem Jahr eine erneute vertiefte Abklärung erfolgen (act. 88).

E. 5.14

In seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2016 kam RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, zum Schluss, dass auf das psychiatrische Teilgutachten des E. _____ nicht abgestellt werden könne, da es den Standardindikatoren, insbesondere in Bezug auf die Konsistenzprüfung und die Beurteilung der Persönlichkeit, aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht gerecht werde. Die Gesamtwürdigung des E. _____-Gutachtens ergebe, dass eine valide Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit infolge des aggravatorischen Verhaltens nicht möglich sei. Eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Zur Begründung führte der RAD-Arzt namentlich an, die verschiedenen Fachgutachter hätten erhebliche Inkonsistenzen festgestellt. Ferner verweigere der Beschwerdeführer eine psychiatrisch adäquate Behandlung. Im E. _____-Gutachten sei keine Auseinandersetzung mit den im neuropsychologischen Gutachten genannten Verhaltensweisen und den als erheblich aggravatorisch einzustufenden Diskrepanzen erfolgt. Im Blutspiegel seien sodann auch keine Nachweise für die verordneten Psychopharmaka gefunden worden. Abschliessend empfahl er, den Originalbericht des psychosomatischen Konzils der schlafmedizinischen Abteilung des Spitals N. _____ vom 20. August 2015 einzuverlangen. Ferner sei die zusätzliche Beschaffung von Informationen durch Dritte angezeigt (act. 97).

E. 5.15

Im Rahmen einer Fahreignungsabklärung kam Dr. O. _____, Verkehrspsychologisches Zentrum P. _____, mit Bericht vom 22. November 2016 zum Schluss, dass die vom Beschwerdeführer erzielten Ergebnisse keine Hinweise auf eine die

fahreignungsausschliessende Einschränkung der Vigilanz ergeben hätten. Aus dem testpsychologischen Befund des Amtes für Soziale Dienste vom 20. Oktober 2016 resultiere eine durchschnittliche Belastbarkeit, eine knapp durchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, eine unterdurchschnittliche motorische Ausführungsgeschwindigkeit, eine unterdurchschnittliche Orientierungsleistung sowie eine knapp unterdurchschnittliche optische Wahrnehmungsleistung respektive Fähigkeit zur Überblicksgewinnung. Auch die am 12. November 2016 durchgeführte testpsychologische Überprüfung der Vigilanz habe eine als durchschnittlich einzustufende mittlere Reaktionszeit ergeben (act. 113, S. 1 - 7).

E. 5.16

Mit Bericht vom 19. Januar 2017 hielt Dr. med. D. _____ als Diagnosen namentlich eine koronare Herzkrankheit, eine Anstrengungsdispnoe, ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit, schwere depressive Verstimmungszustände, einen Status nach Verletzung der Palmaris longus-Sehne und erneuter Kontusion des rechten Handgelenks wie auch eine schwere Innenohrschwerhörigkeit fest. Ferner führte er aus, aufgrund der Müdigkeit, der Konzentrationsschwäche, der schweren depressiven Verstimmungszustände, der panvertebralen Beschwerden und der unfallbedingten Beeinträchtigungen der rechten Hand bestehe nach seiner Beurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. 16).

E. 5.17

Dr. med. I. _____ hielt in einem ergänzenden Bericht vom 30. Januar 2017 zuhanden der IV-Stelle fest, die Auswertung des CPAP-Gerätes vom August 2016 habe sich eine völlige Korrektur des vormals schweren, praktisch rein obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (mit einer Therapiecompliance von 93 % der Tage) ergeben (act. 118, S. 1 - 6).

E. 5.18

RAD-Arzt Dr. med. M. _____ führte in seiner medizinischen Stellungnahme vom 14. März 2017 aus, die verkehrspsychologische Abklärung ergebe keine Hinweise auf eine gesundheitliche Einschränkung, welche die Fahreignung infrage zu stellen vermöchte. Insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine Demenz oder auf inhaltliche oder formale Denkstörungen. Ferner empfahl der RAD-Arzt, den psychiatrischen Fachärzten des E. _____ die RAD-Stellungnahmen samt den Berichten über die Fahreignung und dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 30. Januar 2017 zur ergänzenden Beurteilung zu unterbreiten (act. 121).

E. 5.19

Mit Bericht vom 3. August 2017 nahm der psychiatrische Gutachter des E. _____, Dr. med. Q. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zu den ihm unterbreiteten Ergänzungsfragen dahingehend Stellung, dass beim Beschwerdeführer trotz des von ihm beschriebenen leicht theatralischen Auftretens psychopathologisch eindeutig ein mittelgradiges depressives Syndrom vorliege, welches diagnostisch einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche. Die sich aus dem psychopathologischen Befund ergebenden Einschränkungen der funktionellen Fähigkeiten würden schätzungsweise eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ergeben. Entgegen der Argumentation der IV-Stelle bedeute eine Malcompliance nicht ohne Weiteres, dass der Explorand nicht krank sei. Überdies lasse ein niedriger Medikamentenspiegel keine Rückschlüsse in Bezug auf die Regelmässigkeit der Medikamenteneinnahme zu. Auch stünden die Ergebnisse der verkehrsmedizinischen

Testung nicht im Widerspruch zu den Aussagen im psychiatrischen Teilgutachten. Denn auch ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik könne eine gewisse Konzentrationsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit und Vigilanz zeigen (act. 125).

E. 5.20

RAD-Arzt Dr. med. R. _____ kam in seiner medizinischen Stellungnahme vom 28. August 2017 zum Schluss, dass auch die ergänzenden Ausführungen des psychiatrischen Gutachters die Kriterien für einen überdauernden Gesundheitsschaden nicht zu erfüllen vermöchten (act. 126).

E. 5.21

Mit Bericht vom 28. September 2017 führte Dr. med. D. _____ aus, als Alternative zur (vom Patienten abgelehnten) stationären psychiatrischen Abklärung und Behandlung habe er diesem eine antidepressive Therapie medikamentöser Art verschrieben. Ergänzend habe er ihn beim ambulanten sozial-psychiatrischen Dienst angemeldet (act. 130, S. 15 f.).

E. 5.22

Dr. med. D. _____ führte in einem weiteren Bericht vom 2. Januar 2018 (act. 134) aus, der Beschwerdeführer erhalte vom sozial-psychiatrischen Dienst des Fürstentums Lichtenstein regelmässig Unterstützung und Beratung. Ferner begeben er sich rund zweimal pro Jahr in die pneumologische Kontrolle bei Dr. med. I. _____. Die HNO-Probleme würden sodann durch Dr. med. S. _____ behandelt. Der Beschwerdeführer befinde sich nach wie vor in einer depressiven Phase und erhalte weiterhin die Antidepressiva Fluoxetin (20mg 1-1-0) und Mirtazepin (30 mg 0-0-0-1).

E. 6.1

Die Vorinstanz vertritt die Auffassung, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2015 in der bisherigen wie auch in jeder anderen angepassten und geeigneten Erwerbstätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei erst seit Sommer 2015 ausgewiesen und werde bis heute nicht medizinisch adäquat behandelt. Unter diesen Umständen liege kein dauernder Gesundheitsschaden vor. Ferner sei das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens auch deshalb zu verneinen, weil die Fahreignungsabklärung die beim Beschwerdeführer weiterhin bestehende Fahrtüchtigkeit bestätigt habe (Beilage 1 zu BVGer act. 1).

E. 6.2

Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Eingabe seiner Rechtsvertreterin vorbringen, es sei auf das beweiskräftige E. _____-Gutachten und insbesondere auch auf die vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierte mittelgradige depressive Episode und die gestützt darauf attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % abzustellen. Er nehme bereits jetzt verschiedene Therapieoptionen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich in Anspruch. Derzeit nehme er die ihm verordneten Antidepressiva Fluoxetin und Mirtazepin ein. Entgegen der Argumentation der IVSTA sei eine Therapieresistenz nach der neuesten Rechtsprechung für die Zusprache einer Invalidenrente nicht mehr vorausgesetzt. Die Vorinstanz habe sich überdies in keiner Weise mit dem massiven Hörverlust auseinandergesetzt und dadurch seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Entgegen der Argumentation der Vorinstanz liege keine Aggravation, sondern vielmehr eine Verdeutlichungstendenz vor. Die nur knapp bejahte Fahreignung sei nicht geeignet, Zweifel an seiner eingeschränkten Erwerbsfähigkeit zu wecken (BVGer act. 1).

E. 6.3

In ihrer Beschwerdevernehmlassung vom 8. Mai 2018 führt die IVSTA unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 4. Mai 2018 ergänzend aus, laut E._____ -Gutachten nehme der Beschwerdeführer keine adäquate psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Hinzu komme, dass im Medikamentenspiegel kein Nachweis für die Einnahme der antidepressiven Medikation habe gefunden werden können, so dass zumindest Zweifel an der regelmässigen Einnahme bestünden. Eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor, und auch im Komplex Persönlichkeit seien keine einschränkenden Faktoren ersichtlich. Die medizinische Aktenlage erlaube demnach eine schlüssige Beurteilung im Hinblick auf die Standardindikatoren (BVGer 6 samt Beilage).

E. 6.4

Replicando lässt der Beschwerdeführer einwenden, es werde bestritten, dass das Schlafapnoe-Syndrom gut behandelbar sei. Auch aus rheumatologischer Sicht sei eine Verweistätigkeit nicht mehr möglich, zumal sich seine Rückbeschwerden massiv verschlechtert hätten. Ferner sei die Schwierigkeit der Verwendung der CPAP-Maske auch im Zusammenhang mit der sich seit Februar 2015 entwickelnden chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) zu sehen. Die COPD führe zu einer ausgeprägten Kurzatmigkeit respektive Atemnot, was die Verwendung der CPAP-Maske erschwere. Die ausgeprägte Tagesmüdigkeit aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms und die mittelgradige Depression würden sich gegenseitig bedingen. Die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach bei adäquater Therapie mit einer deutlichen Verbesserung der Depression und der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei, erweise sich als unzutreffend. Laut Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. T. _____, vom 12. Juni 2018 leide der Beschwerdeführer an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und histrionischen Anteilen (ICD-10 F 61.0) sowie an einer Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.28). Entgegen ihrer ursprünglichen Absicht habe die IV-Stelle sodann zu Unrecht auf den Beizug von Berichten aller behandelnden Ärzte verzichtet (BVGer act. 12).

E. 7

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die eingeholten Gutachten und Arztberichte eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben. Dabei gilt es zu beachten, dass gemäss früherem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

E. 7.1.1

Ein versicherter Gesundheitsschaden liegt nicht vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287; Urteil des BGer

8C_52/2019 vom 30. April 2019 E. 2.2). Rechtsprechungsgemäss liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Ob ein Ausschlussgrund vorliegt, bedarf einer sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteile des BGer 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.2; 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des BGer 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.3 mit Hinweis, in: SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56).

E. 7.1.2

Der neuropsychologische Teilgutachter des E._____, lic. phil. U._____, fasste seine Untersuchungsergebnisse dahingehend zusammen, dass der Explorand zwar kooperativ und bemüht mitgearbeitet habe, allerdings mit einer eingeschränkten Leistungsbereitschaft und Ausdauer, so dass aufgrund der Verhaltensbeobachtungen von einer Symptomverdeutlichung oder Aggravation ausgegangen werden müsse (Neuropsychologisches Teilgutachten vom 28. Februar 2016, S. 13; act. 87, S. 125). Der neurologische Teilgutachter des E._____, Dr. med. V._____, hielt sodann (nur) einen "Verdacht auf eine mögliche Aggravation" fest mit dem Hinweis, dass die klinische Untersuchung eine Minderinnervation in der manuellen Prüfung der Kraftgrade der rechten Hand ergeben habe, ohne dass Hinweise für eine organisch manifeste Parese vorliegen würden und ohne dass eine Atrophie der Muskulatur erkennbar wäre (Neurologisches Teilgutachten vom 25. November 2015, S. 6; act. 87, S. 11). Im Rahmen der rheumatologischen Teilbegutachtung hielt Dr. med. W._____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, fest, dass weder die beklagte Beschwerdesymptomatik an der rechten Hand noch das beobachtbare Schonungsverhalten adäquat erklärt werden könnten (Rheumatologisches Teilgutachten vom 4. Januar 2016, S. 15; act. 87, S. 103). Der psychiatrische Gutachter des E._____, Dr. med. Q._____, hielt in seinen Beobachtungen zwar fest, dass der Beschwerdeführer "etwas theatralisch" wirke (Psychiatrisches Teilgutachten vom 30. Dezember 2015, S. 6; act. 87, S. 83). Hinsichtlich der von den somatischen Gutachtern angeführten Inkonsistenzen ging er von einer gewissen Generalisierungstendenz aus, welche bei allen somatisch begründeten chronischen Schmerzpatienten auftrete. Im Zeitpunkt der Begutachtung sah Dr. med. Q._____, indes keinen Grund, an der Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers zu zweifeln. Ferner finde sich eine gewisse Selbstlimitierung bei den meisten chronischen Schmerzpatienten, häufig auch im Rahmen von Ängsten vor erneuter Schmerzexazerbation (psychiatrisches Teilgutachten, S. 8; act. 87, S. 85). In seiner ergänzenden Beurteilung vom 3. August 2017 hat der psychiatrische Gutachter für sein Fachgebiet klar festgehalten, dass sich in der

psychiatrischen Begutachtung "keinerlei Hinweise auf eine Aggravation" ergeben hätten (act. 125, S. 3). Bei dieser Ausgangslage ergeben sich aus dem E. _____-Gutachten keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine ausgewiesene Aggravation, welche die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschreiten würde. Von einem strukturierten Beweisverfahren kann daher nicht abgesehen werden.

E. 7.2.1

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Nach der neuen Rechtsprechung haben sich die Gutachter an der Umschreibung der Diagnose in den medizinischen Klassifikationssystemen zu orientieren. Überdies haben sie dem diagnose-inhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen. Weil die Verwaltung und die Gerichte für diese Feststellungen nicht kompetent sind, müssen die Sachverständigen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender sie nachvollziehen können (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und 2.2). Vorliegend haben die E. _____-Gutachten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1), ein chronisches Schmerzsyndrom am Unterarm und an der Hand rechts (ICD-10 M 79.6) und ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom leichter Ausprägung festgehalten. Dass bezüglich der letztgenannten Diagnosen keine Bezugnahme auf die ICD-10-Kodierung oder ein anderes anerkanntes Klassifikationssystem vorgenommen worden ist, vermag die Beweiskraft des E. _____-Gutachtens für sich allein noch nicht zu schmälern.

E. 7.2.2

Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidsbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). In dieser Kategorie sind die Komplexe der "Gesundheitsschädigung", der "Persönlichkeit" und des "sozialen Kontextes" zu unterscheiden.

E. 7.2.2.1

Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Nicht in jeder Hinsicht umfassend geklärt wurde vorliegend von den Gutachtern insbesondere die Frage, in welcher Ausprägung die diagnoserelevanten Befunde bestehen. Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist indes nach der neuesten Rechtsprechung vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108; 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Diesem Kriterium kommt erhebliche Bedeutung zu (Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 21 Rz. 109 mit zahlreichen Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung). In psychiatrischer Hinsicht hat der Gutachter die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode (nach ICD-10 F 32.1) durch entsprechende Befunde hinreichend begründet, indem er festgehalten hat, dass der Beschwerdeführer affektiv deprimiert sei und eine verminderte Freude, ein Interesseverlust und ein sozialer Rückzug erkennbar seien. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht reduziert, und es seien deutliche Insuffizienzgefühle vorhanden. Überdies bestünden ein starker Energiemangel, eine deutliche Antriebslosigkeit wie auch Schlafstörungen in Form von

Ein- und Durchschlafstörungen mit Tag-/Nachtumkehr (psychiatrisches Teilgutachten, S. 5 f., act. 87, S. 82 f.). Mit Ergänzung vom 3. August 2017 hat er alsdann präzisierend ausgeführt, dass sich in der psychiatrischen Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine Aggravation ergeben hätten. Fehl gehe ferner die Annahme, dass es sich vorliegend um eine Anpassungsstörung handle, weil die depressive Störung einen Auslöser gehabt habe (act. 125). Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht wird die Ausprägung der Diagnose des chronischen Schmerzsyndroms am Unterarm und an der Hand (rechts; ICD-10 M 79.6) und das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom leichter Ausprägung durch den rheumatologischen und den neurologischen Gutachter mit Verweis auf spezifische Befunde detailliert und nachvollziehbar begründet (rheumatologisches Teilgutachten, S. 7 ff., act. 87, S. 95 ff.; neurologisches Teilgutachten, S. 4 - 6, act. 87, S. 109 - 111). Vorliegend fällt allerdings auf, dass die Gutachter zwar ein mittelschweres bis schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit sowie aufgehobenem Tag-Nacht-Rhythmus (nach ICD-10 G 47.31 und G 47.2) diagnostiziert haben. In welchem Ausmass das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom und die damit einhergehende Tagesmüdigkeit den Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit allenfalls weiterhin beeinträchtigen, wird im E. _____-Gutachten indes nicht näher ausgeführt. In diesem Punkt erweist sich das Gutachten als unvollständig. Dementsprechend lassen sich dem Gutachten keine in jeder Hinsicht zuverlässigen Aussagen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ableiten. Hinsichtlich der Folgen des schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms respektive der ausgeprägten Tagesmüdigkeit fehlt es an einer schlüssigen Begründung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C_198/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.4.1). Daran vermag auch der Hinweis von Dr. med. I. _____, wonach die Auswertung des CPAP-Gerätes vom August 2016 eine völlige Korrektur des vormaligen schweren Schlafapnoe-Syndroms ergeben habe (Bericht vom 30. Januar 2017; act. 118, S. 4), nichts zu ändern. Denn es bleibt unklar, ob der Beschwerdeführer dauerhaft auf einen Einsatz des CPAP-Gerätes angewiesen ist und wie sich dies gegebenenfalls auf die Leistungsfähigkeit auswirkt.

E. 7.2.2.2

Mit Blick auf den Indikator des Behandlungs- und Eingliederungserfolges respektive der -resistenz geht aus dem E. _____-Gutachten hervor, dass nach Einleitung und Durchführung der Therapieoptionen mit einer Besserung der Gesamtsymptomatik, vornehmlich aber im psychiatrischen Bereich, gerechnet werden könne (E. _____-Gutachten, S. 46, act. 87, S. 46). Aus dem Gutachten geht sodann hervor, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung zwar eine psychopharmakologische Behandlung (Mirtazepin und Fluoxetin) über seinen Hausarzt in Anspruch nahm. Allerdings nahm er im Zeitpunkt der Begutachtung noch keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch, obwohl diese beim vorliegenden Krankheitsbild absolut indiziert ist (Psychiatrisches Teilgutachten, S. 4 f. und S. 11, act. 87, S. 81 und S. 87). Entgegen der Argumentation der Vorinstanz schliesst die im Zeitpunkt der Begutachtung noch fehlende Inanspruchnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht per se aus. Die fehlende Inanspruchnahme von psychiatrischen respektive psychotherapeutischen Therapien ist zwar auch nach der neuen Rechtsprechung insoweit relevant, als der Verlauf und der Ausgang der Therapien weiterhin wichtige Schweregradindikatoren bleiben (BGE 143 V 409 E. 4.4 und 4.5.2). Der Verzicht auf konsequente und systematische Therapien rechtfertigt für sich allein jedoch noch nicht den

Schluss auf eine fehlende Invalidisierung, wie dies von der Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung (wohl gestützt auf die frühere, inzwischen überholte Rechtsprechung) zu Unrecht vertreten wird (vgl. dazu auch Thomas Gächter/Michael E. Meier, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018, Rz. 13 f. und 38 f. und 44).

E. 7.2.2.3

In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Unter dem Aspekt der Komorbiditäten ist vorab darauf hinzuweisen, dass Beschwerden als Begleiterkrankungen nur dann als rechtlich relevant eingestuft werden können, wenn ihnen eine eigenständige, invalidisierende Bedeutung zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Vorliegend wäre es mit Blick auf den erheblichen Schweregrad des Schlafapnoe-Syndroms mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit (ICD-10 G 47.31) zwingend angezeigt gewesen, dass die Gutachter zu den Auswirkungen dieser Wechselwirkung im Detail Stellung nehmen. Nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, aus welchen Gründen sie dieser Diagnose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen haben (E. _____-Gutachten, S. 37, act. 87, S. 37). Dementsprechend haben die Gutachter nicht abschliessend geklärt, inwiefern zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen Wechselwirkungen bestehen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017 E. 4.2.4). Ferner wurde im Rahmen der E. _____-Begutachtung auch nicht näher abgeklärt, ob als Ursache der Belastungsdispnoe allenfalls die (bereits wiederholt als Verdachtsdiagnose erwähnte) chronisch obstruktive Lungenkrankheit (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) in Betracht falle (vgl. dazu act. 87, S. 75; act. 87, S. 63). Weshalb die Vorinstanz bei dieser Ausgangslage von einer gutachterlichen Abklärung durch einen Pneumologen abgesehen hat, geht aus den Akten nicht hervor und wird von ihr auch nicht begründet.

E. 7.2.3

Was den Komplex Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) anbelangt, haben die Gutachter beim Beschwerdeführer offenbar keine näheren Abklärungen vorgenommen und dementsprechend auch keine entsprechenden Feststellungen getroffen. Die blosser Feststellung, dass die Persönlichkeitsaspekte des Beschwerdeführers den Umgang mit dem Gesundheitsschaden erschwerten (E. _____-Gutachten, S. 46, act. 87, S. 46), genügt in diesem Zusammenhang den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an das strukturierte Beweisverfahren (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1, 3.6 und 4.3.2; Thomas Gächter/Michael Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 20. Juni 2015 Rz. 58 ff.) nicht. Dass unter dem Aspekt der Persönlichkeit allenfalls ressourcenhemmende Faktoren zu berücksichtigen sein könnten, geht immerhin aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Psychiaters Dr. med. T. _____ vom 12. Juni 2018 (Beilage 2 zu BVGer act. 12), bei welchem der Beschwerdeführer nunmehr in Behandlung steht, hervor. Darin wurde beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und histrionischen Anteilen diagnostiziert. Eine Berücksichtigung dieses Berichts im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist insoweit statthaft, als dieser - wovon hier auszugehen ist - Rückschlüsse auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2018 erlaubt (vgl. dazu E. 2 hievore).

E. 7.2.4

Mit Blick auf den "sozialen Kontext" sollen rechtsprechungsgemäss nicht nur belastende, sondern auch positive Lebensumstände berücksichtigt werden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). In dieser Hinsicht geht aus dem E. _____-Gutachten hervor, dass der verheiratete Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau und seinen beiden Kindern (Jg. 2010 und 2015) eine 3 ½-Zimmerwohnung bewohnt, wobei er offenbar jeweils bis am Mittag schläft und gemeinsam mit der Familie das Mittagessen einnimmt, am Nachmittag mit der Tochter spazieren geht, danach die Post erledigt, Musik hört und im Café Zeitung liest. Laut seinen Angaben würde er nur noch ganz selten Besuch erhalten. Anders als früher treffe er sich auch nicht mehr mit Kollegen im Café (E. _____-Gutachten, S. 17 f., act. 87, S. 18 f.). Der Aspekt des sozialen Kontextes wurde im Gutachten zwar nicht ausführlich, im Ergebnis aber doch hinreichend abgeklärt. Ein sozialer Rückzug kann vorliegend ausgeschlossen werden, und es ist davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer aus seinem sozialen Umfeld auf einige mobilisierbare Ressourcen zurückgreifen kann.

E. 7.2.5

Bei der Konsistenzprüfung geht es schliesslich um die Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den privaten Aktivitäten im Einklang stehen oder ob sich aus diesem Vergleich Widersprüche oder Unstimmigkeiten ergeben. Im Zuge der rheumatologischen Begutachtung konnte weder die beklagte Beschwerdesymptomatik an der rechten Hand noch das bei der Begutachtung beobachtete Schonungsverhalten erklärt werden, zumal eine unbeeinträchtigte Muskeltrophik, keine Ödeme und keine Schweissbildungsanomalien und auch keine Temperatur- oder Farbveränderungen befundet worden sind (Rheumatologisches Teilgutachten, S. 15 f.). Aus neurologischer Sicht konnten bei fehlenden bildgebenden, neurografischen und klinischen Zeichen die geschilderten Schmerzen nicht nachvollzogen werden. Unter Hinweis auf die geltend gemachte deutliche Schmerzhaftigkeit und Minderinnervation der rechten Hand (bei unauffällig erscheinendem Händedruck und normaler Spontanbewegung) wurde ein «Verdacht auf eine mögliche Aggravation» festgehalten (Rheumatologisches Teilgutachten, S. 6, act. 87, S. 111). Der Neuropsychologe ging seinerseits aufgrund seiner Verhaltensbeobachtungen von einer Symptomverdeutlichung oder Aggravation aus (Neuropsychologisches Teilgutachten, S. 13, act. 87, S. 125). Aus dem E. _____-Gutachten ergeben sich mit Blick auf den Vergleich der Aktivitätenniveaus im privaten und beruflichen Bereich keine Diskrepanzen. Dabei gilt es indes zu berücksichtigen, dass sich der psychiatrische Gutachter im Zeitpunkt der Erstellung seines Gutachtens - nach der damals geltenden Rechtslage - auch noch nicht mit der Konsistenzprüfung im Sinne des strukturierten Beweisverfahrens auseinandersetzen musste. Im Einklang mit der Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters in dessen Stellungnahme vom 3. August 2017 (E. 5.19 hievon) kann vorliegend aufgrund der Ergebnisse der Fahreignungsabklärung nicht von vornherein auf ein inkonsistentes Verhalten oder auf eine fehlende Invalidisierung geschlossen werden. Denn zum einen ergab die Abklärung vom 19. Oktober 2016 zwar eine durchschnittliche Belastbarkeit, allerdings nur eine knapp durchschnittliche Konzentration, eine knapp durchschnittliche Reaktionszeit und eine unterdurchschnittliche motorische Zeit, eine knapp unterdurchschnittliche optische Wahrnehmungsleistung respektive Überblicksgewinnung sowie eine unterdurchschnittliche Orientierungsleistung (Bericht vom 20. Oktober 2016; act. 113 S. 1 f.). Zum andern schliesst eine mittelgradige Depression eine gewisse

Konzentrationsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit und Vigilanz und damit die Fahreignung nicht von vornherein aus (act. 125, S. 2)

E. 7.3

Aus dem vorstehen Dargelegten folgt, dass das E. _____-Gutachten keine schlüssige Beurteilung im Lichte sämtlicher massgeblichen Indikatoren erlaubt. Es liegen folglich keine beweiskräftigen medizinischen Angaben vor, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben würden. Dies zumal das psychiatrische Teilgutachten nach altem Verfahrensstandard erstellt worden ist und deshalb die Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens noch nicht zu beachten hatte.

E. 7.4

Die festgestellten Mängel werden auch nicht durch die Stellungnahmen des RAD kompensiert, zumal darin keine relevanten Feststellungen zur Wechselwirkung zwischen der mittelgradigen depressiven Episode und dem schweren Schlafapnoe-Syndrom mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit getroffen werden und daraus auch keine verlässlichen Rückschlüsse zur Persönlichkeit gemacht werden können. Überdies wurde auch versicherungsintern auf eine pulmologische Begutachtung verzichtet (vgl. dazu act. 89, 97, 102, 121).

E. 7.5

Insgesamt fehlt es nach dem Gesagten sowohl im E. _____-Gutachten wie auch in den Stellungnahmen des RAD an einer nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie insbesondere auch an einer die Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Beschwerden berücksichtigenden Gesamtbetrachtung. Dass die Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens für die psychiatrischen Diagnosen nicht rechtsgenügend beachtet worden sind, ist insoweit nachvollziehbar, als die entsprechende, mit den Urteilen 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017 begründete neue bundesgerichtliche Praxis (publiziert in BGE 143 V 408 und 143 V 418) zum Zeitpunkt der Erstellung des E. _____-Gutachtens vom 22. März 2016 und der Ergänzung vom 3. August 2017 noch keine Geltung hatte.

E. 8.1

Zusammengefasst folgt aus dem Gesagten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den Sachverhalt unvollständig festgestellt hat. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen bilden demnach keine verlässliche und schlüssige Grundlage zur Beurteilung von Art und Ausprägung der infrage stehenden Diagnosen. Vorab fehlt es mit Blick auf den ausgeprägten Schweregrad des Schlafapnoe-Syndroms mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit (ICD-10 G 47.31 und G 47.2) an einer eingehenden Prüfung der Folgen auf die Leistungsfähigkeit. Nicht vertieft abgeklärt wurden sodann die Folgen der Belastungsdispnoe und der Verdacht auf ein COPD. Zudem wird im Gutachten auch kein Bezug zur Frage allfälliger Wechselwirkungen zur mittelgradigen Depression genommen. Schliesslich wurden das psychiatrische Teilgutachten und die Ergänzung nach altem Verfahrensstandard erstellt, so dass die Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens keine Berücksichtigung gefunden haben. Dabei wurden insbesondere die Aspekte der Persönlichkeit und der Komorbidität nicht genügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. Nachdem die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen

medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn die Vorinstanz - wie vorliegend in Bezug auf die Depression - den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7).

E. 8.2

Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten einzuholen haben wird.

E. 8.3

Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Angesichts der multiplen Beeinträchtigungen ist erneut eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz durchzuführen; dabei sind insbesondere für die Fachbereiche der Psychiatrie und Neurologie sämtliche Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens zu beachten (BGE 141 V 281; 143 V 418 E. 6 ff.). Aufgrund der zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen drängt sich ein interdisziplinäres Gutachten insbesondere unter Einbezug der Fachbereiche der Psychiatrie (mittelgradige depressive Episode), der Neurologie (chronisches Schmerzsyndrom), der Orthopädie bzw. Rheumatologie (lumbovertebrales Schmerzsyndrom), der Pneumologie (Schlafapnoe-Syndrom und Verdacht auf COPD), der Neuropsychologie (neuropsychologische Störung), der Kardiologie (koronare Herzkrankheit) sowie der Oto-Rhino-Laryngologie (Schwerhörigkeit) auf. Ob daneben noch Spezialisten aus weiteren Fachgebieten beizuziehen sind, wird dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter überlassen.

E. 8.4

Im Rahmen der erneuten Begutachtung in der Schweiz ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem zu ermitteln und sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 8.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 6. Februar 2018 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne von Ziff. 8.1 - 8.4 der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Bei diesem Ergebnis kann offenbleiben, ob die vom Beschwerdeführer gerügte Gehörsverletzung (Rz. 34 der

Beschwerdeschrift) begründet ist.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 9.2

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der (subsidiäre) Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung greift mithin nicht. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt; vgl. dazu Urteile des BVGer C-3800/2012 vom 27. Mai 2014; C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 mit weiteren Hinweisen) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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