

# **BVGer C-178/2020 vom 13. November 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-11-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-178\\_2020\\_d20191113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-178_2020_d20191113)

FR: TAF C-178/2020 du 13 novembre 2019

IT: TAF C-178/2020 del 13 novembre 2019

## **Regeste**

Rentenanspruch | IV Neuanmeldung; Verfügung der IVSTA vom 13. November 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde rechtzeitig und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und auch der vollständige Kostenvorschuss innert der auferlegten Frist geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **E. 2**

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, war zuletzt in Österreich erwerbstätig, hat dort Wohnsitz und ersucht um Gewährung einer schweizerischen Invalidenrente. 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

BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

C-178/2020 Seite 7

### **E. 3.1**

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. 3.2**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 13. November 2019; doc. 139) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 3.3**

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. 3.4**

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

C-178/2020 Seite 8 wiederherstellen, 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem

Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 3.5**

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 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C\_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

### **E. 3.6**

Das erste Leistungsbegehren des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 22. Dezember 2015 rechtskräftig abgelehnt. Mit seinem Gesuch vom 2. Oktober 2017 liegt deshalb eine Neuanmeldung vor (BGE 109 V 108 E. 1 in fine).

#### **E. 3.6.1**

In zeitlicher Hinsicht sind bei einer Neuanmeldung grundsätzlich die Rechtssätze des Revisionsverfahrens massgeblich. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343

C-178/2020 Seite 9 E. 3.5; 113 V 273 E. 1a). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 130 V 77 E. 3.2.3; 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 3.6.2**

Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung (Ausgangspunkt) bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Im vorliegenden Fall bildet daher die erste rentenverneinende Verfügung vom 22. Dezember 2015 den zeitlichen Ausgangspunkt für die Frage, ob eine wesentliche Änderung der tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der streitigen Rentenverfügung vom 13. November 2019 eingetreten ist.

#### **E. 3.7.1**

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

### **E. 3.7.2**

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 mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner 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

C-178/2020 Seite 10 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. 3.7.3**

Jedoch gilt in der Beweiswürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer vom 12. April 2017 E. 3 mit Verweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 sowie Urteil 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.2; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

### **E. 3.8.1**

Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.8.2**

Wie in nach dem Sozialversicherungsabkommen mit Österreich zu beurteilenden Fällen die Gewährung von Leistungen durch ein österreichisches Versicherungsorgan die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung nach schweizerischem Recht nicht präjudiziert, bestimmt sich der Invaliditätsgrad auch nach Inkrafttreten des FZA allein nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4 m.w.H.; siehe auch Urteil BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.)

### **E. 3.9**

Bei Vorliegen psychosomatischer Leiden fordert die bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person grundsätzlich die Prüfung systematisierter Indikatoren, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tat-

C-178/2020 Seite 11 sächlich erreichbare Leistungsvermögen einer versicherten Person einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). 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; Komorbiditytäten [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). Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung lässt sich eine Limitierung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht länger rechtfertigen. Damit sind im Sinne des Erwogenen grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.2; siehe auch BGE 143 V 409).

### **E. 4.1**

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 leistete während den Jahren 1988 bis 2008 (mit Unterbrüchen) in der Schweiz Versicherungsbeiträge. Er erfüllt damit die dreijährige Mindestbeitragsdauer der schweizerischen Invalidenversicherung (doc. 66 S. 2).

### **E. 4.2**

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob zwischen der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 22. Dezember 2015 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. November 2019 eine gesundheitliche Verschlechterung und damit eine rentenrelevante Invalidität eingetreten ist (vgl. E. 3.6 hiavor).

### **E. 4.3**

Als Referenzzeitpunkt im Sinne von E. 3.6.2 ist mit Dr. med. K.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des medizinischen Dienstes der IVSTA (vgl. doc. 31), auf den 6. November 2014 (Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_, der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle(...), AT [Datum der Untersuchung; doc. 4]) abzustellen resp. auf die gestützt darauf ergangene Verfügung der IVSTA vom 22. Dezember 2015. In seinem Gutachten vom

### **E. 5**

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere folgende ärztliche Berichte und Gutachten vor:

#### **E. 5.1**

Im lungenfachärztlichen Gutachten vom 26. November 2015 hielt Dr. M.\_\_\_\_\_, FA für Lungenkrankheiten, zuhanden des Arbeits- und Sozialgerichts in (...) fest, der Kläger (Beschwerdeführer) habe zum einen am 27. Dezember 2008 einen Arbeitsunfall mit Rauchgasinhalation und Entstehung einer toxischen Alveolitis (Schädigung der Lungenbläschen durch Rauchgasinhalation) erlitten. Zum anderen bestehe eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) im Stadium II. Die Lungenfunktion zeige gegenüber dem Jahre 2010 eine Verschlechterung im Sinne einer Zunahme der Obstruktion, wohl bedingt durch den chronischen Nikotinabusus. Gleichzeitig sei auch eine Verschlechterung der Diffusionskapazität eingetreten. Diese Veränderungen seien einerseits bedingt durch den chronischen Nikotinabusus, andererseits auch durch die im Jahre 2008 erlittene toxische Alveolitis. In somatischer Hinsicht schätze er somit ab dem Stichtag 1. September 2015 eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30% (doc. 111). Dieses Gutachten wurde zwar kurze Zeit vor dem massgeblichen Zeitpunkt verfasst, wurde jedoch vom RAD im Verfahren der Neuanmeldung berücksichtigt (vgl. doc. 53).

#### **E. 5.2**

Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Mai 2016 eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) sowie eine PTBS (F43.1). In psychopathologischer Hinsicht beschreibt sie den Beschwerdeführer als in sämtlichen Qualitäten orientiert, kognitiv nach eigenen Angaben etwas beeinträchtigt in Merkfähigkeit und Konzentration, die Stimmung sei schwankend, jedoch zeige er keine klaren depressiven Symptome. Ihrer Beurteilung nach müsse die ursprüngliche Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression mittlerweile auf eine Angststörung mit depressiver Komponente korrigiert werden. Biographisch zeigten sich im Rahmen der langjährigen therapeutischen Auseinandersetzung eine doch beträchtlich traumatisierende Situation in der Kindheit und vor allem mehrere bedrohliche Situationen im Rahmen der sozialarbeiterischen Tätigkeit. Nachdem es zuletzt zu einer leichtgradigen Stabilisierung bei deutlich eingeschränkter Belastbarkeit gekommen sei, habe sich das Zustandsbild im März 2016, nach einer unklaren Tumordiagnose im Blasenbereich, ganz akut verschlechtert (doc. 37).

#### **E. 5.3**

Im Rahmen einer Nachuntersuchung bezüglich Berufsunfähigkeit hielt Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, mit Gutachten vom 2. Juni 2016 zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle(...), als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit eine Angst und depressive Störung gemischt sowie eine PTBS fest. Zuletzt sei die ängstliche Verstimmung durch eine mögliche Krebserkrankung an der Blase verstärkt worden. Anamnestisch gebe es keine Hinweise für weitere Beeinträchtigungen. Durch Fortführung der bisherigen Therapie sei eine weitere Besserung zu erwarten. Insgesamt wurde eine Besserungstendenz der psychiatrischen Gesamtsymptomatik festgestellt. Lediglich die körperliche Erkrankung habe jetzt die psychische Befindlichkeit wieder etwas beeinträchtigt. Durch den geplanten Rehabilitations-Aufenthalt im Herbst sei mit einer weiteren Besserung zu rechnen und eine Berufsunfähigkeit über sechs Monate würde nicht mehr vorliegen. Entsprechend dem Wunsch des Patienten sei ein Wiedereinstieg in das Berufsleben auch sehr empfehlenswert, anfänglich vielleicht in reduziertem Umfang, jedoch zu über 50%. Hinsichtlich des Leistungskalküls hält er folgendes fest: vollschichtig Bildschirmarbeit, Publikumsverkehr und Schichtarbeit, aber keine Nachtarbeit und keine forcierte Belastung der Hände, fallweise forciertes Arbeitstempo, durchschnittliche psychische Belastbarkeit und mässig schwieriges geistiges Leistungsvermögen (doc. 36).

#### **E. 5.4**

In ihrem Bericht vom 24. Juni 2016 hielten Prim. Univ.-Doz. Dr. O. \_\_\_\_\_ und Tagesärztin, Dr. P. \_\_\_\_\_, Abteilung für Urologie des Landeskrankenhauses (...), Folgendes fest: Mittels histologischem Schnittbild sei ein invertiertes Papillom der Harnblase vorgefunden und ein solitärer, papillärer Blasentumor hinter der linken Harnleitermündung diagnostiziert worden; die Rasterbiopsien aus der Harnblase seien unauffällig. Am 11. Mai 2016 sei der Beschwerdeführer zur geplanten transurethralen Resektion der Harnblase stationär aufgenommen worden. Die Intervention habe am Folgetag durchgeführt und der Beschwerdeführer am 15. Mai 2016 in gutem Allgemeinzustand und beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (doc. 46).

#### **E. 5.5**

Dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik D. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 26. April bis 17. Mai 2017 zur pulmonalen Rehabilitation stationär aufgenommen wurde. Die Lungenfunktion sei im Wesentlichen konstant, Atembeschwerden seien belastungsabhängig und würden je nach psychischer Belastung stärker auftreten. Die Psychopharmaka-Therapie habe nach fachärztlicher Vorstellung reduziert werden können. Bei noch bestehendem Zigarettenkonsum sei wiederum eine Raucherberatung erfolgt, eine medikamentöse Entwöhnung mit Champix sei versucht worden. Es wurde folgendes Procedere empfohlen: Dringender Rauchstopp, mindestens halbjährliche lungenfachärztliche Kontrollen, Kontrolle des Blutdruckes, nach Einleitung einer antihypertensiven Therapie, 24 h-RR-Kontrolle in ca. vier Wochen, internistische Kontrolle bei kombinierter Hyperlipidämie einschließlich Karotis-Sonographie (doc. 47).

#### **E. 5.6**

Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 7. November 2017 fest, dass es trotz zahlreicher Medikationsversuche und guter Compliance des Patienten in der Auseinandersetzung mit seiner Störung nach wie vor zu keiner

Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen sei. Sie führte aus, dass es im August 2017 letztendlich wiederum zu einer massiven Dekompensation gekommen sei, sodass der Beschwerdeführer zuletzt durch sie und durch den Kollegen Q.\_\_\_\_\_ wieder notfallmässig behandelt worden sei, zusätzlich erstmalig auch über "pro mente" (...) begleitet worden sei und eine neuerliche intensivierete psychotherapeutische Begleitung erfolge. Gemäss ihrer Beurteilung zeige sich biographisch im Rahmen der langjährigen therapeutischen Auseinandersetzung neben den Traumatisierungen am Arbeitsplatz auch eine schwierige frühkindliche Situation, in der wohl der Grundstein für die Angstsymptomatik gelegt worden sei. Trotz vielseitiger Bemühungen des Patienten und "verzweifelter" Arbeitsplatzsuche sei es in den letzten zwei Jahren zu keiner ausreichenden Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen. Ein letzter schwer depressiver Einbruch sei im Sommer 2017 erfolgt. Sie diagnostizierte Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), PTBS (F43.1) und als somatische Diagnose einen Zustand nach Blasenkarzinom im Jahr 2016 (doc. 52).

#### **E. 5.7**

Im ärztlichen Gesamtgutachten zum Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitspension vom 15. Januar 2018 (Untersuchung am 21. November 2017) erfasste Dr. G.\_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie, folgende Anamnese: Zustand nach (nachfolgend: Z.n.) Blasenkarzinom-Operation im Mai 2016, bekannte Hashimoto Thyreoiditis, Z.n. Emphysem und Asthma bronchiale in Folge einer Rauchgasvergiftung, Zustand nach Tonsillektomie, Appendektomie, bekannte Allergie auf Sulfonamide und Pollinose (pollenbedingte allergische Rhinitis), Zustand bei posttraumatischer Belastungsstörung in Folge eines Mordversuches und Brandstiftung im Jahre 2014. Unter dem Titel derzeitige Beschwerden hielt er fest: Im Oktober 2016 sei der Beschwerdeführer ausgesteuert worden und habe nach erfolgreicher Blasenkrebsoperation wieder die Arbeit aufnehmen wollen. Zuerst habe er eine Arbeitsstelle mit 50-60%-iger Anstellung anstreben wollen, dies sei jedoch erfolglos geblieben. Dann habe er eine 100%-ige Stelle bei der E.\_\_\_\_\_ in der Flüchtlingsbetreuung angenommen und diese wegen eines Vorfalles mit einem Flüchtling wieder aufgegeben. Er nannte als Hauptdiagnose eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) und als Nebendiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Das psychisch-geistige Leistungsvermögen nach MELBA habe u. a. eine sehr niedrige Ausdauer (Merkmal der Art der Arbeitsausführung) ergeben. Schliesslich stellte er in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit fest, dass der Beschwerdeführer seit 2014 wegen eines Wohnungsbrandes und Mordversuches an einer PTBS mit diversen Angstsymptomen leide. Aufgrund der neuerlichen Arbeitssuche und neuerlichen negativen Erfahrungen sei er retraumatisiert und damit einhergehend sei die angstdominierende Symptomatik mit existenzieller Verunsicherung und reduzierter Belastbarkeit erneut aufgeflammt. Insgesamt lasse sich bei ihm eine chronifizierte und wiederaufgeflammete psychiatrische Störung feststellen, die ihn in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtige. Im Falle einer beruflichen Wiederbetätigung müsse man mit vermehrten Krankenständen rechnen. Er benötige sehr wahrscheinlich eine längere rehabilitative Genesung. Eine Berufsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen lasse sich derzeit attestieren. Massnahmen der medizinischen Rehabilitation seien nicht nötig (doc. 51).

#### **E. 5.8**

Gestützt auf die eingereichten medizinischen Berichte und Gutachten kam Dr. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, am 2. März

2018 zum Schluss, dass trotz unveränderter diagnostischer Einschätzung gemäss ICD-10 nunmehr eine erheblich beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit mit längerem Rehabilitationsbedarf attestiert werde. Insgesamt sei von anhaltenden psychischen Beschwerden auszugehen. Der Beschwerdeführer sei compliant, er habe Arbeitsversuche unternommen, die jedoch aufgrund seiner gesundheitlichen Situation gescheitert seien. Im Sommer 2017 sei es an einer neuen Stelle in einem anspruchsvollen beruflichen Umfeld zu einer erneuten psychischen Dekompensation gekommen. Aus diesen Gründen sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes trotz unveränderter diagnostischer Einschätzung anzunehmen und werde gutachterlich vom Facharzt, der den Beschwerdeführer bereits 2014 untersucht habe, attestiert. Allerdings seien das genaue Ausmass der posttraumatischen Belastungsstörung bzw. die funktionellen Einschränkungen im Detail nicht beschrieben. Die psychopathologischen Befunde würden ein sehr unterschiedliches Ausmass der kognitiven Einschränkungen aufweisen. Anhand der vorliegenden Informationen sei (zudem) eine abschliessende Diskussion der Standardindikatoren nicht möglich. Sie befürworte deshalb eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz mit anschliessender Klärung der Frage, ob eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 22. Dezember 2015 stattgefunden habe. Gegebenenfalls seien ergänzende somatische Abklärungen durchzuführen (doc. 53). Dr. R.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Medizin des medizinischen Dienstes, ergänzte mit Stellungnahme vom 15. März 2018 aus somatischer Sicht, dass im lungenfachärztlichen Gutachten vom 26. November 2015 eine COPD Stadium II diagnostiziert worden sei, der Versicherte immer noch geraucht habe, eine zwischenzeitliche Verschlechterung vorstellbar, diese aber nicht dokumentiert sei und neben dem psychiatrischen Gutachten daher auch eine pneumologische Abklärung durchzuführen sei (doc. 58).

### **E. 5.9**

Zwischenzeitlich hielt Dr. W.\_\_\_\_\_, FA für Pneumologie, in seinem Bericht vom 10. Juli 2018 fest, dass sich eine COPD II mit Lungenemphysem zeige und er die bisherige Medikation, eine Nikotinkarenz und eine Verlaufskontrolle in sechs Monaten empfehle (doc. 85). Zudem ergab eine Gastroskopie durch Dr. T.\_\_\_\_\_, Krankenhaus (...), am 10. Juli 2018 folgende Diagnosen: Refluxösophagitis Grad 1 (Klassifikation nach Savary und Miller; K21.0), Riesenfalten (K29.6), umschriebene Rötung der Schleimhaut im Magen, dem Bild einer Gastritis entsprechend (K29.6; doc. 89). Überdies notierte Dr. med. univ. U.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, AT-(...), in seinem Bericht vom 6. August 2018, dass eine Antibiose mit Amoxicillin bei Enterokokken durchgeführt worden sei und der Beschwerdeführer anschliessend an einer massiven Gastritis gelitten habe. Er attestierte dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen: rezidivierende Infekte, Z.n. Gastritis und Ösophagitis (stationäre Behandlung notwendig), Z.n. Harnwegsinfektion (04/2018) und Pneumonie, Z.n. Leistenschmerzen beidseits (10/2017); relative Harnröhrenengen, Z.n. transurethraler Resektion der Harnblase (TURB) am 13. Mai 2016 im Landeskrankenhaus (...) (Histologie: invertiertes Papillom der Harnblase), Asthma bronchiale (nach Rauchgasvergiftung), Z.n. Burnout (doc. 91).

### **E. 5.10**

Schliesslich stellte die behandelnde Psychiaterin, Dr. N.\_\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 16. August 2018 folgende Diagnose: Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), PTBS (F43.1), Zustand nach Blasenkarzinom (03/2016), aktuell Zustand nach Pneumokokken- und Enterokokken-Infektion. In Bezug auf die aktuelle Psychopathologie hielt sie fest, dass

der Beschwerdeführer kognitiv leichtgradig beeinträchtigt, in allen Qualitäten orientiert, die Stimmung schwankend sei und er immer wieder Angstanflutungen sowie gelegentliche Panikattacken habe. Weiter notierte sie: psychosozialer Rückzug, Erschöpfungsgefühle, häufige psychomotorische Unruhezustände, der Schlaf sei aktuell gut. In ihrer Beurteilung führte sie aus, der Beschwerdeführer leide nach einer Traumatisierung nach wie vor an Angst- und Paniksymptomen, erlebe Flashbacks und Albträume, die ihn immer wieder an die traumatische Situation zurückführten. Biografisch zeige sich eine schwierige frühkindliche Situation. Trotz durchgängiger therapeutischer Kontrolle und Interventionen sei das Zustandsbild nach wie vor instabil. Aktuell sei ein neuerlicher psychosomatischer Reha-Aufenthalt aufgrund einer beträchtlichen pulmonalen und gastrointestinalen Infektion abgesagt worden. Eine ausreichende körperliche und emotionale Belastbarkeit für einen beruflichen Wiedereinstieg sei nicht vorhanden (doc. 93).

#### **E. 5.11**

Im Rahmen eines Auszugs aus der Krankengeschichte seit 1997 berichtet Dr. V. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, (...), am 31. August 2018 über folgende aktuellen Klagen des Beschwerdeführers (Konsultation am 3.7.2018): Verdauung und Blase seien zurzeit etwas besser; weiter bestünden Atembeschwerden, Appetitlosigkeit und leichte Übelkeit und Tendenz zu Blähungen. Neu seien eine Fleisch-Aversion mit Angst vor Krebs, des Weiteren eine ausgeprägte Schlafstörung und Tagesmüdigkeit, psychische Instabilität sowie bronchiale Infektanfälligkeit (doc. 81).

#### **E. 5.12**

Zu den Feststellungen und Würdigungen im bidisziplinären medizinischen Gutachten der F. \_\_\_\_\_ ag vom 3. September 2018 wird auf das in E. 6 Nachfolgende verwiesen.

#### **E. 5.13**

Dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. N. \_\_\_\_\_, vom 19. März 2019 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Alltag zwischenzeitlich wiederum etwas stabiler sei, er könne die Aktivitäten des täglichen Lebens mit wenig Unterstützung selbständig bewältigen. Nach wie vor zeige sich jedoch eine beträchtliche Vulnerabilität, die sich vor allem in einer psychophysisch reduzierten Belastbarkeit und erhöhten Infektanfälligkeit zeige. Nach Terminen komme es zu Erschöpfungsgefühlen, gehäufte psychomotorischer Unruhe sowie kognitiver Verschlechterung. Gebessert hätten sich Panikzustände sowie Flashbacks aufgrund der frühen Traumatisierungen. Eine berufliche Wiedereingliederung sei in Anbetracht des Längsschnittes der Erkrankung bzw. Symptomatik unrealistisch. Im Bericht vom 13. Mai 2019 führt sie aus, dass sich im Alltag von Seiten der depressiven Symptomatik ein gebessertes Zustandsbild zeige, anhaltend jedoch eine beträchtliche Vulnerabilität bleibe, die sich vor allem im Sinne einer Affektlabilität zeige. Die psychophysische Belastbarkeit sei reduziert, es bestehe durchgängig eine erhöhte Infektanfälligkeit und Fokussierung auf körperliche Symptome. Trotz deutlicher Besserung der Gesamtsymptomatik (Angst, Panik, Depression) sei der Patient nach ihrem Ermessen deutlich reduziert in seiner psychophysischen Belastbarkeit. Dies zeige sich in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch in der psychotherapeutischen Begleitung und Freizeitgestaltung. Er könne die Haushaltsführung und Versorgung seiner Kinder (soweit im jungen Erwachsenenalter noch notwendig) im Vergleich zu früher nur in einem deutlich reduzierten Ausmass erfüllen, für viele Aktivitäten brauche er Mithilfe. Früher problemlos gemeisterte Termine sowie ein erfülltes Freizeitleben seien seit Jahren

nicht mehr möglich (doc. 124). In beiden Berichten attestiert sie dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) sowie eine PTBS (F43.1).

#### **E. 5.14**

In seinem Arztbericht vom 10. Mai 2019 führt Dr. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pulmologie in (...) aus, der Patient berichte über zunehmende Dyspnoe vor allem unter Belastung, leichtgradigen Husten, wenig Auswurf, öfters thorakale Enge und eine leichte Rhinokonjunktivitis. Er sei Nichtraucher seit 10 Tagen, zuvor habe er 10 Zigaretten pro Tag geraucht. Der Lungenfunktion vom 10. Mai 2019 seien folgende Ergebnisse zu entnehmen: mittelgradig obstruktive Lungenfunktion, zentraler Atemwegswiderstand unauffällig, mittelgradig überblähte, in toto normalgrosse Lunge, Diffusion mittel-hochgradig eingeschränkt, der FEV1 liege bei 51%, der FEV1/VC bei 48%. Als Diagnosen nannte er: COPD II/III, Lungenemphysem, allergisches Asthma bronchiale, Zustand nach Rauchgasintoxikation 2008. Zusammenfassend hielt er fest, beim Beschwerdeführer zeige sich eine COPD II/III mit Lungenemphysem und allergischem Asthma bronchiale bei bekannter Allergie auf Hausstaubmilben, Gräser und Baumpollen. Die bisherige Medikation werde fortgeführt (doc. 120, 122).

#### **E. 5.15**

Im Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt vom 13. November 2019, Landesstelle(...), hält Dr. G. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie, basierend auf einer gleichentags durchgeführten Untersuchung des Beschwerdeführers, fest, dass im letzten Jahr keine psychiatrischen stationären Aufenthalte mehr stattgefunden hätten. In psychopathologischer Hinsicht konstatierte er Folgendes: Bewusstseinsklar, allseits orientiert, Auffassung intakt, Konzentration und Merkfähigkeit leicht beeinträchtigt, formales Denken kohärent, inhaltlich keine psychotischen Elemente, Hinweise auf Grübeltendenzen, Stimmung euthym (euthymos, griech. für Ausgeglichenheit), jedoch instabil, besorgt, Hinweise auf spezifische Ängste, Erwartungsängste, Zukunftsängste, gleichzeitig gehemmte Antriebslage mit rascher Ermüdbarkeit und reduzierter Belastbarkeit, Schlaf zur Hälfte gestört durch verkürzte Schlafdauer, durch frühzeitiges Erwachen mit Angstschweissneigung und Luftnot. In Bezug auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit kam er zum Schluss, dass sich insgesamt beim Beschwerdeführer weiterhin keine kalkülsrelevante positive Veränderung im psychiatrischen Gebiet feststellen lasse. Diesbezüglich wäre jedoch eine Besserung, insbesondere durch eine für ihn angepasste Medikation und mit besserer Wirksamkeit, möglich, da die Beschwerden hauptsächlich durch erhöhte Angstreaktionen und dadurch erhöhte Erschöpfbarkeit begründet seien (doc. 152). Das psychisch-geistige Leistungsvermögen nach MELBA habe eine sehr niedrige Ausdauer (Merkmal zur Art der Arbeitsausführung) und eine niedrige Reaktionsgeschwindigkeit (psychomotorisches Merkmal) ergeben. Als Hauptdiagnose nannte er Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), im Rahmen einer PTBS, und als Nebendiagnose eine chronische Prostatitis (doc. 152).

#### **E. 6**

November 2014 diagnostizierte Dr. G. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie, einen Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung sowie aktuell eine leichte Anpassungsstörung mit ängstlich, depressiver Reaktion gemischt. Er führte dazu aus, aktuell lasse sich beim Versicherten keine psychiatrische Erkrankung in dem Ausmass feststellen, die eine

Arbeitsunfähigkeit rechtfertige (doc. 4). Dr. K. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA hielt am 14. Oktober 2015 unter Bezugnahme auf dieses Gutachten die fraglichen Diagnosen COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) und Panikstörung fest und führte aus, dass die Anpassungsstörung keinen Krankheitswert mehr habe und beim Beschwerdeführer zu keiner Zeit eine längerdauernde, psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Alle in den Akten aufgeführten psychiatrischen Diagnosen seien kaum mit Befunden belegt. Aus somatischer Sicht noch abzuklären sei die COPD (doc. 31 S. 3 und 5). Eine entsprechende Stellungnahme durch eine/n Somatiker/in des medizinischen Dienstes ist jedoch nicht aktenkundig. In Bezug auf die Atembeschwerden sind dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015, der erst im Neuanmeldungsverfahren eingereicht worden ist, dazu folgende Diagnosen zu entnehmen: Z.n. Inhalationstrauma (Rauchgasvergiftung am 27.12.2008), mittelgradige bronchiale Hyperreagibilität, mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung, chronischer Zigarettenkonsum, Hashimoto-Thyreoiditis (derzeit latente Hypothyreose), Hypercholesterinämie, saisonale Rhinokonjunktivitis (Allergie auf Gräser, Bäume) und Sulfo-namidallergie (doc. 87). Angaben zum Therapiefortschritt und Entlassungszustand des Beschwerdeführers enthält der Bericht nicht. Rückblickend gesehen ist die Vorinstanz in der Verfügung vom 22. Dezember 2015 offenbar ohne weitere Prüfung davon ausgegangen, dass die COPD der bisherigen Tätigkeit nicht in rentenrelevanter Weise entgegenstehe. Der Beschwerdeführer führte in der Beschwerdeschrift vom 3. Januar 2020 selber aus, im Jahre 2015 habe noch nicht von einer ausreichenden durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres ausgegangen werden können; dies habe sich spätestens im November 2017 geändert, da seit diesem Zeitpunkt von einer Berufsunfähigkeit auszugehen sei (B-act. 1 Rz. 17).

C-178/2020 Seite 13 Zu ergänzen bleibt, dass keine IV-relevanten Belastungsfaktoren oder eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) im Zusammenhang mit der Burnout-Symptomatik (Z73; siehe zur Klassifikation des Burnouts: Urteil des BGR 9C\_468/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 f.) in den ärztlichen Berichten bestätigt werden, obgleich die damalige IV-Anmeldung unter Verweis auf ein Burnout eingereicht wurde (vgl. doc. 8 S. 3). 5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere folgende ärztliche Berichte und Gutachten vor: 5.1 Im lungenfachärztlichen Gutachten vom 26. November 2015 hielt Dr. M. \_\_\_\_\_, FA für Lungenerkrankungen, zuhanden des Arbeits- und Sozialgerichts in (...) fest, der Kläger (Beschwerdeführer) habe zum einen am 27. Dezember 2008 einen Arbeitsunfall mit Rauchgasinhalation und Entstehung einer toxischen Alveolitis (Schädigung der Lungenbläschen durch Rauchgasinhalation) erlitten. Zum anderen bestehe eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) im Stadium II. Die Lungenfunktion zeige gegenüber dem Jahre 2010 eine Verschlechterung im Sinne einer Zunahme der Obstruktion, wohl bedingt durch den chronischen Nikotinabusus. Gleichzeitig sei auch eine Verschlechterung der Diffusionskapazität eingetreten. Diese Veränderungen seien einerseits bedingt durch den chronischen Nikotinabusus, andererseits auch durch die im Jahre 2008 erlittene toxische Alveolitis. In somatischer Hinsicht schätze er somit ab dem Stichtag 1. September 2015 eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30% (doc. 111). Dieses Gutachten wurde zwar kurze Zeit vor dem massgeblichen Zeitpunkt verfasst, wurde jedoch vom RAD im Verfahren der Neuanmeldung berücksichtigt (vgl. doc. 53). 5.2 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Mai 2016 eine Angst und depressive

Störung gemischt (F41.2) sowie eine PTBS (F43.1). In psychopathologischer Hinsicht beschreibt sie den Beschwerdeführer als in sämtlichen Qualitäten orientiert, kognitiv nach eigenen Angaben etwas beeinträchtigt in Merkfähigkeit und Konzentration, die Stimmung sei schwankend, jedoch zeige er keine klaren depressiven Symptome. Ihrer Beurteilung nach müsse die ursprüngliche Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression mittlerweile auf eine Angststörung mit depressiver Komponente korrigiert werden.

C-178/2020 Seite 14 den. Biographisch zeigten sich im Rahmen der langjährigen therapeutischen Auseinandersetzung eine doch beträchtlich traumatisierende Situation in der Kindheit und vor allem mehrere bedrohliche Situationen im Rahmen der sozialarbeiterischen Tätigkeit. Nachdem es zuletzt zu einer leichtgradigen Stabilisierung bei deutlich eingeschränkter Belastbarkeit gekommen sei, habe sich das Zustandsbild im März 2016, nach einer unklaren Tumordiagnose im Blasenbereich, ganz akut verschlechtert (doc. 37). 5.3 Im Rahmen einer Nachuntersuchung bezüglich Berufsunfähigkeit hielt Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, mit Gutachten vom 2. Juni 2016 zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle(...), als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit eine Angst und depressive Störung gemischt sowie eine PTBS fest. Zuletzt sei die ängstliche Verstimmung durch eine mögliche Krebserkrankung an der Blase verstärkt worden. Anamnestisch gebe es keine Hinweise für weitere Beeinträchtigungen. Durch Fortführung der bisherigen Therapie sei eine weitere Besserung zu erwarten. Insgesamt wurde eine Besserungstendenz der psychiatrischen Gesamtsymptomatik festgestellt. Lediglich die körperliche Erkrankung habe jetzt die psychische Befindlichkeit wieder etwas beeinträchtigt. Durch den geplanten Rehabilitations-Aufenthalt im Herbst sei mit einer weiteren Besserung zu rechnen und eine Berufsunfähigkeit über sechs Monate würde nicht mehr vorliegen. Entsprechend dem Wunsch des Patienten sei ein Wiedereinstieg in das Berufsleben auch sehr empfehlenswert, anfänglich vielleicht in reduziertem Umfang, jedoch zu über 50%. Hinsichtlich des Leistungskalküls hält er folgendes fest: vollschichtig Bildschirmarbeit, Publikumsverkehr und Schichtarbeit, aber keine Nachtarbeit und keine forcierte Belastung der Hände, fallweise forciertes Arbeitstempo, durchschnittliche psychische Belastbarkeit und mässig schwieriges geistiges Leistungsvermögen (doc. 36). 5.4 In ihrem Bericht vom 24. Juni 2016 hielten Prim. Univ.-Doz. Dr. O. \_\_\_\_\_ und Tagesärztin, Dr. P. \_\_\_\_\_, Abteilung für Urologie des Landeskrankenhauses (...), Folgendes fest: Mittels histologischem Schnittbild sei ein invertiertes Papillom der Harnblase vorgefunden und ein solitärer, papillärer Blasen-tumor hinter der linken Harnleitermündung diagnostiziert worden; die Rasterbiopsien aus der Harnblase seien unauffällig. Am

## **E. 6.1**

Vorliegend basiert die angefochtene Verfügung vom 13. November 2019 im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten der F. \_\_\_\_\_ ag vom 3. September 2018 mit den Fachdisziplinen Psychiatrie und Pneumologie.

### **E. 6.1.1**

Die Gutachter hielten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (F33.0), fest. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Panikstörung (F41.0), eine Störung durch

C-178/2020 Seite 21 Tabak, ein Abhängigkeitssyndrom, einen gegenwärtigen Substanzgebrauch (F17.24) sowie eine mittelschwere COPD des Phänotyps Emphysem, GOLD 2B (J44.82), bei mittelschwerer progredienter obstruktiver Ventilationsstörung, schwerer Diffusionsstörung mit Belastungs-Hypoxämie und anhaltendem Zigarettenrauchen (40 p/year).

### **E. 6.1.2**

In ihrer Konsensbeurteilung führten sie aus, pneumologisch zeige sich beim Versicherten eine mittelschwere bis beginnend schwere COPD (GOLD IIB). Phänotyp (Erscheinungsbild) sei ein Lungenemphysem mit schwergradiger Diffusionsstörung. Bis anhin zeige sich der Verlauf der COPD ohne schwerwiegende Exazerbationen. Hinsichtlich des Verlaufs finde sich eine Erstdokumentation der COPD im Jahre 2008 und seither eine unaufhaltsame Progression. Bezüglich der Kausalität (Ursache) werde von pneumologischer Seite der anhaltende Zigarettenkonsum von kumulativ ca. 40 p/year angenommen; der Versicherte selbst sehe einen Kausalzusammenhang mit der erlittenen Rauchvergiftung im Jahre 2008, was nicht bestätigt werden könne. Psychiatrisch finde sich 2013 eine erste Panikattacke sowie ein Burnout, dieses werde vom Versicherten selber beschrieben. Aus aktueller fachpsychiatrischer Sicht erfülle der Beschwerdeführer (nur) die Diagnosekriterien für eine Panikstörung (ICD-10: F41.0). In der gesamtgutachterlichen Zusammenschau ergebe sich aufgrund der Atembeschwerden durch die COPD grundsätzlich eine zusätzliche Belastung für die Panikstörung, da organische Atembeschwerden sich negativ auf Panikstörungen auswirken könnten. Aktuell imponiere die Panikstörung (bisher keine Exazerbationen der COPD), jedoch stehe sie nicht im Vordergrund bzw. trete sie nicht häufig auf. Die postulierte posttraumatische Belastungsstörung sei aus gutachterlicher Sicht anhand des Verlaufs sowie deren Ausprägung aktuell nicht diagnostizierbar und auch retrospektiv finde sich insbesondere hinsichtlich des verspäteten Symptombeginns (Brandereignis 12/2008, Diagnose 2013/2014) kein gesicherter Anhalt für eine (aktuelle) Diagnosestellung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Anhand des bisherigen Verlaufs zeige sich aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (F33.0), die teils ein reaktiv verlaufendes Störungsmuster aufweise. Der Beschwerdeführer gebe an, auf seine Blasenkrebs-Diagnose Ende 2015/2016 mit einer depressiven Symptomatik reagiert zu haben; auch auf den Tod der Mutter (09/2017) bzw. davor habe er mit depressiven Symptomen reagiert. Weiter fänden sich Kränkungen im Zuge der erfolglosen Jobsuche vom Beschwerdeführer dargelegt. Eine Beeinflussung der rezidivierenden depressiven Störung durch die COPD (körperliche Schwäche oder

C-178/2020 Seite 22 schnelle Ermüdbarkeit) zeige sich aktuell in der gutachterlichen Zusammenschau nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit.

### **E. 6.1.3**

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aktuell zu 10% arbeitsunfähig, ebenso in angepasster Tätigkeit. Die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit von 10% ergebe sich aus primär psychiatrischer Sicht aus einer (noch) reduzierten Leistungsfähigkeit bzw. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie einem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei wie folgt zu beschreiben: Aus psychiatrischer Sicht habe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 30% während der Diagnose

Blasenkrebs und bis zur operativen Sanierung im Mai 2016 ergeben. Der Tod der Mutter sei aus IV-rechtlicher Sicht irrelevant, das Blasenkrebs-Rezidiv wiederum sei weniger imponierend als Zäsur, d.h. es habe eine Arbeitsunfähigkeit von (nur) 20% bestanden. Retrospektiv könne maximal eine 20% -ige Arbeitsunfähigkeit davon abgeleitet werden, die sich jedoch im Verlauf (zumindest ab dem Begutachtungszeitpunkt) auf eine Arbeitsunfähigkeit von 10% verbessert habe (doc. 84 S. 6). Aus somatischer Sicht ergäben sich für die COPD bis jetzt keine Veränderungen der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit. Bei weiterhin progredientem Verlauf sei mittelfristig eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich (doc. 84 S. 24).

#### **E. 6.1.4**

Zu den Standardindikatoren gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts hielten die Gutachter Folgendes fest: Zur Gesundheitsschädigung und Ausprägung bzw. zum Schweregrad ergäben sich aus pneumologischer Sicht für körperlich mittelschwere oder gar schwere Arbeiten aufgrund der COPD klar Einschränkungen, sodass solche Tätigkeiten nicht zumutbar seien. Aus psychiatrischer Sicht sei eine reduzierte Belastbarkeit bzw. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und der Proaktivität und Spontanität in Anlehnung an die Mini-ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) sowie eine erhöhte Pausennotwendigkeit durch die noch bestehende leichte depressive Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung zu erkennen (doc. 84 S. 5). Zum Behandlungserfolg oder zur Behandlungsresistenz legten die Gutachter dar, es solle die ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung, inklusive Medikation, fortgeführt werden (doc. 84. S. 25). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit würden sich aus aktueller gutachterlicher Sicht keine ausgeprägten Limitationen oder Funktionseinschränkungen ergeben. Aufgrund der langjährigen Absenz und der vergeblichen, frustrierenden Stellensuche

C-178/2020 Seite 23 würden sich jedoch selbstlimitierende Sichtweisen des Versicherten vorfinden. Dies sei jedoch durch einen therapeutischen Prozess verbesserungsfähig. Die Weiterführung der psychiatrischen-psychotherapeutischen Therapie sollte aus gutachterlicher Sicht primär ressourcenorientiert erfolgen und zudem den Fokus auf verhaltenstherapeutische Aspekte der 3. Welle der Verhaltenstherapie (Akzeptanz und Commitment-Therapie; als auch allenfalls CBASP [Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy]) legen. Hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung wäre eine solche aus psychiatrischer Sicht ab sofort möglich und beispielsweise durch ein Setting, wie X. \_\_\_\_\_ in (...) anbiete, aus gutachterlicher Sicht umsetzbar (doc. 84 S. 24). Zur Persönlichkeit sei anzumerken, dass keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung bestehen würden. Anhand des biografischen Längsschnitts sowie auch im Querschnitt würden sich keine Anhaltspunkte oder Auffälligkeiten für spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörungen finden. So habe der Explorand die Schule sowie als ca. 20-Jähriger eine dreijährige Berufsausbildung absolvieren und beruflich Fuss fassen können, habe eine Familie gegründet und seine drei Kinder nach der Scheidung ca. 2002 alleinerziehend aufgezogen (doc. 84. S. 5). Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wird dargetan, dass bezüglich einer Tätigkeit als Sozialarbeiter aus pneumologischer Sicht, ebenso wie aus psychiatrischer Sicht, die Ressourcen aktuell als intakt eingeschätzt würden. Was die Belastungsfaktoren anbelangt, würden sich anhand des Verlaufs aus psychiatrischer Sicht Belastungen u.a. durch den Blasenkrebs und durch die Angst vor einem Rezidiv sowie die angespannte finanzielle Situation des Beschwerdeführers finden.

Die familiären Aufgaben zeigten sich aus gutachterlicher Sicht zunehmend reduziert bzw. auslaufend, da zwei der drei Kinder bereits volljährig seien und auch in absehbarer Zeit auf eigenen Füßen stehen dürften. Die COPD werde als progredient verlaufend angesehen, mit möglicher Zunahme der Dyspnoe, einer chronischen Hypoxämie und Exazerbationen (doc. 84 S. 5). Zum Indikator sozialer Kontext seien die Ehescheidung im 2002, der fehlende Kontakt der Kinder zur Kindsmutter und der Umstand, dass der 17-jährige Sohn sowie die 20- und 21-jährigen Töchter bei ihm lebten, wobei sich die Älteste zunehmend selbständig mache, zu beachten (doc. 84 S. 30). Zur Konsistenz hielten sie fest, die selbstlimitierenden Aspekte würden aus gutachterlicher Sicht imponieren. Auch die eigene Interpretation von Kausalzusammenhängen des Beschwerdeführers im Rahmen seines Krankheitsverständnisses, insbesondere zur COPD, aber auch zu den Entzündungen, erschienen aus gutachterlicher Sicht grundsätzlich nachvollziehbar und könnten im Rahmen krankheits- resp. psycho-educativer Massnahmen angegangen werden (doc. 84 S. 23). Mit Blick auf den autonom geführten Haushalt

C-178/2020 Seite 24 mit drei Jugendlichen erscheine die – bereits bei geringfügigen Anstrengungen geklagte – Atemnot inkonsistent (doc. 84 S. 30).

#### **E. 6.1.5**

Am 4. März 2019 führten Dr. Y.\_\_\_\_\_, FÄ für Allgemeinmedizin des medizinischen Dienstes, Dr. Z.\_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie & Psychotherapie des medizinischen Dienstes, sowie AA.\_\_\_\_\_, Juristin der IV-STA, in einer kombiniert medizinisch-juristischen Stellungnahme (doc. 98) aus, das Gutachten weise volle Beweiskraft auf, da es die Leitlinien für Begutachtungen beachte, die Standardindikatoren geprüft und in die Beurteilung integriert worden seien (S. 5 f., 21, 32 f.), die streitigen Punkte eingehend geprüft worden seien, das Gutachten sich auf vollständige Untersuchungen stütze, die Klagen des Beschwerdeführers berücksichtige (S. 10 f., 27 f.), in voller Berücksichtigung der Anamnese (persönlich, beruflich) erstellt worden sei, die Beschreibung des medizinischen Kontextes und der medizinischen Situation klar seien, die Schlussfolgerungen eingehend begründet seien und die Experten über die hier ausschlaggebenden Fachkenntnisse verfügten. Die relevanten Änderungen des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien seit dem 22. Dezember 2015 (Datum der letzten Verfügung) eingetreten. Als Arbeitsunfähigkeiten seien in Übereinstimmung mit den Gutachtern festzuhalten: 20% seit 4. Mai 2016, 10% seit 4. September 2018 und 15% im Haushalt seit 4. September 2018. Die Experten hätten eine fluktuierende Arbeitsunfähigkeit von 10-30% aus psychiatrischen Gründen festgehalten. Deshalb sei ab 4. Mai 2016 (Bericht von Dr. N.\_\_\_\_\_) eine mittlere Arbeitsunfähigkeit von 20% zu berücksichtigen. Ab dem 4. September 2018 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 10% vor gemäss Expertise. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt sei in der COPD Grad II begründet, dies ab dem Zeitpunkt der Begutachtung, weil sie da das erste Mal festgehalten worden sei (s. beiliegenden Haushaltbogen des medizinischen Dienstes).

#### **E. 6.2**

Das bidisziplinäre Gutachten vom 3. September 2018 erfüllt damit die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a): Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie unter Diskussion abweichender

Berichte (s. dazu E. 6.3 f.) getroffen worden. Insbesondere beinhaltet das Gutachten eine nachvollziehbare Schilderung der Entwicklung der psychischen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend, die gezo-

C-178/2020 Seite 25 genen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet (s. E. 3.7.2 hiervor) und überzeugen unter Berücksichtigung der Standardindikatoren (s. E. 3.9 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. I.\_\_\_\_\_ habe ihm während der Begutachtung gesagt, es liege eine Arbeitsunfähigkeit von sicherlich 40% vor, ist festzuhalten, dass dem Gutachten keine Hinweise auf eine solchermassen lautende Aussage zu entnehmen sind und der Beschwerdeführer die Umstände dieser angeblichen Aussage nicht erläutert. Der Antrag auf diesbezügliche Befragung des Gutachters ist in Anbetracht des oben Gesagten und der eingehenden und schlüssigen gutachterlichen Beurteilung der Gesundheitssituation in pneumologischer Hinsicht und deren Auswirkungen auf die Restarbeitsfähigkeit in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen (Urteil des BGer 8C\_590/2015 vom 24. November 2015 [in BGE 141 V 585 nicht publizierte] E. 6).

### **E. 6.3.1**

Der Beschwerdeführer fordert, es sei auf das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 13. November 2019, Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle(...), abzustellen, da dieses dem bidisziplinären Gutachten vom 3. September 2018 diametral widerspreche und mit der PTBS eine zusätzliche Diagnose gestellt werde.

### **E. 6.3.2**

Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts bedarf die Herleitung und Begründung der Diagnose einer PTBS einer besonderen Achtsamkeit. Dies gilt zunächst für das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma. Dieses sei nicht in erster Linie und allein von der Gutachterperson bzw. vom Arzt selbst zu klären, aber von diesem zwingend zu referieren (d.h. zusammenfassend [und kritisch einschätzend] zu berichten). Nebst der für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordere die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese betrage nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Eine besondere Begründung brauche es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll. Bei der Folgenabschätzung einer PTBS auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit sei ein "konsistenter Nachweis" mittels "sorgfältiger Plausibilitätsprüfung" im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren notwendig (Urteil BGer 9C\_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3.1 m.w.H.).

C-178/2020 Seite 26

### **E. 6.3.3**

Zu den Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ sind – u. a. bezüglich der Diagnose einer PTBS – mehrere Vorbehalte anzubringen: In seinem ersten Gutachten zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt in (...) vom 2. Dezember 2014 hielt er dazu fest, es liege ein Zustand nach PTBS vor. Aktuell liege eine leichte Anpassungsstörung mit ängstlich, depressiver Reaktion vor, die psychische Erkrankung rechtfertige aktuell keine Arbeitsunfähigkeit (doc. 4). In seinem späteren Gutachten vom 2. Juni 2016 diagnostizierte

er erneut eine PTBS bzw. führte dazu aus, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer Angst und depressiven Störung gemischt, im Rahmen einer PTBS. Einen Auslöser für eine zwischenzeitliche Retraumatisierung nannte er nicht, sondern führte unter "Derzeitige Beschwerden" vielmehr aus, der Beschwerdeführer leide an einer PTBS infolge Hausbrand sowie Mordversuch im B. \_\_\_\_\_-Wohnheim; er führte damit die PTBS auf Gründe zurück, die er in erster Begutachtung als nicht mehr von aktueller Bedeutung für die Erkrankung beurteilte. Wie der Begründung des zweiten Gutachtens zudem entnommen werden kann, ist die hinzugetretene Erkrankung an einem Blasen-tumor (operativ behandelt im Mai 2016) ursächlich für die Verstärkung der ängstlichen Verstimmung, aber nicht genannt als ursächlich für eine Retraumatisierung und Reaktivierung der PTBS zu bewirken (doc. 36). Seiner Beurteilung kann daher nicht gefolgt werden. In seinem dritten Gutachten vom 15. Januar 2018 nannte er als Diagnosen wiederum eine Angst und depressive Störung gemischt sowie eine PTBS. Zur letzteren Diagnose hielt er erklärend fest, der Beschwerdeführer habe eine Tätigkeit als Flüchtlingsbetreuer bei der E. \_\_\_\_\_ aufgenommen. Bereits in der ersten Woche sei ein Klient rabiät und gewalttätig geworden, weshalb die Polizei habe gerufen werden müssen. Dies und die neuerliche (erfolglose) Arbeitssuche habe ihn retraumatisiert (doc. 51). Letzterer Einschätzung stehen zum einen die (überzeugende) Würdigung durch Dr. J. \_\_\_\_\_, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, und zum anderen die spätere Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der F. \_\_\_\_\_ ag, Dr. H. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, entgegen: In Ihrer Stellungnahme vom 2. März 2018 führte Dr. J. \_\_\_\_\_ aus, trotz unveränderter Diagnosen werde nun eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit attestiert. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht sei trotz unveränderter diagnostischer Einschätzung anzunehmen und werde gutachterlich durch Dr. G. \_\_\_\_\_ attestiert. Allerdings sei das Ausmass der PTBS und der funktionellen Einschränkungen nicht genau beschrieben. Die psychopathologischen Befunde wiesen ein sehr

C-178/2020 Seite 27 unterschiedliches Ausmass der kognitiven Einschränkungen auf. Eine abschliessende Diskussion der Standard-Indikatoren sei anhand der vorliegenden Informationen nicht möglich. Sie schlage deshalb eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz vor (doc. 53). Dieser Einschätzung ist zu folgen, zumal auch die von Dr. G. \_\_\_\_\_ vertretene Auffassung, wonach – trotz identischer Diagnosenstellung in psychiatrischer Hinsicht – statt von der Ausübung einer vollschichtigen Tätigkeit (Gutachten vom 2. Juni 2016) neu von keiner Berufsfähigkeit (mehr) auszugehen sei (Gutachten vom 15. Januar 2018), nicht zu überzeugen vermag. Zum andern hielt Dr. H. \_\_\_\_\_ der F. \_\_\_\_\_ ag in seinem Teilgutachten vom 24. Oktober 2018, basierend auf einer persönlichen Begutachtung des Beschwerdeführers am 3. September 2018, zum Psychostatus Folgendes fest: Der Beschwerdeführer sei mit dem Auto an die Begutachtung gefahren. Er sei ädaquat gepflegt und gekleidet, freundlich und zugewandt, es bestehe ein guter Blickkontakt, der Explorand sei affektiv gut schwingungsfähig und auslenkbar, es bestehe kein Anhalt für Nervosität und Spannung, die Mimik imponiere unauffällig, er lache auch mehrmals und situationsadäquat. Sprachmelodie, -duktus sowie Sprechtempo imponierten in der Begutachtung unauffällig (insbesondere nicht depressionstypisch ausgeprägt oder auffällig, keine Verlangsamung, keine monotone Sprachmelodie oder ein-silbige Sprechweise). Der Explorand sei in allen Richtungen orientiert, im formalen Denken geordnet, kohärent und nicht verlangsamt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Konzentrationsstörung und reduzierte Konzentrationsleistung sowie Gedächtnisstörung

oder Merkfähigkeitsprobleme, ebenso wenig für inhaltliche Denkstörungen (Wahn, Ich-Störung, Sinnestäuschung, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenbeeinflussung, Zwänge, Rituale). Es werde nicht berichtet über Depersonalisations- oder Derealisationssymptome. Affektiv sei er mehrheitlich euthym und mehrfach situationsadäquat lachend. Der Explorand beschreibe sich als kraftlos und schlapp. Es liege keine verdeutlichte oder theatralische Beschreibung der Atemprobleme vor. Es gebe Anhaltspunkte für Panikattacken in der Vergangenheit. Der Schlaf sei gut, er habe auch schon 12-14 Stunden geschlafen. Der Antrieb und die Psychomotorik imponierten während der Untersuchung als unauffällig (doc. 84 S. 16). In seiner "Beurteilung" führte er zusätzlich aus, der Verlauf der PTBS imponiere nicht störungstypisch in den Akten, aber auch aktuell vom Exploranden beschrieben, insbesondere hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs. Der Brand 2008 und der Mordversuch (2010/2011) würden (zudem) ohne affektive oder psychopathologische Belastung, ohne Reaktion beschrieben (S. 19). Daher liege keine PTBS vor. In der Zusammenfassung ergänzte er, die PTBS könne nicht klar diagnostiziert werden: Der angebliche Auslöser für

C-178/2020 Seite 28 die psychische Erkrankung liege im Jahre 2013, genannt werde eine Panikattacke im Rahmen eines Burnouts. Nicht ursächlich erkennbar seien aber die (naheliegenderen) Ereignisse Scheidung im Jahre 2002, Unfall im Jahre 2008 oder Mordversuch im Jahre 2010/2011 oder ein unklar definierter Missbrauch in der Kindheit (S. 21 f.). Diese Befundungen und Würdigungen aufgrund einer persönlichen Begutachtung des Beschwerdeführers lassen keine mit Begutachtung vom 15. Januar 2018 vertretene "Berufsunfähigkeit" erkennen.

#### **E. 6.3.4**

In seinem Gutachten vom 13. November 2019, basierend auf einer Untersuchung am selben Tag, attestiert Dr. G. \_\_\_\_\_ wiederum als Hauptdiagnose Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sein Gutachten enthält jedoch keine Herleitung der Diagnose und der Arbeitsunfähigkeit lege artis: Die Entwicklung der Diagnose Angst und depressive Störung gemischt im Rahmen der PTBS und ein Verlauf über die Jahre werden in der "ärztlichen Beurteilung" nicht aufgezeigt bzw. widersprechen früheren Beurteilungen. Ferner enthält die "Ärztliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit" subjektive Aussagen aus der Anamnese und eine objektivierte Begründung geht damit letztlich verloren. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit begründet er damit, dass bis jetzt keine ausreichend stabile Besserung erzielt worden sei. Es wird lediglich festgestellt, dass die Besserungstendenz geringfügig sei. Der Gesundheitszustand und die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit werden damit nicht umfassend und ausführlich dargelegt. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung bei einem (Krankheits-) Beginn deutlich nach der Latenzzeit (von bis maximal sechs Monaten; vgl. E. 6.3.2), eine besondere Begründung verlangt. Solche zusätzlichen Ausführungen fehlen im Gutachten vom 13. November 2019 gänzlich. Bei der Befragung durch den Gutachter der F. \_\_\_\_\_ ag, Dr. med. univ. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte der Beschwerdeführer noch, dass der Mordversuch im Jahre 2010/2011 nicht ihm gegolten habe, sondern einer Arbeitskollegin, was ihn deshalb nicht direkt traumatisiert und langanhaltend belastet habe (doc. 84 S. 19). Im Gutachten vom 13. November 2019 (doc. 152) führte Dr. G. \_\_\_\_\_ hingegen aus, "seit einer Brandstiftung mit Mordabsicht, die er (der Beschwerdeführer) mit einem psychischen Schaden, Lungenemphysem und

Rauchgasvergiftung überlebt habe, leide er an Angst und depressiven Störung gemischt mit geringfügiger Besserungs- tendenz". Diese Aussage in der ärztlichen Beurteilung der Leistungsfähig- keit (doc. 152 S. 3) vermischt zum einen undifferenziert die Brandstiftung C-178/2020 Seite 29 im Jahre 2008 mit dem Mordanschlag 2010/2011, nennt zum anderen (als Krankheitsfolge) in keiner Weise eine PTBS und ist schliesslich mit der oben erwähnten, früheren Aussage/Präzisierung des Beschwerdeführers gegenüber Dr. H.\_\_\_\_\_ unvereinbar. Hinzu kommt, dass Dr. G.\_\_\_\_\_ anamnestisch den Mordversuch im Jahre 2014 verortet ("nach Rauchgas- vergiftung in Folge eines Mordversuches mit Brandstiftung im Jahre 2014"), was der Aktenlage widerspricht. Zu ergänzen bleibt, dass das (kurze) Gutachten notabene keinerlei Hinweise auf die eingehende Begut- achtung am 3. September 2018 in (...) enthält und damit keine fremdanam- nestischen Erhebungen berücksichtigt. Damit überzeugt das Gutachten vom 13. November 2019 in seiner Herleitung der Diagnose "Angst und de- pressive Störung gemischt im Rahmen der posttraumatischen Belastungs- störung (F41.2)" nicht, insbesondere nicht bezüglich des Wiedervorliegens einer PTBS. Demgegenüber setzt sich das bidisziplinäre Gutachten vom 3. September 2018 – wie oben dargelegt – differenziert mit dem Verlauf der Krankheitsbilder auseinander und würdigt insbesondere überzeugend die PTBS-Diagnose (doc. 84 S. 17 f.).

#### **E. 6.3.5**

Aus den oben genannten Gründen kann nicht auf das Gutachten vom

#### **E. 6.4**

Auch die Berichte der behandelnden Psychiaterin vermögen nicht zu überzeugen:

##### **E. 6.4.1**

Dr. N.\_\_\_\_\_ nennt als Diagnosen bereits am 14. Oktober 2014 eine PTBS (F43.1) und eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22) und führt in ihrer Beurteilung aus, differential- diagnostisch bestehe nach ihrem Ermessen eine chronifizierte posttrauma- tische Belastungsstörung, die trotz regelmäßiger psychotherapeutischer Begleitung, einem psychosomatischen Reha-Aufenthalt und einer medika- mentösen Therapie mit Cymbalta, Mirtabene, Temesta, aktuell Sertralin und Mirtabene, nur unzureichend gebessert sei. Ein beruflicher Wiederein- stieg sei derzeit nicht möglich (doc. 17 S. 2). Dies widerspricht jedoch dem Ergebnis der Begutachtung von Dr. G.\_\_\_\_\_, der einen Monat später, unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. N.\_\_\_\_\_ (s. Gutachten

C-178/2020 Seite 30 Ziff. 7), einen Zustand nach PTBS diagnostizierte, im psychopathologi- schen Status darauf hinwies, dass keine Flashbacks mehr bestünden, in der ärztlichen Beurteilung anmerkte, die aktuelle Medikation sei schon län- gere Zeit unverändert, und die Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeit vollschichtig als gegeben erachtete (doc. 4 S. 3 und 5).

##### **E. 6.4.2**

In ihrem Bericht vom 24. Mai 2016 attestiert Dr. N.\_\_\_\_\_ neben der PTBS neu eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) und führt dazu aus, in Anbetracht des Längsschnittes des Verlaufes habe die ursprüngliche Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depres- sion mittlerweile korrigiert werden müssen, auf eine Angststörung mit de- pressiver Komponente (doc. 37). Die ICD-10 hält zur Diagnose F41.2 fest, diese

Kategorie solle bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrschend und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertige. Im psychopathologischen Status beschreibt die Ärztin aber einen in sämtlichen Qualitäten orientierten Patienten, kognitiv nach eigenen Angaben etwas beeinträchtigt in Merkfähigkeit und Konzentration, die Stimmung schwankend, jedoch keine klaren depressiven Symptome; vorherrschend derzeit Angst und psychomotorische Unruhe (doc. 37 S. 1).

#### **E. 6.4.3**

In ihrem Bericht vom 7. November 2017 wiederum hält sie fest, es sei seit 2013 trotz durchgängiger Therapie zu keiner Stabilisierung des Zustandsbildes und im August 2017 zu einer massiven Dekompensation gekommen. In der "aktuellen Psychopathologie" beschreibt sie einen kognitiv deutlich beeinträchtigten Patienten, vor allem in den Gedächtnisfunktionen, aber auch in Merkfähigkeit und Konzentration. Die Stimmung sei stark schwankend, primär bestünden jedoch Angstsymptome und Irritationen im Kontakt, häufige Übelkeit, Unwohlsein im Körper, starke psychomotorische Unruhe. Der Schlaf mit Medikation sei mittelmäßig, es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Wahrnehmungsstörungen (doc. 45 S. 1). Trotz dieser deutlich verschlechterten Befunde (Psychostatus vom 24. Mai 2016: etwas beeinträchtigte Kognition, Stimmung schwankend, keine klar depressiven Symptome, vorherrschend Angst und psychomotorische Unruhe) nennt sie wiederum dieselbe Diagnose Angst und depressive Störung gemischt, ohne weitere Begründung und Herleitung. Gleiches gilt für den Bericht vom 16. August 2018, in welchem die Fachärztin in ihrer Beurteilung undifferenziert ausführt, der Beschwerdeführer leide nach wie vor immer wieder an Angst- und Paniksymptomen, erlebe Flashbacks und Angstträume, die ihn immer wieder an die traumatische Situation zurück-

C-178/2020 Seite 31 führten. In der Psychopathologie werden jedoch keine Flashbacks erwähnt; vielmehr werden inhaltliche Denk- und Wahrnehmungsstörungen verneint und erwähnt, der Schlaf sei aktuell gut (doc. 93).

#### **E. 6.4.4**

Die Gutachter der F. \_\_\_\_\_ ag nehmen ihrerseits zu den neueren Berichten der behandelnden Psychiaterin wie folgt Stellung: Diese würde zwar eine Berentung befürworten, dabei führe sie jedoch wenig aussagekräftige bzw. limitationsbedingende Diagnosen an (doc. 84 S. 22). Für die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt werde gemäss ICD-10 notabene gefordert, dass jede Störung für sich kein Ausmass erreiche, die eine einzelne entsprechende Diagnose rechtfertige. In den Berichten würden keine neuen Diagnosen angeführt. Biographisch würden neben den Traumatisierungen am Arbeitsplatz auch eine schwierige frühkindliche Situation genannt, in der wohl der Grundstein für die Angstsymptomatik gelegt worden sei. Diese Diagnosestellung imponiere aus aktueller gutachterlicher Sicht nicht schlüssig, zumal sich klar eine Panikstörung anhand der Angaben des Exploranden ableiten lasse und andererseits die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt eine Störung darstelle, die keine einzelne entsprechende Diagnose (Depression oder Angststörung) für sich alleine rechtfertige, sodass aus versicherungsmedizinischer Sicht sich durch diese Diagnose bzw. dem Symptomausmass keine ausgeprägten Funktionseinschränkungen ableiten liessen, wie für eine von Dr. N. \_\_\_\_\_ langjährig postulierte Arbeitsunfähigkeit passend. Die beschriebenen Paniksymptome würden auf den Aussagen des Beschwerdeführers basieren und seien

passend für eine Panikstörung (F41.0), da sich keine eindeutigen Auslöser festmachen liessen und sich zwischen den Attacken panikfreie Phasen zeigten. Aus diesen Gründen könne nicht auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin abgestellt werden (doc. 83 S. 17 ff.).

#### **E. 6.4.5**

Zum Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 ist schliesslich festzuhalten, dass die Ärztin auf ein gebessertes Zustandsbild hinsichtlich der depressiven Symptomatik hinweist, auch ausführt, Panikattacken und Flashbacks seien kaum mehr vorhanden, inhaltliche Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen seien nicht explorierbar, kognitiv wirke der Patient unauffällig. In der Beurteilung führt sie zudem aus, es liege eine deutliche Besserung der Gesamtsymptomatik (Angst, Panik, Depression) vor. Trotzdem – so die Würdigung – erfolge die Haushaltsführung und Versorgung der Kinder im Vergleich zu früher nur in einem deutlich reduzierten Ausmass, brauche der Beschwerdeführer für viele Aktivitäten Mithilfe, seien die Aussenkontakte reduziert und bestünden nach gehäuften Termini-

C-178/2020 Seite 32 nen Erschöpfungsgefühle, erkennbar sei zusätzlich eine erhöhte Infektanfälligkeit. Als Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht seien eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) sowie eine PTBS (F43.1) zu attestieren. Auch hier lassen sich ihre Feststellungen im Psychostatus und in der Beschreibung der aktuellen Situation mit der Würdigung nicht stimmig in Einklang bringen und ist nicht erklärt, weshalb trotz deutlicher Besserung der Gesamtsymptomatik weiterhin dieselben Diagnosen zu stellen sind (doc. 119). Eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten der F. \_\_\_\_\_ ag fehlt trotz Zustellung desselben an die Ärztin am 7. Mai 2019 (doc. 113 S. 1) gänzlich. Auf ihre Beurteilung, wonach "eine berufliche Wiedereingliederung nach wie vor völlig unrealistisch ist", ist daher nicht abzustellen.

#### **E. 6.5**

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, auch in somatischer Hinsicht sei mit dem lungenfachärztlichen Gutachten von Dr. M. \_\_\_\_\_, (...), zuhanden des Arbeits- und Sozialgerichts (...), vom 26. November 2015 (doc. 48) und dem Arztbericht von Dr. W. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 eine Verschlechterung eingetreten, welche eine Berufsunfähigkeit bewirke und von der Vorinstanz nicht beachtet worden sei. Bezüglich der Leistungsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit wie derjenigen des Sozialarbeiters hielt Dr. BB. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes in seinen Beurteilungen vom 6. Juli 2019 und 8. November 2019 jedoch fest, hinsichtlich der (für die Arbeitsfähigkeit hier zentralen) chronischen Lungenerkrankung habe der Beschwerdeführer im November 2015 unter Belastung einen Wert von 5 (recte: 5.1) METS (MET: Metabolisches Äquivalent) erreicht (doc. 104 S. 3). Auch der nachgeforderte lungenfachärztliche Bericht von Dr. CC. \_\_\_\_\_, (...), vom 10. Mai 2019 gebe keine signifikante Verschlechterung an; dieser nenne eine (eingeschränkte) Leistungsfähigkeit von 5.5 METS (doc. 129, 138). Diese Würdigung von Dr. BB. \_\_\_\_\_ erscheint schlüssig, zumal die Messung – die per definitonem dem Sauerstoffverbrauch eines 70kg schweren 40-jährigen Mannes entspricht und folgende Abstufungen verwendet (1: kann selbständig Essen, Trinken, Toilette benutzen; 3: kann ein bis zwei Blöcke in langsamer Geschwindigkeit gehen; 4: kann leichte Hausarbeit erledigen und Treppensteigen, 10: kann mässig belastende Sportarten (Bowling, Golf) betreiben

([https://flexikon.doccheck.com/de/Metabolisches\\_%C3%84quivalent](https://flexikon.doccheck.com/de/Metabolisches_%C3%84quivalent); abgerufen am 30. September 2021) – bei Testwerten des Beschwerdeführers von 5.1 (26. November 2015) und 5.5 METS (10. Mai 2019) mit der ermittelten Restarbeitsfähigkeit vereinbar erscheint.

C-178/2020 Seite 33

### **E. 6.6**

Soweit der Beschwerdeführer auch aus dem Arztbericht von Dr. N.\_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2020 (doc. 157), der mehrheitlich Aussagen zur bisherigen Situation (vor dem 13. November 2019) enthält und daher vorliegend berücksichtigt werden kann, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht ableiten will ("Nach wie vor kommt es zu Angstanflutungen und einer depressiv ängstlichen Stimmungslage. Es besteht durchgängig eine deutlich reduzierte Belastbarkeit mit immer wieder auftretenden psychomotorischen Unruhezuständen, Stimmungsschwankungen, Angstanflutungen"), ist festzuhalten, dass dem Bericht zum einen (wiederum) dieselben langjährig gestellten und ohne detaillierte Herleitung genannten Diagnosen zu entnehmen sind und zum anderen kein psychopathologischer Befund aufgeführt wird (vgl. zu letzterem Stellungnahme von Dr. J.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes vom

### **E. 6.7**

Der Beschwerdeführer rügt weiter, Dr. Y.\_\_\_\_\_ und Dr. BB.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes seien keine Fachärzte der Pneumologie, weshalb auf ihre Beurteilung in somatischer Hinsicht nicht abgestellt werden könne (B-act. 1 S. 9). Diesbezüglich ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass der Umstand, dass beide genannten Ärzte den Facharztteil für Allgemeine Medizin tragen, nicht gegen ihre Beurteilung in lungenfachärztlicher Sicht spricht, zumal ihnen entsprechende Fachberichte (doc. 9 S. 3, 14-16, 47, 48, 85-87, 105, 120, 127) und das pneumologische

C-178/2020 Seite 34 Gutachten (doc. 84 S. 27 ff.) zur Verfügung standen und sie als Mediziner durchaus in der Lage waren bzw. sind zu beurteilen, ob eine Veränderung des Gesundheitszustands in pneumologischer Hinsicht eingetreten ist oder nicht (vgl. Urteil des BVerfG C-2137/2010 vom 15. Januar 2013 E. 3.2.2 in fine). Deren Stellungnahmen vom 4. März 2019, 6. Juli 2019 und 8. November 2019 äussern sich denn auch entweder zur Aussagekraft des Gutachtens der F.\_\_\_\_\_ ag (doc. 98) oder differenziert zur Belastbarkeit in pneumologischer Hinsicht (doc. 129, 138).

### **E. 6.8**

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich rügt, die Vorinstanz sei bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (aus psychiatrischer Sicht 20% resp. 10% und aus somatischer Sicht 15%) selber vom Gutachten abgewichen und verhalte sich widersprüchlich (B-act. 13 S. 9), greift seine Zusammenfassung der (dem angefochtenen Entscheid zugrundeliegenden) Ausführungen des medizinischen Dienstes zu kurz: Zum einen gingen die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht ab Datum der Begutachtung von einer Arbeitsunfähigkeit von 10% in der bisherigen Tätigkeit, einer angepassten Tätigkeit und im Haushalt aus, bezeichneten jedoch in somatischer Hinsicht für die Haushaltstätigkeit keine genaue Prozentzahl, sondern beschrieben mögliche Einschränkungen (doc. 84 S. 25 f. und 34 f.). Zum anderen erklärten Dr. Y.\_\_\_\_\_, Dr. Z.\_\_\_\_\_ und die Juristin AA.\_\_\_\_\_ in ihrer medizinisch-rechtlichen Stellungnahme vom 4. März 2019, Abschnitt "Remarques", schlüssig, dass die Gutachter eine fluktuierende, zeitlich nicht genau fixierte

Arbeitsunfähigkeit von 10-30% aus psychiatrischen Gründen festgehalten hätten. Es sei deshalb eine mittlere Arbeitsunfähigkeit von 20% ab 4. Mai 2016 (Datum des Arztberichts von Dr. N. \_\_\_\_\_) zu berücksichtigen. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (4. September 2018) bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 10%. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt (von 15%) liege in der COPD Stadium II des Beschwerdeführers begründet. Die Experten hätten deren Beginn auf das Datum der Expertise festgelegt, da die Einschränkungen erstmals zu diesem Zeitpunkt festgestellt worden seien. Der beiliegenden Beurteilung Haushalt gemäss Kreis- schreiben des BSV über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH; Stand: 1. Januar 2018) Rz. 3079-3095 (doc. 98 S. 3) sind folgende Bewertungen zu entnehmen, die sich in etwa mit der gutachterlichen Umschreibung der Einschränkungen im Haushalt (vgl. doc. 84 S. 7 f., 25, 33 f.) decken und ein systembedingtes Ermessen des medizinischen Dienstes beim Ausfüllen der Tabelle widerspiegeln (vgl. dazu KSIH Rz. 3088): Ernährung (Einschränkung: 0%; Invalidität: 0%), Wohnungs- und Hauspflege sowie Haustierhaltung (Einschränkung: 20%; Invalidität: 8%), Einkauf sowie weitere Besorgungen (Einschränkung: 30%; Invalidität:

C-178/2020 Seite 35 3%), Wäsche- und Kleiderpflege (Einschränkung: 20%; Invalidität: 2%), Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen (Einschränkung: 20%; Invalidität: 2%). Letztere Beurteilung fällt notabene zugunsten des Beschwerdeführers aus (doc. 98).

#### **E. 6.9**

Damit vermögen die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte und Gutachten nicht zu überzeugen und es wird für die medizinische Sach- verhaltensfeststellung nicht auf diese abgestellt.

#### **E. 6.10**

Der Beschwerdeführer beantragt, es sei ein psychiatrisches Gerichts- gutachten einzuholen, um die Widersprüche aufzulösen. Nachdem das Bundesverwaltungsgericht indessen bereits festgestellt hat, dass dem bi- disziplinären Gutachten volle Beweiskraft zukommt und die Vorinstanz auf dieses abstellen durfte, erübrigt sich vorliegend die Einholung eines Ober- gutachtens. Durch ein solches sind denn auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Damit ist der Antrag des Beschwerdeführers auf die Einholung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. hierzu z.B. Urteil des BGer 4A\_601/2018 vom 13. März 2019 E. 4.2.2 m.w.H.) abzuweisen. 7. Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz für die Prüfung, ob seit dem vorlie- genden Ausgangspunkt der rentenverweigernden Verfügung vom 22. De- zember 2015 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist, zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. univ. H. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I. \_\_\_\_\_, FA Pneumologie, vom 24. Oktober 2018 abgestellt. In diesem haben die Gutachter diese Frage verneint und festgestellt, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit bei

#### **E. 7**

Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz für die Prüfung, ob seit dem vorliegenden Ausgangspunkt der rentenverweigernden Verfügung vom 22. Dezember 2015 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist, zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. univ. H. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I. \_\_\_\_\_, FA Pneumologie, vom 24. Oktober 2018

abgestellt. In diesem haben die Gutachter diese Frage verneint und festgestellt, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit bei 20 bzw. aktuell 10% und im Haushalt bei 15% liege.

### **E. 8.1**

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung, gestützt auf die erwähnten gutachterlichen Feststellungen, gefolgert, dass beim Beschwerdeführer keine gemäss Art. 28 IVG ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Tatsächlich setzt Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG für die Entstehung eines Rentenanspruches unter anderem voraus, dass ein Versicherter während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig war. Vorliegend ermittelte die Vorinstanz gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 24. Oktober 2018 seit dem 4. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 20% in der ursprünglichen oder in einer adaptieren Tätigkeit und von 0% im Haushalt sowie seit dem 4. September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in der ursprünglichen oder in einer adaptieren Tätigkeit und von 15% im Haushalt (vgl. doc. 98 S. 2). Nach Art. 27bis Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben (Tabellen-) Lohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (Urteil BGer 9C\_965/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, SVR 2008 IV Nr. 2 [I 697/05] E. 5.4). Da der Beschwerdeführer aus familiären Gründen im Haushalt tätig und nur zu 40% erwerbstätig war, kommt vorliegend die gemischte Methode zur Anwendung. Gemäss dem Verhältnis 60% (Haushalt) zu 40% (Erwerbstätigkeit) resultiert eine Gesamtarbeitsunfähigkeit und Gesamtinvalidität von  $8\% = (0.4 \times 20\%) + (0.6 \times 0\%)$  seit dem 4. Mai 2016 und von  $13\% = (0.4 \times 10\%) + (0.6 \times 5\%)$  seit dem 4. September 2018. Bei einem Invaliditätsgrad von 8% und 13% besteht im vorliegend relevanten Zeitraum kein Rentenanspruch.

### **E. 8.2**

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 13. November 2019 als rechtens und ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 9**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

#### **E. 9.1**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen und aus dem am 20. Februar 2020 geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- zu entnehmen.

#### **E. 9.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem

Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

## E. 11

Mai 2016 sei der Beschwerdeführer zur geplanten transurethralen Re- sektion der Harnblase stationär aufgenommen worden. Die Intervention habe am Folgetag durchgeführt und der Beschwerdeführer am 15. Mai 2016 in gutem Allgemeinzustand und beschwerdefrei nach Hause entlas- sen werden können (doc. 46).

C-178/2020 Seite 15 5.5 Dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik D.\_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 26. April bis 17. Mai 2017 zur pulmonalen Rehabilitation stationär aufgenommen wurde. Die Lungenfunktion sei im Wesentlichen konstant, Atembeschwer- den seien belastungsabhängig und würden je nach psychischer Belastung stärker auftreten. Die Psychopharmaka-Therapie habe nach fachärztlicher Vorstellung reduziert werden können. Bei noch bestehendem Zigaretten- konsum sei wiederum eine Raucherberatung erfolgt, eine medikamentöse Entwöhnung mit Champix sei versucht worden. Es wurde folgendes Pro- cedere empfohlen: Dringender Rauchstopp, mindestens halbjährliche lun- genfachärztliche Kontrollen, Kontrolle des Blutdruckes, nach Einleitung ei- ner antihypertensiven Therapie, 24 h-RR-Kontrolle in ca. vier Wochen, in- ternistische Kontrolle bei kombinierter Hyperlipidämie einschliesslich Karo- tis-Sonographie (doc. 47). 5.6 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, hielt in ihrem Be- richt vom 7. November 2017 fest, dass es trotz zahlreicher Medikationsver- suche und guter Compliance des Patienten in der Auseinandersetzung mit seiner Störung nach wie vor zu keiner Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen sei. Sie führte aus, dass es im August 2017 letztendlich wiede- rum zu einer massiven Dekompensation gekommen sei, sodass der Be- schwerdeführer zuletzt durch sie und durch den Kollegen Q.\_\_\_\_\_ wie- der notfallmässig behandelt worden sei, zusätzlich erstmalig auch über "pro mente" (...) begleitet worden sei und eine neuerliche intensivierete psy- chotherapeutische Begleitung erfolge. Gemäss ihrer Beurteilung zeige sich biographisch im Rahmen der langjährigen therapeutischen Auseinander- setzung neben den Traumatisierungen am Arbeitsplatz auch eine schwie- rige frühkindliche Situation, in der wohl der Grundstein für die Angstsymp- tomatik gelegt worden sei. Trotz vielseitiger Bemühungen des Patienten und "verzweifelter" Arbeitsplatzsuche sei es in den letzten zwei Jahren zu keiner ausreichenden Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen. Ein letzter schwer depressiver Einbruch sei im Sommer 2017 erfolgt. Sie diag- nostizierte Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), PTBS (F43.1) und als somatische Diagnose einen Zustand nach Blasenkarzinom im Jahr 2016 (doc. 52). 5.7 Im ärztlichen Gesamtgutachten zum Antrag auf Gewährung einer Be- rufsunfähigkeitspension vom 15. Januar 2018 (Untersuchung am 21. No- vember 2017) erfasste Dr. G.\_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie, folgende Anam- nese: Zustand nach (nachfolgend: Z.n.) Blasenkarzinom-Operation im Mai 2016, bekannte Hashimoto Thyreoiditis, Z.n. Emphysem und Asthma

C-178/2020 Seite 16 bronchiale in Folge einer Rauchgasvergiftung, Zustand nach Tonsillekto- mie, Appendektomie, bekannte Allergie auf Sulfonamide und Pollinose (pollenbedingte allergische Rhinitis), Zustand bei posttraumatischer Belas- tungsstörung in Folge eines Mordversuches und Brandstiftung im Jahre 2014. Unter dem Titel derzeitige Beschwerden hielt er fest: Im Okto- ber 2016 sei der Beschwerdeführer ausgesteuert worden und habe nach erfolgreicher Blasenkrebsoperation wieder die Arbeit aufnehmen wollen. Zuerst habe er eine Arbeitsstelle mit 50-60%-iger Anstellung anstreben wollen, dies sei jedoch erfolglos geblieben. Dann habe er eine 100%-ige Stelle bei der E.\_\_\_\_\_ in der

Flüchtlingsbetreuung angenommen und diese wegen eines Vorfalles mit einem Flüchtling wieder aufgegeben. Er nannte als Hauptdiagnose eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) und als Nebendiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Das psychisch-geistige Leistungsvermögen nach MELBA habe u. a. eine sehr niedrige Ausdauer (Merkmal der Art der Arbeitsausführung) ergeben. Schliesslich stellte er in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit fest, dass der Beschwerdeführer seit 2014 wegen eines Wohnungsbrandes und Mordversuches an einer PTBS mit diversen Angstsymptomen leide. Aufgrund der neuerlichen Arbeitssuche und neuerlichen negativen Erfahrungen sei er retraumatisiert und damit einhergehend sei die angstdominierende Symptomatik mit existenzieller Verunsicherung und reduzierter Belastbarkeit erneut aufgeflammt. Insgesamt lasse sich bei ihm eine chronifizierte und wiederaufgeflammete psychiatrische Störung feststellen, die ihn in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtige. Im Falle einer beruflichen Wiederbetätigung müsse man mit vermehrten Krankenständen rechnen. Er benötige sehr wahrscheinlich eine längere rehabilitative Genesung. Eine Berufsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen lasse sich derzeit attestieren. Massnahmen der medizinischen Rehabilitation seien nicht nötig (doc. 51).

5.8 Gestützt auf die eingereichten medizinischen Berichte und Gutachten kam Dr. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, am 2. März 2018 zum Schluss, dass trotz unveränderter diagnostischer Einschätzung gemäss ICD-10 nunmehr eine erheblich beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit mit längerem Rehabilitationsbedarf attestiert werde. Insgesamt sei von anhaltenden psychischen Beschwerden auszugehen. Der Beschwerdeführer sei compliant, er habe Arbeitssuche unternommen, die jedoch aufgrund seiner gesundheitlichen Situation gescheitert seien. Im Sommer 2017 sei es an einer neuen Stelle in einem anspruchsvollen beruflichen Umfeld zu einer erneuten psychischen

C-178/2020 Seite 17 Dekompensation gekommen. Aus diesen Gründen sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes trotz unveränderter diagnostischer Einschätzung anzunehmen und werde gutachterlich vom Facharzt, der den Beschwerdeführer bereits 2014 untersucht habe, attestiert. Allerdings seien das genaue Ausmass der posttraumatischen Belastungsstörung bzw. die funktionellen Einschränkungen im Detail nicht beschrieben. Die psychopathologischen Befunde würden ein sehr unterschiedliches Ausmass der kognitiven Einschränkungen aufweisen. Anhand der vorliegenden Informationen sei (zudem) eine abschliessende Diskussion der Standardindikatoren nicht möglich. Sie befürworte deshalb eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz mit anschliessender Klärung der Frage, ob eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 22. Dezember 2015 stattgefunden habe. Gegebenenfalls seien ergänzende somatische Abklärungen durchzuführen (doc. 53).

Dr. R. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Medizin des medizinischen Dienstes, ergänzte mit Stellungnahme vom 15. März 2018 aus somatischer Sicht, dass im lungenfachärztlichen Gutachten vom 26. November 2015 eine COPD Stadium II diagnostiziert worden sei, der Versicherte immer noch geraucht habe, eine zwischenzeitliche Verschlechterung vorstellbar, diese aber nicht dokumentiert sei und neben dem psychiatrischen Gutachten daher auch eine pneumologische Abklärung durchzuführen sei (doc. 58).

5.9 Zwischenzeitlich hielt Dr. W. \_\_\_\_\_, FA für Pneumologie, in seinem Bericht vom 10. Juli 2018 fest, dass sich eine COPD II mit Lungenemphysem zeige und er die bisherige Medikation, eine Nikotinkarenz und eine Verlaufskontrolle in sechs Monaten empfehle (doc. 85). Zudem ergab eine Gastroskopie

durch Dr. T.\_\_\_\_\_, Krankenhaus (...), am 10. Juli 2018 folgende Diagnosen: Refluxösophagitis Grad 1 (Klassifikation nach Savary und Miller; K21.0), Riesenfalteln (K29.6), umschriebene Rötung der Schleimhaut im Magen, dem Bild einer Gastritis entsprechend (K29.6; doc. 89). Überdies notierte Dr. med. univ. U.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, AT(...), in seinem Bericht vom 6. August 2018, dass eine Antibiose mit Amoxicillin bei Enterokokken durchgeführt worden sei und der Beschwerdeführer anschliessend an einer massiven Gastritis gelitten habe. Er attestierte dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen: rezidivierende Infekte, Z.n. Gastritis und Ösophagitis (stationäre Behandlung notwendig), Z.n. Harnwegsinfektion (04/2018) und Pneumonie, Z.n. Leistenschmerzen beidseits (10/2017); relative Harnröhrenengen, Z.n. transurethraler Resektion der Harnblase (TURB) am 13. Mai 2016 im Landeskrankenhaus (...)

C-178/2020 Seite 18 (Histologie: invertiertes Papillom der Harnblase), Asthma bronchiale (nach Rauchgasvergiftung), Z.n. Burnout (doc. 91). 5.10 Schliesslich stellte die behandelnde Psychiaterin, Dr. N.\_\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 16. August 2018 folgende Diagnose: Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), PTBS (F43.1), Zustand nach Blasenkarzinom (03/2016), aktuell Zustand nach Pneumokokken- und Enterokokken-Infektion. In Bezug auf die aktuelle Psychopathologie hielt sie fest, dass der Beschwerdeführer kognitiv leichtgradig beeinträchtigt, in allen Qualitäten orientiert, die Stimmung schwankend sei und er immer wieder Angst-anflutungen sowie gelegentliche Panikattacken habe. Weiter notierte sie: psychosozialer Rückzug, Erschöpfungsgefühle, häufige psychomotorische Unruhezustände, der Schlaf sei aktuell gut. In ihrer Beurteilung führte sie aus, der Beschwerdeführer leide nach einer Traumatisierung nach wie vor an Angst- und Paniksymptomen, erlebe Flashbacks und Albträume, die ihn immer wieder an die traumatische Situation zurückführten. Biografisch zeige sich eine schwierige frühkindliche Situation. Trotz durchgängiger therapeutischer Kontrolle und Interventionen sei das Zustandsbild nach wie vor instabil. Aktuell sei ein neuerlicher psychosomatischer Reha-Aufenthalt aufgrund einer beträchtlichen pulmonalen und gastrointestinalen Infektion abgesagt worden. Eine ausreichende körperliche und emotionale Belastbarkeit für einen beruflichen Wiedereinstieg sei nicht vorhanden (doc. 93). 5.11 Im Rahmen eines Auszugs aus der Krankengeschichte seit 1997 berichtet Dr. V.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, (...), am 31. August 2018 über folgende aktuellen Klagen des Beschwerdeführers (Konsultation am 3.7.2018): Verdauung und Blase seien zurzeit etwas besser; weiter bestünden Atembeschwerden, Appetitlosigkeit und leichte Übelkeit und Tendenz zu Blähungen. Neu seien eine Fleisch-Aversion mit Angst vor Krebs, des Weiteren eine ausgeprägte Schlafstörung und Tagesmüdigkeit, psychische Instabilität sowie bronchiale Infektanfälligkeit (doc. 81). 5.12 Zu den Feststellungen und Würdigungen im bidisziplinären medizinischen Gutachten der F.\_\_\_\_\_ ag vom 3. September 2018 wird auf das in E. 6 Nachfolgende verwiesen. 5.13 Dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. N.\_\_\_\_\_, vom 19. März 2019 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Alltag zwischenzeitlich wiederum etwas stabiler sei, er könne die Aktivitäten des täglichen Lebens mit wenig Unterstützung selbständig bewältigen. Nach wie vor zeige sich jedoch eine beträchtliche Vulnerabilität, die sich vor allem in

C-178/2020 Seite 19 einer psychophysisch reduzierten Belastbarkeit und erhöhten Infektanfälligkeit zeige. Nach Terminen komme es zu Erschöpfungsgefühlen, gehäuf- ter psychomotorischer Unruhe sowie kognitiver Verschlechterung. Gebes- sert hätten sich

Panikzustände sowie Flashbacks aufgrund der frühen Traumatisierungen. Eine berufliche Wiedereingliederung sei in Anbetracht des Längsschnittes der Erkrankung bzw. Symptomatik unrealistisch. Im Bericht vom 13. Mai 2019 führt sie aus, dass sich im Alltag von Seiten der depressiven Symptomatik ein gebessertes Zustandsbild zeige, anhaltend jedoch eine beträchtliche Vulnerabilität bleibe, die sich vor allem im Sinne einer Affektlabilität zeige. Die psychophysische Belastbarkeit sei reduziert, es bestehe durchgängig eine erhöhte Infektanfälligkeit und Fokussierung auf körperliche Symptome. Trotz deutlicher Besserung der Gesamtsymptomatik (Angst, Panik, Depression) sei der Patient nach ihrem Ermessen deutlich reduziert in seiner psychophysischen Belastbarkeit. Dies zeige sich in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch in der psychotherapeutischen Begleitung und Freizeitgestaltung. Er könne die Haushaltsführung und Versorgung seiner Kinder (soweit im jungen Erwachsenenalter noch notwendig) im Vergleich zu früher nur in einem deutlich reduzierten Ausmass erfüllen, für viele Aktivitäten brauche er Mithilfe. Früher problemlos gemeisterte Termine sowie ein erfülltes Freizeitleben seien seit Jahren nicht mehr möglich (doc. 124). In beiden Berichten attestiert sie dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht eine Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) sowie eine PTBS (F43.1). 5.14 In seinem Arztbericht vom 10. Mai 2019 führt Dr. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pulmologie in (...) aus, der Patient berichte über zunehmende Dyspnoe vor allem unter Belastung, leichtgradigen Husten, wenig Auswurf, öfters thorakale Enge und eine leichte Rhinokonjunktivitis. Er sei Nichtraucher seit 10 Tagen, zuvor habe er 10 Zigaretten pro Tag geraucht. Der Lungenfunktion vom 10. Mai 2019 seien folgende Ergebnisse zu entnehmen: mittelgradig obstruktive Lungenfunktion, zentraler Atemwegswiderstand unauffällig, mittelgradig überbläht, in toto normalgrosse Lunge, Diffusion mittel-hochgradig eingeschränkt, der FEV1 liege bei 51%, der FEV1/VC bei 48%. Als Diagnosen nannte er: COPD II/III, Lungenemphysem, allergisches Asthma bronchiale, Zustand nach Rauchgasintoxikation 2008. Zusammenfassend hielt er fest, beim Beschwerdeführer zeige sich eine COPD II/III mit Lungenemphysem und allergischem Asthma bronchiale bei

C-178/2020 Seite 20 bekannter Allergie auf Hausstaubmilben, Gräser und Baumpollen. Die bisherige Medikation werde fortgeführt (doc. 120, 122). 5.15 Im Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt vom 13. November 2019, Landesstelle(...), hält Dr. G. \_\_\_\_\_, FA für Psychiatrie, basierend auf einer gleichentags durchgeführten Untersuchung des Beschwerdeführers, fest, dass im letzten Jahr keine psychiatrischen stationären Aufenthalte mehr stattgefunden hätten. In psychopathologischer Hinsicht konstatierte er Folgendes: Bewusstseinsklar, allseits orientiert, Auffassung intakt, Konzentration und Merkfähigkeit leicht beeinträchtigt, formales Denken kohärent, inhaltlich keine psychotischen Elemente, Hinweise auf Grübeltendenzen, Stimmung euthym (euthymos, griech. für Ausgeglichenheit), jedoch instabil, besorgt, Hinweise auf spezifische Ängste, Erwartungsängste, Zukunftsängste, gleichzeitig gehemmte Antriebslage mit rascher Ermüdbarkeit und reduzierter Belastbarkeit, Schlaf zur Hälfte gestört durch verkürzte Schlafdauer, durch frühzeitiges Erwachen mit Angstschweissneigung und Luftnot. In Bezug auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit kam er zum Schluss, dass sich insgesamt beim Beschwerdeführer weiterhin keine kalkülsrelevante positive Veränderung im psychiatrischen Gebiet feststellen lasse. Diesbezüglich wäre jedoch eine Besserung, insbesondere durch eine für ihn angepasste Medikation und mit besserer Wirksamkeit, möglich, da die Beschwerden hauptsächlich durch erhöhte Angstreaktionen und dadurch erhöhte Erschöpfbarkeit begründet seien (doc. 152). Das

psychisch-geistige Leistungsvermögen nach MELBA habe eine sehr niedrige Ausdauer (Merkmal zur Art der Arbeitsausführung) und eine niedrige Reaktionsgeschwindigkeit (psychomotorisches Merkmal) ergeben. Als Hauptdiagnose nannte er Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), im Rahmen einer PTBS, und als Nebendiagnose eine chronische Prostatitis (doc. 152). 6.

### **E. 13**

November 2019 (doc. 152) abgestellt werden. Dass die österreichische Pensionsversicherungsanstalt darauf gestützt eine definitive Berufsunfähigkeit erkannt hat, ändert für die vorliegende Beurteilung nichts, zumal das Bundesverwaltungsgericht ausländische Arztberichte und Gutachten frei zu würdigen hat und ein österreichischer Bescheid gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung für die Schweizer Invalidenversicherung nicht bindend ist (s. E. 3.8 hiervor).

### **E. 16**

Januar 2020; doc. 158), weshalb dieser Bericht nur herabgesetzten Beweiswert aufweist (vgl. zum Beweiswert von Berichten behandelnder Ärzte auch Urteil des BGer 8C\_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 9). Nicht zu erkennen ist im Übrigen, was der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass der Bericht nicht von ihm persönlich eingereicht wurde, ableiten will (B-act. 13 S. 4): Einer Berücksichtigung im Verfahren steht nicht entgegen, dass die PVA in (...) den Bericht an die IVSTA übermittelt hat (doc. 156 S. 1); dies ist in Art. 47 Abs. 2 der VO 987/2009 so vorgesehen. Entgegen der Diskussion des Beschwerdeführers in der Replik ist auch nicht zu erkennen, inwiefern aus der Datierung der Stellungnahme von Dr. J.\_\_\_\_\_ auf den 16. Januar 2020 auf eine mangelnde Qualität der Würdigung durch den ärztlichen Dienst geschlossen werden müsste. Offensichtlich handelt es sich um eine fehlerhafte Datierung der Auftragserteilung durch die IVSTA (Eingang Arztbericht Dr. N.\_\_\_\_\_ gemäss Aktenverzeichnis am 14. Januar 2020; Auftragserteilung mit Erwähnung desselben Arztberichts [datiert] am 6. Januar 2020). Dr. J.\_\_\_\_\_ hat zum Bericht vom 14. Januar 2020 am 16. Januar 2020 explizit Stellung genommen (doc. 158 S. 2); damit hat es sein Bewenden.

### **E. 20**

bzw. aktuell 10% und im Haushalt bei 15% liege. 8. 8.1 Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung, gestützt auf die erwähnten gutachterlichen Feststellungen, gefolgert, dass beim Beschwerdeführer keine gemäss Art. 28 IVG ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Tatsächlich setzt Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG für die Entstehung eines Rentenanspruches unter anderem voraus, dass ein Versicherter während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig war. Vorliegend ermittelte die Vorinstanz gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten

C-178/2020 Seite 36 vom 24. Oktober 2018 seit dem 4. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 20% in der ursprünglichen oder in einer adaptierten Tätigkeit und von 0% im Haushalt sowie seit dem 4. September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in der ursprünglichen oder in einer adaptierten Tätigkeit und von 15% im Haushalt (vgl. doc. 98 S. 2). Nach Art. 27bis Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend

vom selben (Tabellen-) Lohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeits- unfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (Urteil BGer 9C\_965/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, SVR 2008 IV Nr. 2 [I 697/05] E. 5.4). Da der Beschwerdeführer aus familiären Gründen im Haushalt tätig und nur zu 40% erwerbstätig war, kommt vorlie- gend die gemischte Methode zur Anwendung. Gemäss dem Verhältnis 60% (Haushalt) zu 40% (Erwerbstätigkeit) resultiert eine Gesamtarbeitsun- fähigkeit und Gesamtinvalidität von  $8\% = (0.4 \times 20\%) + (0.6 \times 0\%)$  seit dem 4. Mai 2016 und von  $13\% = (0.4 \times 10\%) + (0.6 \times 5\%)$  seit dem 4. Septem- ber 2018. Bei einem Invaliditätsgrad von 8% und 13% besteht im vorlie- gend relevanten Zeitraum kein Rentenanspruch. 8.2 Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 13. November 2019 als rechtens und ist die Beschwerde abzuweisen. 9. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient- schädigung. 9.1 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen und aus dem am 20. Februar 2020 geleisteten Kos- tenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– zu entnehmen. 9.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbe- hörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Par- teientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht C-178/2020 Seite 37 [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist ent- sprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzuspre- chen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

C-178/2020 Seite 38

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