

BVGer C-1922/2021 vom 16. Juni 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1922_2021

FR: TAF C-1922/2021 du 16 juin 2022

IT: TAF C-1922/2021 del 16 giugno 2022

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführer den ihm auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen hat (BVGer act. 3), ist auf die – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern (Art. 22a Abs. 1 Bst. a VwVG) – frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 26. April 2021 einzutreten (Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 2

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 10. März 2021 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. März 2021 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen

C-1922/2021 Seite 5 Verwaltungsverfügung (hier: 10.03.2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland und hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. 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).

E. 4.1

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

C-1922/2021 Seite 6 ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3).

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

E. 4.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c).

E. 4.3

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

E. 4.4

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

C-1922/2021 Seite 7

E. 4.5

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich, wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 9C_24/2008 E. 2.3.2 mit Hinweisen). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche

Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren ein- gebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 E. 3b/dd mit Hinweisen). Dennoch kommt solchen Gutachten nicht der gleiche Rang zu wie einem vom Gericht oder von der Verwaltung nach dem vorgegebe- nen Verfahrensrecht eingeholten Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Be- weiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder der Verwal- tung förmlich bestellten Gutachtens derart zu erschüttern vermag, dass da- von abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c).

E. 4.6

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende so- matoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeits- fähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichti- gung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tat- sächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

C-1922/2021 Seite 8

E. 5.1

Auf der Grundlage des psychiatrischen Gutachtens vom 1. September 2020 geht die Vorinstanz davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 30. Oktober 2018 in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % aus- weise. Der errechnete Invaliditätsgrad betrage 30 %. Entsprechend hat die Vorinstanz das Leistungsbegehren abgewiesen.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer macht gestützt auf den privat eingeholten Kon- siliarbericht vom 26. April 2021 geltend, dass das Administrativgutachten, auf welches sich die Vorinstanz stütze, nicht den Anforderungen an ein schlüssiges Gutachten im Sinne der geltenden Rechtsprechung genüge und es eines neuen Gutachtens bedürfe. Es fänden sich zuhauf Ungereimt- heiten, insbesondere werde nicht das gesamte Beschwerdebild des Be- schwerdeführers abgebildet und gewürdigt; zudem lasse der Gutachter sämtliche Beurteilungen der Behandler unberücksichtigt und werte diese in einer merkwürdigen Tonalität und gönnerhaften Süffisanz fachlich ab. In einem gewissen Widerspruch dazu nehme der Gutachter die kritisierten Beschriebe gleichwohl als Indiz, um die Wichtigkeit der eigenen Beurtei- lungen zu unterstreichen. Weiter verkenne der Gutachter die Entwicklung der Krankheit des Beschwerdeführers und habe versäumt, die Krankheits- bilder unvoreingenommen zu prüfen. Ferner sei die abweichende retro- spektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begrün- det und berücksichtige den sozialen Abstieg nicht. Schliesslich sei das Ad- ministrativgutachten nicht fachärztlich überprüft worden, weshalb das Ge- bot der Fairness im Verfahren verletzt sei (BVGer act. 1, 7 und 13 samt Beilagen).

E. 5.3

Die Vorinstanz sieht in der Beschwerde keine neuen Tatsachen. Vielmehr geht sie von einer unterschiedlichen Beurteilung einer anderen Fachärzteschaft bei gleichem Sachverhalt aus (BVGer act. 5).

E. 6

Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen: – Im Bericht von F._____, Psychologe in der Klinik G._____, vom 13. Februar 2019 wird nebst einer Somatisierungs- und Panikstörung

C-1922/2021 Seite 9 (ICD-10: F45.0 und F41.0) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) diagnostiziert (act. 27 S. 8 ff.). – Dr. H._____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (nachfolgend: behandelnder Arzt) hält in seinem Bericht vom 5. März 2016 [recte: 2019] eine Behandlung ab 19. April 2018 fest. Er umschreibt einen Zusammenbruch des Beschwerdeführers nach erhaltener Kündigung des Arbeitgebers im Oktober 2018 und eine daraufhin erfolgte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes. Er diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2); Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73); eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie eine nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0). Ferner attestiert er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 30. Oktober 2018 und hält fest, dass aktuell keine berufliche Eingliederung möglich sei (act. 24). – Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, bestätigt am 20. März 2019 die schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) und die Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und hält begrenzte Ressourcen durch eine depressive Blockade beim Beschwerdeführer fest. Im Übrigen verweist er auf die Berichte des behandelnden Arztes und der Klinik G._____ (act. 27 S. 1–7). – In seinem Bericht an den Kranken-Lohnausfallversicherer hält der behandelnde Arzt am 30. April 2019 fest, dass der Beschwerdeführer im April 2018 an einer Erschöpfungsdepression mit Somatisierung, Schlafstörung, reduziertem Antrieb und Kraftlosigkeit gelitten und sich in der Phase der Wiedereingliederung befunden habe. Er bestätigt den schweren depressiven Einbruch nach Erhalt der Kündigung durch den Arbeitgeber ab Ende Oktober 2018, hält an seinen bisherigen Diagnosen fest und umschreibt einen sozialen Rückzug, paranoide Ideen und auftretende suizidale Gedanken, wobei seit Februar 2019 – vermutlich therapiebedingt – eine leichte Besserung eingetreten sei. Weiterhin hält er an einer vollen Arbeitsunfähigkeit fest und geht von einer unklaren Prognose der Erkrankung aus (act. 35 S. 7–12). – Dem undatierten und nicht signierten Bericht des Zentrums J._____ in (...) / DE (Eingang: 29.07.2019) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer seit 3. Juni 2019 von montags bis freitags von

C-1922/2021 Seite 10 08.00 Uhr bis 18.00 Uhr in einer teilstationären Behandlung befindet. Als Diagnose wird eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), angeführt (act. 38). – Im Bericht des behandelnden Arztes vom 5. September 2019 wird beim Beschwerdeführer zusätzlich zu den bereits attestierten Diagnosen erstmalig ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung (kombinierte oder andere; ICD-10: F61) erwähnt (act. 41). – Mit Austrittsbericht vom 9. Oktober 2019 informieren Dr.-medic K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. L._____ über den teilstationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 3. Juni bis 20. September 2019 in der Klinik G._____. Sie halten

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), und eine Persönlichkeitsstörung (kombiniert und andere; ICD-10: F61) fest. Zur Leistungs- und Arbeitsfähigkeit äussern sie sich nicht (act. 50 S. 6–10). – Der behandelnde Arzt führt in seinen weiteren formalisierten Berichten vom 12. November 2019 und 3. März 2020 folgende bisherigen Diagnosen auf: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1); nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51); Somatisierungsstörung (ICD-10: F45); Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) und attestiert – in Übereinstimmung mit der Klinik G. _____ – am 3. März 2020 erstmalig eine Persönlichkeitsstörung (kombiniert und andere; ICD-10: F61). Weiterhin nimmt er eine Arbeitsunfähigkeit an (act. 50 S. 1–4, act. 51). – Mit Blick auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen erachtet der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (nachfolgend: RAD) in seiner Stellungnahme vom 13. März 2020 eine externe psychiatrische Abklärung des Beschwerdeführers als angezeigt, um die angegebenen psychiatrischen Diagnosen zu verifizieren und die funktionelle Einschränkung des Beschwerdeführers zu belegen (act. 61 S. 75). – Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert in seinem Gutachten vom 1. September 2020 eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastisch-narzisstischen Anteilen C-1922/2021 Seite 11 (ICD-10: F61.0) und führt an, dass es sich bei der kombinierten Persönlichkeitsstörung um eine stabile Prädisposition handle, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer seit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben im Oktober 2018 in seiner angestammten Tätigkeit als Schulungsleiter zu 60 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (act. 60 S. 43 und 55 f.). – Der RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hält in seiner Stellungnahme vom 3. September 2020 fest, dass das Gutachten vom 1. September 2020 das psychopathologische Zustandsbild ausführlich und gut nachvollziehbar analysiere, die funktionellen Einschränkungen nachvollziehbar aufzeige und dass der Gutachter seine Beurteilungen zu Leistungs- und Arbeitsfähigkeit plausibel begründe (BVGer act. 1 Beilage 2 S. 8 f.). – Mit Stellungnahme vom 18. Januar 2021 äussert sich der behandelnde Arzt zum Gutachten. In seiner zusammenfassenden Beurteilung hält er fest, beim Beschwerdeführer liege eine rezidivierende depressive Störung von mittelgradiger bis schwerer Ausprägung auf dem Boden einer gemischten Persönlichkeitsstörung vor. Nach seiner Einschätzung sei das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Schulungsleiter aufgehoben. In einer angepassten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe allenfalls eine halb-schichtige Belastbarkeit (act. 76 S. 6 und 8). – Die Rückfragen der IV-Stelle vom 3. Februar 2021 betreffend die Reaktionen der behandelnden Ärzteschaft beantwortet der Gutachter in seinem Bericht vom 2. März 2021 (act. 80). Insgesamt nimmt er ausführlich zu den beanstandeten Punkten Stellung, hält aber an seiner gutachterlichen Einschätzung fest. Er weist daraufhin, dass vorliegend ein gleicher medizinischer Sachverhalt von Behandler und Gutachter unterschiedlich beurteilt werde (act. 80). – Der mit der Beschwerde eingereichte Konsiliarbericht der Psychiatrie C. _____ vom 26. April 2021 nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (ICD-10: F42.2), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.30) und anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5).

C-1922/2021 Seite 12 Dem Beschwerdeführer sei in seinem angestammten Beruf als Schulungsleiter keine Arbeitsfähigkeit attestierbar. In einer angepassten Tätigkeit sei bei der bestehenden massiven Symptomatik mindestens mit- telfristig keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Die schwere Ausprägung der Zwangsstörung und der Zwanghaftigkeit in der Persönlichkeitsstruktur würden gegen eine Arbeitsfähigkeit sprechen (BVGer act. 1 Beilage 4). – Der behandelnde Arzt bestätigt in seinem Bericht zur Berufsunfähigkeit an die Versicherung E._____ vom 19. Juli 2021 (ebenfalls im Rah- men des Beschwerdeverfahrens eingereicht) im Wesentlichen seine bisherigen Diagnosen. Als aktuelle Behandlungsdiagnosen nennt er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Epi- sode, wobei im Behandlungsverlauf immer wieder schwere Episoden ohne psychotische Symptome auftreten würden (ICD-10: F33.1) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) und Probleme in der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73). Unter Beurteilung des Längs- schnitts des Verlaufs könne nicht mehr mit einer wesentlichen Verän- derung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden (BVGer act. 7 Bei- lage 5).

E. 7.1

Die vorliegend angefochtene Verfügung, mit welcher das Leistungsbe- gehen des Beschwerdeführers abgelehnt wurde, stützt sich in erster Linie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. M._____ vom 1. Sep- tember 2020 (act. 61). Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz hinsichtlich der Fest- stellung des Gesundheitszustandes und der Einschätzung der funktionel- len Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu Recht auf das genannte Gutachten abgestellt hat.

E. 7.2.1

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG durch die Vorinstanz bei Dr. med. M._____ eingeholte Gutachten vom 1. September 2020 basiert auf den Vorakten sowie der persönlichen psychiatrischen Untersuchung vom 11. August 2020 durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt. Der Gutachter setzt sich einlässlich mit den beklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Er hält die erhobene detaillierte Anamnese fest, führt die Untersuchungsbefunde auf, würdigt die Vorakten, die er auflistet und zusammenfasst, und begründet die ge- stellten Diagnosen.

C-1922/2021 Seite 13

E. 7.2.2

Wenn der Beschwerdeführer rügt, der Gutachter äussere sich abwer- tend zur fachlichen Kompetenz der behandelnden Ärzteschaft, übersieht er, dass es mitunter die Aufgabe des Gutachters ist, den Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf sowie die erfolgten Eingliederungsmassnahmen zu beurteilen und sich in der Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung kritisch mit den früheren fachlichen Einschätzungen und akten- kundigen Informationen auseinander zu setzen (GERHARD EBNER ET AL., Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten – Schweize- rische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, 3. Aufl. 2016, S. 11 f.). Gelangt der Gutachter bei seiner Aufgabenerfüllung retro- spektiv – und somit aufgrund der Ausführungen der behandelnden Ärzte- schaft – zu einer anderen fachlichen Einschätzung und begründet er diese, wie vorliegend, überzeugend und sachlich, kann ihm weder eine mangel- hafte Auseinandersetzung mit der gegenteiligen Fachmeinung noch ein Fehlverhalten oder eine Voreingenommenheit vorgeworfen werden. Soweit der

Beschwerdeführer in den Reaktionen der behandelnden Ärzteschaft auf den Inhalt des Gutachtens entsprechende Indizien dafür sieht, kann ihm nicht gefolgt werden.

E. 7.2.3

Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, das Gutachten von Dr. med. M. _____ sei nicht fachärztlich überprüft worden, ist darauf hin- zuweisen, dass der RAD das Gutachten geprüft hat (vgl. act. 90 S. 22 f.). Der Umstand, dass diese versicherungsmedizinische Überprüfung nicht durch einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie vorgenommen wurde, vermag die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu mindern, zumal der RAD-Arzt, Facharzt für Chirurgie, orthopädische Chirurgie und Trau- matologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, weder Lücken in der gutachterlichen Argumentationsfolge erklärt, noch sonstige medizinische Ergänzungen anbringt, die ausserhalb seiner Fachkompetenz liegen. So- dann obliegt die Überprüfung der Beweiskraft des genannten Gutachtens dem Gericht und bildet somit auch Gegenstand des vorliegenden Be- schwerdeverfahrens, weshalb die Verfahrensrechte des Beschwerdefüh- rers gewahrt sind.

E. 7.2.4

Aus der Tatsache, dass die deutsche Versicherung E. _____ die Berufsunfähigkeit des Beschwerdeführers anerkannt und sich bereit erklärt hat, Leistungen zu erbringen (vgl. BVerfG act. 13 Beilage 5), kann der Be- schwerdeführer für das vorliegende Verfahren nichts für sich ableiten. Die Berufsunfähigkeit des Beschwerdeführers wurde im Rahmen einer deut- schen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vergleichsweise anerkannt. Bei solchen Vergleichen wird aus ökonomischen, gelegentlich auch aus

C-1922/2021 Seite 14 praktischen Gründen, auf präzise Abklärungen der Leistungsansprüche verzichtet. Dabei werden mögliche finanzielle Nachteile in Kauf genom- men. Dieses Risiko auf eine Partei auszuweiten, die bei den Vergleichsver- handlungen nicht mitgewirkt hat – wie vorliegend die Vorinstanz –, lässt sich nicht rechtfertigen (vgl. Urteil des BVerfG 8C_740/2013 vom 12. Dezem- ber 2013 E. 3 mit Hinweisen). Zudem beurteilen deutsche Privatversiche- rer ihre Leistungspflichten nicht nach schweizerischem Sozialversiche- rungsrecht.

E. 7.2.5

Das Gutachten erfüllt daher insgesamt die formellen Kriterien einer beweiswertigen medizinischen Expertise.

E. 7.3

Angesichts der psychiatrischen Diagnosen hat grundsätzlich ein struk- turisiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Zu prüfen ist, ob im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren gestützt auf die diesbezüglichen gut- achterlichen Feststellungen die vorgenommene Einschätzung der Arbeits- fähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

E. 7.4.1

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheits- schaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fach- ärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Bei psychiatrischen Diagnosen ist zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutach- tenden Psychiater

daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen unter Beachtung der Divergenz von medizinischen Behandlungs- und Abklärungsauftrag ein Gutachten nach Art. 44 ATSG grundsätzlich nicht in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. Urteil des BGR 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare

C-1922/2021 Seite 15 Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Exploration unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des BGR 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1; 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E.4). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

E. 7.4.2

Vorliegend attestiert der Gutachter eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastisch-narzisstischen Anteilen (ICD-10: F61.0). Bei der Diagnose stützt sich der Gutachter auf Anamnese und das Interaktions- und Kommunikationsverhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung vom 11. August 2020 sowie auf den dabei erhobenen ausführlichen psychopathologischen Befund nach dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) und ordnet diese mit Hilfe des ICD-10-Kriterienkatalogs einer ICD-10-Diagnose zu. Er erläutert einleuchtend, dass bei den aktenkundigen Diagnosen (schwere depressive Episode [ICD-10: F32.2], Somatisierungsstörung [ICD-10: F45.0], nichtorganische Insomnie [ICD-10: F51.0], «Burn-out» [ICD-10: Z73.0], rezidivierende depressive Störung mittelgradiger oder schwerer Ausprägung [ICD-10: F33.1 bzw. F33.2], narzisstische oder nicht näher bezeichnete kombinierte Persönlichkeitsstörung [ICD-10: F60.8 bzw. F61.0]) der jeweilige psychopathologische Befund nicht oder nur spärlich dargelegt und praktisch ausschliesslich die subjektiven Beschwerdeangaben zur Diagnosestellung berücksichtigt worden seien. Ferner fehle es grundsätzlich an Ausführungen zu den beobachteten Verhaltensmerkmalen und eine ICD-10-Kriterienprüfung sei weggelassen worden. Daher seien die aktenkundigen Diagnosen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (act. 61 S. 20, 43 und 45; act. 80 S. 5).

E. 7.4.3

Bezüglich der von der behandelnden Ärzteschaft diagnostizierten re- zidivierenden depressiven Störung unterschiedlicher Schweregrade (ICD-10: F32.2; F33.1; F33.2) verweist der Gutachter auf die erhobenen

C-1922/2021 Seite 16 Befunde zum Zeitpunkt der Untersuchung (keine monotone Prosodie; keine Verarmung der Gestik, der Mimik, des Sprechflusses mit kurzen Sätzen; keine Mimik mit sichtbarer Traurigkeit; kein verminderter Antrieb; keine Abweichungen von normalpsychologischen Konzentrationseinbußen; keine Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen), die keine objektivierbaren Merkmale eines depressiven Syndroms (ICD-10: F3) aufweisen würden (act. 61 S. 35). Er zeigt auf, dass in einer versicherungsmedizinischen Beurteilung die relevanten ICD-10-Kriterien durch eine Beschwerdewaldierung zu ergänzen seien. Im gutachterlichen Kontext komme den objektiven Merkmalen eines ICD-10-Kriterienkatalogs daher eine besondere Bedeutung zu und könne im Vergleich zur behandelnden Ärzteschaft zu abweichenden Einschätzungen führen, da diese keine Validierungen vorzunehmen habe (act. 80 S. 9). Schliesslich führt er aus, dass depressive Merkmale bei einer Persönlichkeitsstörung erfahrungsgemäss häufig auftreten würden, da emotionale Krisen eng mit einer Persönlichkeitsstörung verbunden seien. Betroffene würden oft eine wiederkehrende Niedergeschlagenheit, ein Gefühl der inneren Leere, ein Gefühl der Sinnentleerung, ein niederes Selbstbild, autodestruktive Selbstanklagen oder auch projektive Schuldzuweisungen beschreiben. Diese habituellen Charaktermerkmale könnten von depressiven Episoden überlagert werden. Eine Abgrenzung sei nicht immer einfach. Aktenkundige und während Jahren in gleicher oder ähnlicher Weise ausgeprägte depressive Störungen, welche scheinbar ihren episodischen Charakter verloren hätten und keiner Pharmakotherapie mehr zugänglich schienen, seien mit höherer Wahrscheinlichkeit einer Persönlichkeitsstörung als einer affektiven Störung zuzuordnen (act. 80 S. 15).

E. 7.4.4

Zur attestierten schweren depressiven Episode (ICD-10: F33.2) der Klinik G. _____ hält der Gutachter insbesondere fest, dass sich eine solche Diagnose durch eine Aktivitätsminderung des Patienten auszeichne. In den Berichten der Klinik G. _____ werde beim Beschwerdeführer jedoch keine Verminderung von Aktivität umschrieben: So sei er pünktlich und zuverlässig gewesen und habe aktiv an der anforderungsreichen Therapie mitgewirkt. Ebenfalls seien persönliche Ressourcen detailliert umschrieben worden. Die nachvollziehbar beschriebene «narzistische Krise» nach Stellenverlust lasse zudem eine schwere Depression (ICD-10: F32.2 oder F.33.2) unwahrscheinlich werden. Ferner sei die Diagnosestellung mit dem SKID II, einem strukturierten klinischen Interview in Anlehnung an das diagnostische System DSM, erfolgt, welches zu Screeningzwecken und nicht zur Diagnosestellung entwickelt worden sei. Schliesslich spreche die festgehaltene durchgeführte Persönlichkeitsdiagnostik gegen eine

C-1922/2021 Seite 17 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), da eine solche bei schwer depressiven Personen nicht möglich sei und auch nicht empfohlen werde (act. 61 S. 18, act. 80 S. 5).

E. 7.4.5

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat der Gutachter die Entwicklung des Krankheitsbildes des Beschwerdeführers berücksichtigt. Evident zeigt dieser auf, dass die

vom Beschwerdeführer beschriebene nachvollziehbare Kränkungssituation nach Erhalt der unvorhergesehenen Kündigung durch den Arbeitgeber Ende Oktober 2018 in normabweichen- der Weise zu einem anhaltenden und schwer korrigierbaren Kränkungs- leben geführt habe, weshalb unter Berücksichtigung der gesamten Anam- nese nicht von einem Krankheitsgeschehen (von äusseren Einflüssen weit- gehend unabhängige depressive Episode) auszugehen sei, sondern von einer habituellen Prädisposition, welche in Abhängigkeit äusserer Einflüsse zu wiederholten emotionalen Krisen geführt habe (act. 61 S. 30).

E. 7.4.6

Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf den Konsiliarbericht der C._____ vom 26. April 2021 von einer gutachterlich unerkannten und ungewürdigten zwanghaften Störung ausgeht, unzählige Listen führen zu müssen, «um die Angst zu vermeiden, etwas zu vergessen oder anderen nicht noch mehr ausgeliefert zu sein» (Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], ICD-10: F42.1; BVGer act. 1 Beilage 4), ist zu bemerken, dass den Vorakten keinerlei Hinweise auf Zwänge zu entnehmen sind. Zum einen werden Zwänge vom Beschwerdeführer an- llässlich der gutachterlichen Exploration ausdrücklich verneint (act. 61 S. 38 erster Abschnitt), zum anderen lassen sich auch in den Berichten des behandelnden Arztes (sowohl vor als auch nach den konsiliarischen Unter- suchungen vom 12. und 19. April 2021) keine Hinweise auf einen Zwang zur Listenführung finden, obwohl der behandelnde Arzt den Beschwerde- führer seit April 2018 therapeutisch begleitet und unmittelbar nach den kon- siliarischen Untersuchungen weitere Therapiesitzungen bei ihm stattgefün- den haben (vgl. act. 24; 35 S. 7–12; 41; 50 S. 1–4; 51; 76; BVGer act. 7 Beilage 5; BVGer act. 13 Beilage 6 samt Anhang). Aufgrund der vorliegen- den Aktenlage erscheint die genannte zwanghafte Störung – jedenfalls bis zum hier massgebenden Verfügungszeitpunkt – weder nachvollziehbar noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

E. 7.4.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die gutachterliche Di- agnose einer anankastisch-narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) anhand der erhobenen Befunde und der klassifikatorischen Merk- male des ICD-10 nachvollziehen lässt.

C-1922/2021 Seite 18

E. 7.5

Dem Gutachten sind keine Ausschlussgründe im Sinne einer Aggrava- tion oder einer ähnlichen Erscheinung zu entnehmen. Solche werden auch nicht geltend gemacht.

E. 7.6.1

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 mit Hinweisen).

E. 7.6.2

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Gutachterlich wird festgehalten, dass diagnosebedingt eine Schweregradbeurteilung in der Persönlichkeitsdiagnostik bereits

inhärent sei, da gemäss ICD-10-Klassifizierung zwischen Persönlichkeitsstil (ICD-10: Z00; keine signifikante Beeinträchtigung in Erleben und Verhalten unter stressvollen Bedingungen), Persönlichkeitsakzent (ICD-10: Z73.1; mögliche zeitlich limitierte Einschränkung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit, inkl. Arbeitsfähigkeit bei erheblichem, emotionalem Stress) und Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) unterschieden werde. Letztere zeichne sich durch das Fehlen einer tiefgreifenden und schwer korrigierbaren Verhaltens- und Erlebensrigidität in den meisten Lebenslagen mit zeitlich überdauernder Beeinträchtigung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit aus (act. 61 S. 45 und 47). Zusammenfassend beinhalte der beim Beschwerdeführer gutachterlich nach AMDP erhobene psychopathologische Befund ein selbst-deklariertes Symptom in schwerer Ausprägung (Hoffnungslosigkeit im Sinne eines hyperbolischen Sprachgebrauchs). Mittelgradig festzuhalten seien zudem beobachtbare (Einengung und Klagsamkeit) und berichtete Items (Grübeln, Misstrauen, Störung der Vitalgefühle, Insuffizienz- und Schuldgefühle, sozialer Rückzug, Krankheitsgefühl, subjektive Möglichkeit zur Beschäftigung und Durchschlafstörungen). Weiter werden Items in leichter Ausprägung festgehalten, so eine formale Denkstörung im Sinne einer Umständlichkeit und Perseveration, die leichte Theatralik, der leicht erhöhte Erzähltrieb, der Negativismus (habituelles Merkmal), das berichtete Früherwachen, die leichte Tendenz zum Schwitzen mit Hitzegefühl, das gelegentlich auftretende Herzklopfen und die unfallbedingten Kopf- und Nackenschmerzen. Nicht eingeschränkt seien die Bewusstseinsfunktionen, die regelrechte Orientierung und die Aufmerksamkeit. Gedächtnisstörungen werden verneint, gleich wie Zwänge, Phobien, hypochondrische

C-1922/2021 Seite 19 Merkmale, Wahnsymptome, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Eine gegenwärtige Suizidalität oder ein selbstschädigendes Verhalten seien nicht feststellbar, solche seien aber zu früheren Zeitpunkten bei emotional belastenden Situationen in nennenswerter Ausprägung anzunehmen. Zudem sei ein Gefühl der Gefühlslosigkeit aufgrund der ersichtlichen hohen Emotionalität beim Beschwerdeführer auszuschliessen. Verneint werden auch Appetenz- und gastrointestinale Störungen (vgl. act. 61 S. 37–45).

E. 7.6.3

Alsdann hat der Gutachter die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beurteilt und dabei auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten nach ICF (International Classification of Function, Handicap and Health der WHO) Bezug genommen. Er attestiert dem Beschwerdeführer – vorwiegend aufgrund habitueller Persönlichkeitsmerkmale – eine reduzierte Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen aufgrund ungenügender Selbstregulation mit Zeiten der Überanpassung und Zeiten der mangelhaften Anpassung; eine reduzierte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit aufgrund rigider Verhaltensformen (insbesondere in Zeiten emotionaler Belastung) sowie Schwierigkeiten in der interpersonellen Beziehungsfähigkeit in unterschiedlichen Erscheinungsformen, namentlich bei der Selbstbehauptung, beim Kontakt zu Dritten oder in der Gruppe beziehungsweise im Team und in einer partnerschaftlichen Beziehung. Diese Einschränkungen stuft der Gutachter als mittelgradig ein. Leichtgradig eingeschränkt, das heisst ohne negative Konsequenzen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, seien die (gegenwärtige) Durchhaltefähigkeit (Dekonditionierung entfalle nach Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit), das berichtete innerfamiliäre Beziehungsverhalten und die berichteten Spontanaktivitäten (die Aktivitäten im Tierheim

und zu Hause im Terrassengarten würden nicht dem habituellen Aktivitäten-Niveau des Beschwerdeführers entsprechen). Als unbeeinträchtigt anzunehmen seien die Fähigkeit zur Strukturierung (anankastisches Persönlichkeitsmerkmal), die Fachkompetenz, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Selbst- pflege und die Wegefähigkeit (act. 61 S. 40 f.).

E. 7.6.4

Sodann stellen «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resis- tenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, wichtige Schweregradin- dikatoren dar (Urteil des BGer 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

C-1922/2021 Seite 20 Hierzu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer beim behandelnden Arzt seit 19. April 2018 in medikamentöser und psychotherapeutischer Be- handlung steht und vom 3. Juni bis 20. September 2019 in teilstationärer psychiatrischer Behandlung war. Der Gutachter nimmt eine grundsätzlich bisherige angemessene fachpsy- chiatrische Therapie an, auch wenn sie nicht auf die diagnostizierte Per- sönlichkeitsstörung ausgerichtet gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe während der Exploration auf die tragfähige therapeutische Allianz mit dem behandelnden Arzt hingewiesen, was insbesondere im Rahmen von F6- Störungen das massgebliche Wirkprinzip einer Therapie darstelle. Solange mit der gegenwärtigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine Selbstwirksamkeit mit Minderung der Dekonditionierung und Selbstlimitierung angemessen berücksichtigt werde, sei diese unein- geschränkt weiter zu empfehlen und erfolge auch lege artis (act. 61 S. 48, act. 57). Hingegen seien die seit 2018 fehlenden beruflichen Wiederein- gliederungsversuche aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Es sei belegt, dass auch bei Persönlichkeitsstörungen – gleich wie bei ande- ren psychischen Erkrankungen – die erprobten Methoden der Arbeitsreha- bilitation (vor allem das sogenannte Supported Employment) anwendbar seien. Die bisher fehlenden Integrationsversuche seien nicht krankheitsbe- dingt zu begründen, sondern entstanden aus Sicht des Gutachters einer- seits aus einer fehlenden Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdefüh- rers (zumindest teilweise überwindbare Kränkungen) und andererseits durch unreflektierte (seit Oktober 2018) attestierte Krankschreibungen. Die Chancen einer Wiedererlangung beruflicher Funktionen seien unter An- wendung eines Supported Employment mit entsprechender Inanspruch- nahme durch den Beschwerdeführer intakt (act. 61 S. 49).

E. 7.6.5

Unter dem Aspekt der Komorbiditäten sind aus Gutachtersicht beim Beschwerdeführer keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder zusätzliche Diagnosen (bspw. eine affektive Störung [ICD-10: F33] oder eine andere Angststörung [ICD-10: F41]) zu attestieren, welche sich hinsichtlich des Leidensdrucks und der Symptomlast synergistisch auswir- ken (act. 61 S. 54). Wohl werden vom Beschwerdeführer eine Tendenz zum Schwitzen mit Hitzegefühl, ein gelegentlicher Schwindel, gelegentlich auftretendes Herzklopfen und unfallbedingte Kopf- und Nackenbeschwer- den, die bedarfsweise mit Ibuprofen gelindert werden, umschrieben. Diese Symptome würden sich laut Gutachter aber maximal leicht auf das Leben des Beschwerdeführers auswirken (act. 61 S. 39 f.). Der Beschwerdefüh- rer bringt nichts Gegenteiliges vor. Zudem lassen sich die Beschwerden

C-1922/2021 Seite 21 und Befunde des Beschwerdeführers ausreichend durch die diagnosti- zierte Persönlichkeitsstörung erklären (act. 61 S. 54).

E. 7.6.6

Mit Blick auf die ebenfalls der Kategorie des funktionellen Schweregrades angehörenden Komplexe «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und «Sozialer Kontext» hält der Gutachter in seinem Gutachten vom 1. September 2020 fest, dass der Beschwerdeführer trotz seines Perfektionismus, der relativen Verhaltensrigidität, der starken Selbstwertproblematik mit negativem Selbstbild und der negativistischen Grundhaltung eine erhebliche Zahl an persönlichen Ressourcen gegenüberzustellen vermöge, nämlich seine Kreativität, seine Ausdauer, seine Geduld, seine Gründlichkeit, seine Zuverlässigkeit, seine Hilfsbereitschaft, sein breitgefächertes Wissen und sein Interesse, Lösungen entwickeln zu können. Weiter sei die klinisch anzunehmende durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz, die ausreichende Impulskontrolle trotz hoher habitueller Zwanghaftigkeit und Kränkbarkeit, die ausreichende Fähigkeit zu sozial angepasstem Verhalten im beruflichen Kontext und seine hohe sprachliche Profizienz ausschlaggebend für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. 61 S. 47 f.). Die selbstdeklarierte soziale Isolation des Beschwerdeführers (bspw. die Wohnung werde nur abends verlassen, um anderen nicht zu begegnen und zur eigenen belastenden Situation berichten zu müssen, act. 61 S. 21) stelle eine selbstgewählte Vermeidung und somit eine aktive Handlung dar und sei mit dem Kränkungserleben des Beschwerdeführers (schambesetzte Beschäftigungslosigkeit mit Befürchtung erneuter Kränkung im Rahmen zukünftiger Anstellungen) und damit mit einer – zumindest teilweise – erhaltenen Steuerungs- und Überwindungsfähigkeit in Verbindung zu setzen. Eine soziale Isolation in allen Lebensbereichen sei nicht ausgewiesen. Da der Beschwerdeführer das Haus täglich ungehindert verlassen und sich mit dem eigenen Auto ohne Einschränkungen fortbewegen könne, sei maximal eine leichte Schwierigkeit im sozialen Umfeld zu attestieren und nicht von einer immobilisierenden psychischen Beeinträchtigung auszugehen (act. 61 S. 48). Diese Einschätzung bestätigt die Tatsache, dass der Beschwerdeführer zu ein bis drei Personen eine tragfähige Beziehung aufrechterhalte (BVGer act. 7 Bei- lage 5 E. 9H).

E. 7.7.1

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4). Dem Gutachter sind keine nennenswerten inhaltlichen Inkonsistenzen im Sinne widersprüchlicher biographischer

C-1922/2021 Seite 22 oder lebensalltäglicher Schilderungen, welche über die zu erwartenden leichten Abweichungen von der Aktenlage hinausgehen, aufgefallen. Die nicht nachvollziehbare geschilderte vollständige Unfähigkeit zur beruflichen Teilhabe stuft der Gutachter als ein bewusstseinsfernes Persönlichkeitsmerkmal des Beschwerdeführers ein (ICD-10 F6). Auch die zeitweilig gewählte hyperbolische Ausdrucksweise des Beschwerdeführers sei keine Inkonsistenz, sondern im Sinne einer als persönlichkeitsdeterminierten, histrionischen Verarbeitung zu deuten. Insgesamt haben die Schilderungen des Beschwerdeführers ein konsistentes Bild seiner gesundheitlichen und sozialen Situation ergeben, weshalb die Befunde als valide zu betrachten seien (act. 61 S. 50).

E. 7.7.2

Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in

Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen uneingeschränkt an ausserberuflichen Tätigkeiten partizipieren und teilhaben könne: insbesondere beschäftige er sich nach dem Frühstück während einer halben Stunde mit Meditation; erledige Haus- und Gartenarbeiten; kümmere sich um das Administrative; lese; gehe Einkaufen; fahre Auto; suche jeden zweiten Tag ein Tierheim auf und gehe mit Hunden spazieren und habe eine tragfähige Beziehung zu ein bis drei Personen. Die geltend gemachten funktionellen Einschränkungen seien die Folge eines kränkungsbedingten, aktiven Vermeidungsverhaltens und liessen sich als bewusstseinsferne und funktionsbehindernde Adaptionsversuche im Rahmen der F6-Störung erklären. (act. 61 S. 31 f. und 51; vgl. BVGer act. 7 Beilage 5 S. 4 und 6).

E. 7.7.3

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit April 2018 in wöchentlichem beziehungsweise in zweiwöchentlichem Rhythmus an psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapiesitzungen teilnehme und es in Krisenzeiten auch zu weiteren Spontankontakten komme (BVGer act. 7 Beilage 5 S. 1; act. 61 S. 51). Ebenfalls nimmt er die vom behandelnden Arzt verschriebenen Medikamente ein (vgl. act. 61 S. 32). Schliesslich befand er sich vom 3. Juni bis 20. September 2019 in teilstationärer psychiatrischer Behandlung (act. 61 S. 32 f.).

C-1922/2021 Seite 23

E. 7.8

Nach dem Dargelegten ist mit dem Gutachter einig zu gehen, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers insgesamt einen leichten bis mittelgradigen funktionellen Schweregrad aufweisen. Auch wenn sich beim Beschwerdeführer eine schwer korrigierbare Verhaltens- und Erlebensrigidität zeigt, kann er doch auf eine Vielzahl mobilisierbarer Ressourcen zurückgreifen, die es ihm bei angemessener Belastung ermöglichen, seine gesundheitlichen Einschränkungen mehrheitlich zu kompensieren. So ist der Beschwerdeführer insbesondere in der Lage, regelmässig an Therapiesitzungen teilzunehmen und mitzuwirken; weder ist seine Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt noch seine Selbstpflege und Wegefähigkeit; weiter kann er auf seine Strukturfähigkeit und seine Fachkompetenz zurückgreifen und ist zur Verhaltensteuerung fähig (vgl. act. 61 S. 24 f., 42, 45 f.; act. 80 S. 13). Ressourcenhemmende Komorbiditäten liegen keine vor. Hingegen weist die in Anspruch genommene therapeutische ambulante und teilstationäre Behandlung auf einen gewissen Leidensdruck hin. Die gegenwärtige ambulante Behandlung bewertet der Beschwerdeführer jedoch positiv (vgl. act. 61 S. 32) und wird gutachterlich weiterempfohlen. Sodann erscheint die berufliche Eingliederung beim Beschwerdeführer mit bewährten Methoden der Arbeitsrehabilitation realisierbar. Ferner wird ebenso nachvollziehbar dargelegt, dass die soziale Isolation des Beschwerdeführers ein aktives Vermeidungsverhalten darstelle und nicht in allen Lebensbereichen ausgewiesen sei. Schliesslich überzeugen auch die gutachterlichen Ausführungen zur Konsistenz.

E. 7.9

Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und zu deren Verlauf ist Folgendes anzuführen:

E. 7.9.1

Bei der diagnostizierten anankastisch-narzisstischen Persönlichkeitsstörung handle es sich laut Gutachter um eine stabile Prädisposition. Daher könne von der aktuellen funktionellen Leistungseinschränkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf frühere geschlossen werden. Die Arbeitsfähigkeit wird gutachterlich wie folgt eingeschätzt: Die angestammte, komplexe und koordinativ anspruchsvolle Schulungstätigkeit, die eine überdurchschnittliche Sozialkompetenz fordert, sei dem Beschwerdeführer seit 30. Oktober 2018 nicht mehr zumutbar. Aufgrund der festgestellten funktionellen Einschränkung bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. In einer leidensangepassten Tätigkeit, bei der fachlich anspruchsvolle Arbeiten eigenverantwortlich erledigt werden können und die einen angemessenen Routineanteil aufweist (bspw. im IT-Support), bestehe beim Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. 61 S. 54 f.).

C-1922/2021 Seite 24

E. 7.9.2

Angesichts des geringen bis mittleren Schweregrades des diagnostizierten Gesundheitsschadens ohne ressourcenhemmende Komorbiditäten, der zahlreichen verfügbaren persönlichen Ressourcen, der angemessenen fachpsychiatrischen Therapiebemühungen der realisierbaren beruflichen Wiedereingliederung, der selbständigen Alltagsgestaltung sowie der selbstdeklarierten sozialen Isolation bei grundsätzlich erhaltener Steuerungs- und Überwindungsfähigkeit ist die gutachterliche Einschätzung insgesamt nachvollziehbar und nicht zu beanstanden.

E. 7.9.3

Aus den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte vermag der Beschwerdeführer nichts für sich abzuleiten. Entsprechende Berichte genügen den beweisrechtlichen Anforderungen nicht, namentlich sind sie hinsichtlich der zwingend durchzuführenden Indikatorenprüfung unvollständig. Daher vermögen sie auch keine Zweifel an der nachvollziehbaren und einleuchtenden Einschätzung des Gutachters zu erwecken. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). Ferner ist festzuhalten, dass aus den Berichten, die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. März 2021 erstellt worden sind (Konsiliarbericht der C. _____ vom 26. April 2021 [BVGer act. 1 Beilage 4]; Bericht des behandelnden Arztes an die Versicherung E. _____ vom 17. Juli 2021 [BVGer act. 7 Beilage 5 bzw. BVGer act. 13 Beilage 6]), der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren ebenfalls nichts für sich ableiten kann. Soweit sich aus diesen Berichten allfällige Anhaltspunkte für Änderungen des Sachverhaltes beziehungsweise des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem 10. März 2021 ergeben sollten, so wären diese im Rahmen einer neuen Verwaltungsverfügung zu prüfen (vgl. E. 3.2 vorstehend).

E. 7.10

Soweit der Beschwerdeführer die Erstellung eines neuen Gutachtens verlangt, ist zu entgegnen, dass das vorliegende Gutachten die Voraussetzungen an eine beweismässige Expertise erfüllt und von weiteren Beweisabnahmen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

E. 7.11

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aufgrund der fest- gestellten funktionellen Einschränkungen im Rahmen einer anankastisch-

C-1922/2021 Seite 25 narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) in seiner ange- stammten Tätigkeit als Schulungsleiter ab 30. Oktober 2018 noch zu 60 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 8

Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen.

E. 8.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommens- vergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die ver- sicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der me- dizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkom- men, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Vali- deneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffern- mässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypotheti- schen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfäl- lige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Ver- fügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemes- sung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 8.2

Die massgebliche Rentenmeldung des Beschwerdeführers datiert vom 19. Februar 2019 (act. 15 S. 8). Ein allfälliger Rentenanspruch würde vorliegend nach Erfüllung des Wartjahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG frühestens im Oktober 2019 entstehen.

C-1922/2021 Seite 26

E. 8.3.1

Die Vorinstanz hat den Einkommensvergleich anhand von Tabellen- löhnen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung aus dem Jahr 2018 (LSE 2018) vorgenommen, was nicht zu beanstanden ist.

E. 8.3.2

Bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens arbeitete der Beschwerdeführer als Schulungsleiter. Da ihm im Rahmen einer betrieblichen Umstrukturierung gekündigt wurde, zog die Vorinstanz für die Berechnung des Valideneinkommens die LSE 2018 Tabelle T17, Ziff. 25 bei. Dem ist beizupflichten (vgl. dazu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 714/02 vom 7. Mai 2003 E. 5.1 f. mit Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Die Vorinstanz geht bei einer 40-Stundenwoche inklusiv 13. Monatslohn von einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 9'228.– aus (vgl. Monatlicher Bruttolohn nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht – Privater und öffentlicher Sektor zusammen [T17], Totalwert Männer: < www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnniveau – Schweiz > Nach Berufsgruppen > Tabellen, abgerufen am 03.03.2022). Umgerechnet auf die in der Branche Information und Kommunikation im Jahr 2019 für Männer üblichen 41.2 Arbeitsstunden pro Woche und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2019 von 0.9 % resultiert ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 115'085.– (inklusive 13. Monatslohn).

E. 8.3.3

Für die Berechnung des Invalideneinkommens stützt sich die Vorinstanz auf die LSE 2018 Tabelle TA1_skill level (Information und Kommunikation Ziff. 58–63, Kompetenzniveau 2, Totalwert Männer), weil sie aufgrund der Ausbildung des Beschwerdeführers als Bankkaufmann und Multimedia-Entwickler sowie seines abgeschlossenen Theologie-Studiums und seiner langjährigen Erfahrungen eine angepasste Tätigkeit in der IT-Branche für zumutbar hält. Wohl könne der Beschwerdeführer in dieser Branche keine komplexen und koordinativ anspruchsvollen Arbeitsprozesse mehr ausführen, die eine hohe Anpassungsleistung und Flexibilität oder hohe interpersonelle Anforderungen, insbesondere Sozialkompetenz und Teamfähigkeit, erfordern würden. Jedoch seien fachlich eigenverantwortliche Tätigkeiten in der IT-Branche mit angemessenem Routineanteil für den Beschwerdeführer zumutbar.

E. 8.3.4

Allgemein umfasst das Kompetenzniveau 2 praktische Tätigkeiten, namentlich solche im Verkauf, in der Pflege, in der Datenverarbeitung, in

C-1922/2021 Seite 27 der Administration und beinhaltet das Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten sowie Tätigkeiten im Sicherheitsbeziehungsweise Fahrdienst. Vor diesem Hintergrund, den überzeugenden vorinstanzlichen Argumenten und unter Berücksichtigung der gutachterlich festgestellten funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erscheint der gewählte Wirtschaftszweig und die Einstufung in das Kompetenzniveau 2 angebracht. Basierend auf dem entsprechenden Tabellengrundwert von Fr. 6'462.– bei einer 40-Stundenwoche inklusiv 13. Monatslohn errechnet sich beim Beschwerdeführer ein hypothetisches jährliches Invalideneinkommen von Fr. 80'589.– inklusiv 13. Monatslohn (Fr. 6'462.– zuzüglich 0.9 % Teuerung, hochgerechnet auf 41.2 Arbeitsstunden, hochgerechnet auf ein Jahr; vgl. Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht – Privater Sektor zusammen [TA1_skill-level]: < www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnniveau – Schweiz > Privater und öffentlicher Sektor > Tabellen >, abgerufen am 03.03.2022).

E. 8.3.5

Soweit der Beschwerdeführer in einer solchen leidensangepassten Tätigkeit einen unzumutbaren sozialen Abstieg sieht, ist zu entgegnen, dass eine versicherte Person, die Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, 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 (vgl. BGer 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Vorliegend ergeben sich aus den Akten keine subjektiven und objektiven Anhaltspunkte, die gegen die Zumutbarkeit einer solchen leidensangepassten Tätigkeit sprechen. So kann der Beschwerdeführer auf eine grosse Fachkompetenz zurückgreifen, die er angemessen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beweis stellen kann. Solange er Tätigkeiten mit komplexen und koordinativ anspruchsvollen Arbeitsprozessen vermeidet und keiner Arbeit nachgeht, die eine hohe Anpassungsleistung und Flexibilität sowie eine hohe Sozialkompetenz und Teamfähigkeit fordert (vgl. act. 61 S. 56), ist ihm eine entsprechende Tätigkeit – auch unter dem Aspekt der früheren beruflichen Stellung – zumutbar, zumal er eine solche Tätigkeit vor seiner Schulungstätigkeit bereits ausgeführt hat und weil diese nicht so spezifisch ist, dass sie nur bei ehemaligen Arbeitgebern erbracht werden kann.

C-1922/2021 Seite 28

E. 8.3.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellelohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit untermittlerem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

E. 8.3.7

Die Vorinstanz sieht vorliegend von einem leidensbedingten Abzug ab. Aufgrund der gutachterlich attestierten vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit; der Tatsache, dass er trotz funktioneller Einschränkungen auf eine grosse Berufs- und Branchenerfahrung zurückgreifen kann und dass rechtsprechungsgemäss weder eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt noch das Alter des Beschwerdeführers (54 Jahre zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses) beim Invalideneinkommen mitzubersichtigen sind (vgl. zur Arbeitsmarkt- abwesenheit: Urteil des BGer 8C_166/2017 vom 3. Juli 2017 E. 6 mit Hinweisen; in Bezug auf das Alter: Urteil des BGer 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2), ist ihr diesbezüglich beizupflichten. Schliesslich ist weiter zu beachten, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind und daher nicht zusätzlich in die Bemessung des

leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (vgl. Urteile des BGer 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2; 9C_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2).

E. 8.3.8

Somit ergibt die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen eine Einkommenseinbusse von monatlich Fr. 34'496.– (Fr. 115'085.– minus Fr. 80'589.–) und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von (mathematisch) gerundet 30 % (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2).

E. 8.4

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 10. März 2021 zu bestätigen ist.

C-1922/2021 Seite 29

E. 9.1

Der Beschwerdeführer beantragt die Übernahme der (nicht genau bezifferten) Kosten des eingeholten Konsiliarberichtes der C._____ vom 26. April 2021.

E. 9.2

Die Kosten privat eingeholter Gutachten sind dann zu vergüten, wenn die Parteipertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Dies gilt unter Umständen auch dann, wenn die versicherte Person in der Sache unterliegt (vgl. Urteile des BGer 8C_687/2015 vom 10. November 2015 E. 5.2; 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 4.2; BGE 115 V 62 E. 5c). Der vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichte Konsiliarbericht der C._____ war weder notwendig noch für die Entscheidungsfindung unerlässlich (vgl. insbesondere E. 7.4.6 und 7.9.3 vorstehend), weshalb die Voraussetzungen einer Kostenübernahme durch die Vorinstanz nicht erfüllt sind. Der entsprechende Antrag des Beschwerdeführers ist abzuweisen.

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 10.2

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 10.3

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 Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

C-1922/2021 Seite 30

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