

BVGer C-2208/2020 vom 8. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2208_2020_d20200408

FR: TAF C-2208/2020 du 8 avril 2020

IT: TAF C-2208/2020 del 8 aprile 2020

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Anspruch auf berufliche Massnahmen und Invalidenrente (Verfügung vom 8. April 2020). Entscheid bestätigt durch BGer

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]; Art. 40 Abs. 2 IVV [SR 831.201]). 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 auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 Abs. 1 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die leistungsabweisende Verfügung vom 8. April 2020. Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob sich entgegen der angefochtenen Verfügung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derart verschlechtert hat, dass – wie beschwerdeweise beantragt – Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht.

C-2208/2020 Seite 6

E. 3.1

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. 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 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 und 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.2

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 8. April 2020 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. In materiell-rechtlicher Hinsicht kommt vorliegend ausschliesslich schweizerisches Recht zur Anwendung, da zwischen der Schweiz und Thailand kein Abkommen für den Bereich des Sozialversicherungsrechts besteht und der Beschwerdeführer schweizerischer Staatsangehöriger ist.

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-2208/2020 Seite 7 ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2.1

Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG).

E. 4.2.2

Bei der obligatorischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert (Art. 1a Abs. 1 Bst. a und b AHVG [SR 831.10] i.V.m. Art. 1b IVG). Unter der Marginalie "Versicherungsmässige Voraussetzungen" sieht Art. 9 IVG vor, dass Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt werden. Der Anspruch darauf entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Abs. 1bis). Mit anderen Worten muss eine Person der Versicherung unterstellt sein, sobald und solange sie Eingliederungsmassnahmen beansprucht. Die für sämtliche Eingliederungsmassnahmen geltende, in Art. 9 Abs. 1bis IVG statuierte Voraussetzung der Versicherungsunterstellung hat zur Folge, dass das Recht auf

entsprechende Leistungen erlischt, sobald die betreffende Person nicht mehr versichert ist. In diesem Sinne führt das Ende der Versicherungsunterstellung zum Verlust des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 [mit Hinweis auf BGE 143 V 261 E. 5.2.1] und E. 6.3.6 [betreffend Nachversicherungsnorm] mit Hinweisen; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 8 zu Art. 9 IVG; ERWIN MURER, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27bis IVG], 2014, Rz. 50 zu Art. 9 IVG).

C-2208/2020 Seite 8

E. 4.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet hat (act. 18), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 4.4

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Demnach haben Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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).

E. 4.5

Tritt die Verwaltung – wie vorliegend – auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 4.6

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3).
Ob

C-2208/2020 Seite 9 eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

E. 4.7

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

E. 4.8

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

E. 4.9

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis

C-2208/2020 Seite 10 mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), ist die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren im Rahmen eines indikatorengeleiteten Beweisverfahrens schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 574 E. 6). Entscheidend bleibt die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden

kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3; 143 V 418 E. 6).

E. 4.10

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss dort, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). Gleiches gilt, wenn etwa die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (siehe auch BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 9C_534/2015 E. 2.2.2 m.w.H.). Ausserdem bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (BGE 143 V 418 E. 7.1).

C-2208/2020 Seite 11

E. 5.1

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 1. Oktober 2018 eingetreten und hat nach einer materiellen Prüfung den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2020 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der letzten rentenaufhebenden Verfügung vom 27. November 2015 und der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2020 eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.2

Bei der rechtskräftigen rentenaufhebenden Verfügung vom 27. November 2015 stützte sich die Vorinstanz auf folgende Arztberichte:

E. 5.2.1

Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 15. Juni 2015 (act. 113 S. 2 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes: - Status nach Angst- und depressive Störung gemischt (F41.2) mit nach wie vor ausgeprägter

hypochondrischer Körperfixierung; Differentialdiagnose: ängstlich-hypochondrische Persönlichkeitsstörung - Status nach schädlichem Gebrauch diverser psychotroper Substanzen (F19.1), derzeit abstinent mit vor allem residualen leichten neurokognitiven Beeinträchtigungen Seit Januar 2014 bestehe eine erfreuliche Stabilisierung. Der Versicherte konsumiere keine schädlichen Substanzen mehr, habe keine depressive Verstimmung mehr, bemühe sich um eine Arbeit und habe geheiratet. Geblieben sei eine starke hypochondrische Körperfixierung mit merkwürdigen idiosynkratischen nicht nachvollziehbaren Erklärungen und Konsultationen zahlreicher Dienstleister aus dem paramedizinischen Bereich. Eine lege artis Therapie der hypochondrischen Angststörung sei nicht möglich gewesen, da der Versicherte sehr eigene Ideen zu einer adäquaten Behandlung habe. Dennoch verfolge er den beruflichen Wiedereinstieg und habe nach einmaligem Misserfolg aktuell wieder eine 100%-Stelle als Treuhänder. Es würden nur diskrete neurokognitive Einschränkungen aus der Zeit des stattgehabten Substanzkonsums resultieren, was durch eine formale Tes-

C-2208/2020 Seite 12 tung erhärtet oder widerlegt werden könne. Er scheine sich selbst zu überschätzen, habe damit aktuell Bewerbungserfolg gehabt. Die Prognose erscheine sehr offen. Er halte es eher für wahrscheinlich, dass der Versicherte aufgrund einer zu geringen Belastbarkeit und Umstellungs- bzw. Einstellungsfähigkeit diese Stelle rasch wieder verlieren könne. Bei nicht sehr fordernden Rahmenbedingungen erachte er den Versicherten als 100 % arbeitsfähig, sonst weniger. Er rechne mit einer 50%-ig verminderten Leistungsfähigkeit. Die Behinderung sei unspezifisch und würde sich auch an anderen Arbeitsstellen bemerkbar machen. Insofern gebe es keine gute behinderungsangepasste Tätigkeit. Eine Stelle als Sachbearbeiter wäre besser als eine solche als Treuhänder.

E. 5.2.2

Dr. med. K. _____, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte am 22. Juli 2015 (act. 114) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angststörung (F41) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Stress-Gastritis sowie sekundäre Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht zu 100% zumutbar. Eine verminderte Leistungsfähigkeit sei nicht in Zahlen fassbar. Zu vermeiden seien Überforderungssituationen.

E. 5.3

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

E. 5.3.1

Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 5. Oktober 2018 (act. 142 S. 8 f.) eine Agoraphobie mit Panikstörung, anamnetisch eine Polytoxikomanie und eine ängstlich – vermeidende perfektionistische Persönlichkeit. Seines Erachtens dürfe es um ein integrativ-psychiatrisches Angehen der Problematik gehen. Infolge von Nebenwirkungen sei bis anhin das Etablieren einer suffizienten psychopharmakologischen Behandlung gescheitert. Aktuell dürfe eine berufliche Wiedereingliederung aufgrund der Panikgefühle kaum aussichtsreich sein.

E. 5.3.2

Dr. med. M._____, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte am 15. Oktober 2018 (act. 142) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgen- des: Agoraphobie, seit mehreren Jahren (F. 40.0), Panikstörung, seit meh- reren Jahren (F. 41.0) und eine rezidivierende somatoforme Schmerzstö- rung (F. 45.4). Als Treuhänder bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 7. September bis zum 16. September 2018 und eine solche von 80% vom 17. September bis zum 31. Oktober 2018. Eine Medikation erfolge aufgrund von Unverträglichkeit von mehreren Psychopharmaka, respektive

C-2208/2020 Seite 13 Veranlagung für Medikamentenabhängigkeit nicht. Eine Prognose zur Ar- beitsfähigkeit sei ungewiss. Wegen chronischer psychischer Erkrankung sei keine geregelte Tätigkeit möglich. Die bisherige Tätigkeit sei je nach Gesundheitszustand höchstens stundenweise (1 - 2 Stunden) zumutbar.

E. 5.3.3

Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verwies am 15. Oktober 2018 (act. 143) bezüglich der Diagnosen mit Aus- wirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf seinen Bericht vom 5. Oktober 2018 (vgl. E. 5.3.1). Als Treuhänder und Englischlehrer sei der Versicherte vom 2. Oktober 2018 bis auf Weiteres zu 80 % arbeitsunfähig. Es müsse wahr- scheinlich davon ausgegangen werden, dass eine berufliche Wiederein- gliederung nach der IV-Rente gescheitert sei.

E. 5.3.4

Am 8. Dezember 2018 (act. 154 S. 7) wurde im Spital H._____ eine Angststörung, nicht näher bezeichnet (F41.9) diagnostiziert (act. 154 S. 7). Es wurde dem Versicherten empfohlen, die Psychotherapie alle zwei bis vier Wochen fortzuführen. Am 27. Dezember 2018 (act. 154 S. 8) wurde zudem eine Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0) diagnos- tiziert (act. 154 S. 8). Es wurde dem Versicherten empfohlen seine Medizin zu nehmen und die Verhaltenstherapie beim Psychiater fortzusetzen. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 20% festgesetzt. Am 11. Januar 2019 wurde wieder – wie im ersten Bericht – eine Angststörung, nicht näher bezeichnet (F41.9) diagnostiziert (act. 164 S. 2) und die Arbeitsfähigkeit vom 1. bis zum 31. Januar 2019 auf 20% festgesetzt.

E. 5.3.5

Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 14. Januar 2019 (act. 154) von der Behandlung des Versi- cherten vom 2. Oktober 2018 bis zum 8. November 2018 (insgesamt drei Konsultationen). Bezüglich der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- fähigkeit verwies er auf seinen Bericht vom 15. Oktober 2018 und das Gut- achten von Dr. med. C._____. Der Gesundheitszustand des Versicher- ten sei stationär. Er attestierte ihm für die Monate November und Dezem- ber 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 80%.

E. 5.3.6

Am 11. Februar 2019 (act. 154 S. 7) wurde im Spital H._____ eine Angststörung, nicht näher bezeichnet (F41.9) diagnostiziert (act. 168 S. 2). Die Arbeitsfähigkeit wurde vom 1. bis zum 28. Februar 2019 auf 20% fest- gesetzt. Auch für die Monate März 2019 (act. 171 S. 2), April 2019 (act. 173 S. 2) und Mai 2019 (act. 174 S. 2) wurde die Arbeitsfähigkeit auf 20% fest- gesetzt.

C-2208/2020 Seite 14

E. 5.3.7

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 14. Juni 2019 hielten Dres. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest (act. 181 S. 4 ff.), dass keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie Folgendes: - Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären und des respiratorischen Systems (ICD-10 F45.30, 45.33) - narzisstische, histrionische und impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, aktuell schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) - Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabis, aktuell schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) - Psychische und Verhaltensstörung durch Benzodiazepine, aktuell schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1) - Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain, aktuell schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1) - Multiple funktionelle Symptome (kardial, pulmonal, gastrointestinal) - Hautpsoriasis - Lactose- und Fructoseintoleranz, anamnetisch Unverträglichkeit diverser Nahrungsmittel (Lauch, Zwiebeln, Knoblauch) - Status nach Operation wegen Nasenscheidewandverkrümmung am 7. Juni 2017 - Status nach Operation Grosszehe links im Dezember 2015 mit Re-Operation im März 2016 - Status nach Wundexploration, Sehnennaht FDS III/IV, FCR, Gefässnaht Arteria ulnaris bei arterieller Blutung, Nervenennaht Nervus medianus bei Selbstverletzung am linken Unterarm in suizidaler Absicht am 28. Februar 2013 Die Arbeitsfähigkeit als kaufmännischer Angestellter, Treuhänder und Englisch-Lehrer bestehe zu 100%.

E. 5.3.7.1

Dr. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt in seinem Gutachten vom 27. Mai 2019 fest (act. 179 S. 32), von somatischer Seite her seien bisher keine relevanten Therapien erfolgt. Es

C-2208/2020 Seite 15 müssten aus somatischer Sicht keine Behandlungen vorgenommen werden. Des Weiteren führte er aus, es lägen keine gleichmässigen Einschränkungen der Aktivitätenniveaus aller Lebensbereiche vor. So schildere sich der Versicherte dysfunktional im Sinne einer subjektiv erlebten Arbeitsfähigkeit von 20%, wobei diese subjektiv aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei. Schaut man sich aber den Tagesablauf, resp. die Alltagsaktivitäten an, sei klar, dass der Versicherte normalen Aktivitäten nachgehe. So habe er das letzte halbe Jahr alleine in Thailand gewohnt und sei dabei auf sich gestellt gewesen. Gemäss seinen eigenen Angaben sei er dort nicht vielen ausserhäuslichen Aktivitäten nachgegangen. Er habe sich aber mit Schreiben, Lesen, Surfen im Internet und TV beschäftigt und sei regelmässig an den Strand gegangen. Zusammengefasst habe der Versicherte in Thailand ein normales Leben eines europäischen Touristen geführt. Klinisch bestünden keine Schonungszeichen der Muskulatur. Im Gegenteil, es bestehe ein athletischer, durchtrainierter muskulärer Habitus, vor allem den Oberkörper und die Arme, etwas weniger die Beine betreffend, so dass von einem regelmässigen Einsatz der Muskulatur ohne relevante Behinderung auszugehen sei. Zusammenfassend hielt er fest, dass beim Versicherten seit vielen Jahren funktionelle Beschwerden diverser Körperkompartimente bestünden, so kardial, pulmonal und gastrointestinal. Die Hauptbeschwerden bestünden aber auf psychiatrischer Ebene. Von somatischer Seite her seien breite Abklärungen erfolgt, welche keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer organischen Problematik ergeben hätten. Auch die heutige Anamnese zeige von körperlicher Seite her eine gute Belastbarkeit mit der Möglichkeit, Sport zu treiben

(Joggen und Tennisspielen) ohne entsprechende Warn- Symptome. Der Körperstatus zeige sich unauffällig bei muskulös-athletischem Habitus. Die Blutwerte seien bis auf eine diskrete Leberwerterhöhung, welche diagnostische nicht von Relevanz sei und auch medikamentös bedingt sein könne, normal. Es bestünden in den Akten keine Hinweise dafür, dass aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit jemals über längere Zeit eingeschränkt gewesen wäre.

E. 5.3.7.2

Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hielt fest (act. 181 S. 8 ff.), dass der Versicherte während Jahren als Treuhänder gearbeitet habe. Dabei habe er keine grösseren Schwierigkeiten

C-2208/2020 Seite 16 gehabt. Er habe wiederholt die Arbeitsstelle gekündigt, weil er nicht bereit gewesen sei, Überstunden zu leisten oder die Arbeit zu anstrengend gewesen sei. Des Weiteren sei er selbstbezogen und könne sich wenig in seine Umgebung einfühlen. So habe er keinen Kontakt zu seiner Tochter, erachte es als völlig normal, dass seine Ehefrau 100% arbeite, sich um den Haushalt kümmere und er überhaupt nichts mache, da ihm dies nicht liege. Er neige auch zu dramatischer Beschwerdeschilderung. Es könnten also narzisstische, emotional instabile und histrionische Persönlichkeitszüge festgestellt werden. Die Tatsache aber, dass er von 2000 bis 2011 und von 2015 bis 2016 zwei Ausbildungen erfolgreich habe abschliessen können sowie ohne Schwierigkeiten als Treuhänder arbeiten können, schliesse eine Persönlichkeitsstörung, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, aus. Der Versicherte habe des Weiteren früher regelmässig Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Ecstasy und Kokain konsumiert. Es liege ein Status nach Polytoxikomanie vor. Der zurzeit behandelnde Psychiater Dr. N._____, der den Versicherten nur einige Sitzungen betreut habe, habe eine Agoraphobie und eine ängstliche Persönlichkeit diagnostiziert. Die Diagnose einer Agoraphobie könne nicht bestätigt werden. Weder die vom Versicherten geschilderte Atemnot noch die Herzbeschwerden würden den Versicherten daran hindern, den Alltag aktiv zu gestalten. Der Versicherte könne sich ohne weiteres im öffentlichen Raum aufhalten, leide weder in seiner Wohnung noch ausserhalb seiner Wohnung unter Angstattacken. Er sei auch ohne weiteres in der Lage gewesen, alleine nach Thailand zu reisen, habe sich dort während Monaten alleine aufgehalten und habe in dieser Zeit nicht unter Angstattacken gelitten. Es handle sich bei diesen Beschwerden um eine somatoforme autonome Funktionsstörung des respiratorischen und des kardiovaskulären Systems. Das Gefühl, nach Einnahme von Gewürzen und Kohl gelegentlich keine Luft zu bekommen, genüge nicht, um die Diagnose einer Agoraphobie zu begründen. Die geklagten Einschlafstörungen würden mit dem nicht geregelten Schlaf-/Wachrhythmus zusammenhängen. Der Versicherte schlafe regelmässige bis 10:00 Uhr am Morgen und könne dann erst um 3:00 Uhr einschlafen. Beim Versicherten fänden sich auch keine Hinweise auf eine depressive Störung. Er sei auch nie längere Zeit antidepressiv behandelt worden. Er gestalte den Alltag aktiv, reise immer wieder nach Thailand, wo er sich wäh-

C-2208/2020 Seite 17 rend Monaten aufhalte. Im Jahr 2018 habe er seine jetzige Ehefrau geheiratet und immer wieder Beziehungen mit Frauen unterhalten. Es würden sich keinerlei Hinweise für länger dauernde depressive Phasen zeigen. Dass er nach dem Entzug der psychotropen Substanzen vorübergehend unter depressiven Verstimmungen gelitten habe, sei nachvollziehbar, begründe aber zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr die Diagnose einer depressiven Erkrankung. Die somatoforme autonome Funktionsstörung könne

bestätigt werden. Diese Beschwerden würden ihn im Alltag aber kaum einschränken. Die Beschwerdeschilderung der Symptome sei sehr diffus gewesen. Er habe die Beschwerden kaum richtig benennen können, habe auch nicht berichtet, dass er im Alltag wesentlich eingeschränkt sei. So sei er in der Lage gewesen, sich während sechs Monaten ohne Schwierigkeiten in Thailand aufzuhalten und umherzureisen. Das psychiatrische Zustandsbild habe sich also seit 2013 deutlich gebessert. Er sei auch in der Lage gewesen, in einem Pensum von 100% zu arbeiten. Des Weiteren könne keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, da er in der Lage gewesen sei, ab 1998 eine kaufmännische Ausbildung zu absolvieren und während elf Jahren als Treuhänder tätig gewesen sei. Eine Persönlichkeitsstörung würde aber die Arbeitsfähigkeit ab Eintritt ins Erwachsenenalter einschränken. Der Versicherte habe die zum Teil mehrjährigen Arbeitsstellen gekündigt, weil er nicht bereit gewesen sei, Überstunden zu leisten, ihm die Arbeit nicht zugesagt habe und es ihm langweilig gewesen sei. Es seien aber keine Hinweise vorhanden, dass er Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Mitarbeitern gehabt hätte und diese interaktionellen Schwierigkeiten zur Kündigung geführt hätten. Er habe sich schon früh in seiner Kindheit gewöhnt, seine Vorstellungen durchzusetzen. Gegenüber der Mutter habe er sich mit Schreien und Drohen durchgesetzt. Er sei immer wenig bereit gewesen, sich an äussere Umstände anzupassen, habe lieber gemäss seinen eigenen Bedürfnissen gelebt und zeige jetzt keine Bereitschaft mehr, sich an die Anforderungen eines Arbeitsplatzes anzupassen. Er verlange auch explizit eine Rente. Es bestehe in der bisherigen Tätigkeit seit Juni 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

E. 5.3.8

Am 20. Juni 2019 (act. 183) nahm der RAD-Arzt Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus somatischer Sicht zum interdisziplinären Gutachten vom 14. Juni 2019 Stellung und hielt fest, es könne auf das Gutachten abgestellt werden.

C-2208/2020 Seite 18

E. 5.3.9

Am 4. August 2019 (act. 218) wurde im Spital H._____ eine Angststörung, nicht näher bezeichnet, diagnostiziert. Der Versicherte habe vom

E. 5.3.10

Die RAD-Ärztin Dr. med. P._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. Dezember 2019 fest (act. 236), dass der ärztliche Bericht aus Thailand hauptsächlich die Leiden erwähne, welche bereits im interdisziplinären Gutachten berücksichtigt worden seien. In der psychiatrischen Expertise seien im Übrigen mehrere Kurzberichte desselben Psychiaters aus Thailand berücksichtigt worden. Die neuen Berichte würden an der Stellungnahme vom 20. Juni 2019 nichts ändern. Am 19. März 2020 (act. 242) nahm der RAD-Arzt Dr. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung und hielt fest, es könne auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F._____ abgestellt werden. Ferner schloss er sich den Ausführungen von Dr. med. P._____ an. Beim ärztlichen Bericht aus Thailand handle es sich um eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen medizinischen Zustandes seit der psychiatrischen Begutachtung vom 14. Juni 2019. Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Sommer 2015 verbessert.

E. 5.3.11

Dem Bericht des Spitals I. _____ in Thailand vom 15. Januar 2021 (BVGer-act. 13, Übersetzung in BVGer-act. 15) können u.a. folgende Diagnosen entnommen werden: allgemeine Angststörung, Panikstörung, somatoforme Funktionsstörung, unspezifische Stimmungsstörungen, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Merkmalen und Substanzabhängigkeit, in Remission. Der behandelnde Psychiater teilt die Einschätzung von Dr. med. C. _____. Er sehe den Versicherten seit dem 1. Mai 2020 alle zwei bis vier Wochen. Seine Funktionsfähigkeit sei zu 20 - 30% beeinträchtigt. 6.1 Mit Blick auf die medizinischen Akten ist vorab festzuhalten, dass der vom Beschwerdeführer nachgereichte Bericht des Spitals I. _____ vom 15. Januar 2021 nach der vorinstanzlichen Verfügung vom 8. April 2020 erging. Aus dem Wortlaut der Beurteilung ergibt sich, dass die darin enthaltenen Schlussfolgerungen des Psychiaters sich ohne weiteres auch auf den Zeitraum vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens beziehen (vgl.

C-2208/2020 Seite 19 E. 3.1). Der Bericht kann somit im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden. 6.2 Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 8. April 2020 gründet auf dem interdisziplinären Gutachten von Dres. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die darin festgehaltenen Diagnosen der Gutachter beruhen auf einer eingehenden Erhebung der Anamnese und klinischen Untersuchung pro Fachgebiet, einer interdisziplinären Herleitung und nachvollziehbaren Begründung deren Auswirkungen auf die Funktionalität und die Arbeitsfähigkeit, wobei sie auch den Verlauf, unter kritischer Würdigung der Aktenlage und der früheren Berichte, schildern. Insbesondere erfolgte die Befunderhebung unter Zugrundelegung der Krankheitsentwicklung und sämtlicher Arztberichte (act. 179 S. 7 ff. und 181 S. 10 ff.). 6.3 In einem Zwischenfazit ist festzustellen, dass das interdisziplinäre Gutachten vom 14. Juni 2019 die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen erfüllt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a): Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie unter Diskussion abweichender Berichte getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend, die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar hergeleitet und begründet (vgl. E. 5.3.7.1 f. hiervor). Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt vorliegend entbehrlich, da eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wurde (vgl. E. 4.10). Damit kann auf das interdisziplinäre Gutachten mit den Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie (act. 179 und 181) ohne Einschränkung abgestellt werden. 6.4 Auch die RAD-Ärzte – aus somatischer Sicht Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, (vgl. E. 5.9) und aus psychiatrischer Sicht der RAD-Arzt Dr. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. E. 5.12) – haben in ihren versicherungsmedizinischen Beurteilungen an dieser Würdigung festgehalten. 6.5 Demzufolge hat die IVSTA in ihrer juristisch-medizinischen Beurteilung zu Recht festgestellt, dass dem interdisziplinären Gutachten volle Beweiskraft zukomme, und dass weder in somatischer noch in psychiatrischer

C-2208/2020 Seite 20 Hinsicht Befunde vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft oder langanhaltend einschränken würden. Die angestammte Tätigkeit als Treuhänder

sowie alle anderen seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeiten seien dem Versicherten dementsprechend ganztags im Rahmen einer Vollzeitstelle ohne Leistungsminderung zumutbar (act. 245 S. 4). 7. 7.1 Der Beschwerdeführer rügte, der Gutachter Dr. med. C._____ habe ihm aufgrund einer Persönlichkeitsstörung eine schlechte Prognose gestellt und sei davon ausgegangen, dass eine stabile Arbeitsfähigkeit nicht erreicht werden könne. Wenn Dr. med. F._____ heute, ohne auf die von Dr. med. C._____ attestierte und begründete Diagnose einzugehen, nur behaupte, eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor, da er eine Ausbildung als Treuhänder habe machen können und bis 2011 in dieser Tätigkeit gearbeitet habe, widerspreche er der Beurteilung von Dr. med. C._____, ohne diesen Widerspruch zu klären. Die Absolvierung einer Ausbildung stehe einer Persönlichkeitsstörung nicht entgegen. 2015 und 2016 habe er nur kurze Zeit zwei Stellen innegehabt. Er habe diese immer wieder verloren, was zeige, dass er im Arbeitsalltag nicht existieren könne. Die Schuld dafür sehe er zwar bei fehlender Einarbeitung und anderen Faktoren, de facto liege aber wohl eine Untragbarkeit für den Arbeitgeber vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat Dr. med. F._____ in seinem Gutachten nachvollziehbar dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach beim Versicherten keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (vgl. E. 5.3.7.2 in fine). So hat der Gutachter eine Persönlichkeitsstörung nicht allein nur aufgrund der absolvierten Ausbildung verneint, sondern auch aufgrund der gesamten Arbeits- und Lebensumstände des Versicherten. 7.2 Des Weiteren brachte der Beschwerdeführer vor, Dr. med. F._____ habe sein Gutachten auf falsche Annahmen gestützt. So sei es nicht richtig, dass in Thailand keine psychiatrische Behandlung stattfindet. Den Berichten des Spital H._____ vom 8. und 27. Dezember 2018 (vgl. E. 5.3.4) zufolge wurde dem Versicherten empfohlen, seine Therapie beim Psychiater alle zwei bis vier Wochen fortzusetzen. Die Befunderhebung von Dr. med. F._____ ist unter Zugrundelegung dieser Arztberichte erfolgt. Gemäss den Berichten vom 4. August 2019 (vgl. E. 5.3.9) und 15. Januar 2021 (E. 5.3.11) befand sich der Beschwerdeführer vom 8. Dezember

C-2208/2020 Seite 21 2018 bis zum 28. April 2019 (act. 218) und vom 1. Mai 2020 bis zum 15. Januar 2021 (BVGer-act. 13 Beilage) alle zwei bis vier Wochen in psychiatrischer Behandlung. Diese Berichte ergingen jedoch erst nach der Begutachtung durch Dr. med. F._____ vom 14. Juni 2019 (vgl. act. 181 S. 8 ff.). Somit kann dem Gutachter kein Vorwurf gemacht werden, dass er bei der Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen ausgeführt hatte, dass der Versicherte sich in lockerer ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde, wobei er während der letzten sechs Monate in Thailand keine Behandlung erhalten habe (act. 181 S. 45). So befand sich zum Zeitpunkt der Begutachtung für diese sechs Monate in den Akten kein Hinweis auf eine psychiatrische Behandlung. Auch mit dieser Annahme kann jedoch der Einschätzung von Dr. med. F._____ gefolgt werden. Die Aussage, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, sich in den Jahren 2018 und 2019 während sechs Monaten ohne Schwierigkeiten in Thailand aufgehalten habe, zog der Gutachter lediglich als ein Beispiel von mehreren heran, dass er keine Angststörung habe und aufgrund seiner Beschwerden (somatoforme autonome Funktionsstörung) im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt sei (vgl. act. 181 S. 42 und S. 43 jeweils in fine). So führte er weiter aus, die Schilderungen des Versicherten seien nicht typisch für eine eigentliche Angstattacke. Weder die Atemnot noch die Herzbeschwerden würden ihn daran hindern, den Alltag aktiv zu gestalten. Bei einer Angststörung seien Reisen alleine in fremde Länder kaum möglich. Die Beschwerdeschilderung der Symptome sei sehr diffus gewesen. Der Versicherte habe diese kaum richtig benennen

können und habe auch nicht davon berichtet, dass er im Alltag wesentlich eingeschränkt sei. Überdies gab der Versicherte bei der Befragung anlässlich der Begutachtung selbst an, er habe von November 2018 bis Mai 2019, als er in Thailand gewesen sei, keine regelmässige Behandlung gehabt (act. 181 S. 34). 7.3 Ferner hat sich Dr. med. F. _____ – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers – sehr wohl zur Suchtproblematik und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geäussert. So hielt er in seinem Gutachten fest, es liege ein Status nach Polytoxikomanie vor. Zurzeit liege noch ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, Cannabis, Kokain und Benzodiazepinen vor. Es handle sich um eine primäre Abhängigkeitserkrankung. Ausser einer leicht erhöhten Ängstlichkeit fänden sich keinerlei Hinweise auf Schäden nach langjährigem Benzodiazepinkonsum. Diese leicht erhöhte Ängstlichkeit würde sich bei konsequenter Abstinenz von Benzodiazepinen und vorübergehender Behandlung mit einem schlafanstossenden Antidepressivum oder einem leichten Neuroleptikum günstig beeinflussen lassen (act.

C-2208/2020 Seite 22 181 S. 42). Zudem führte er aus, es bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. 181 S. 47). Diese Aussage bezieht sich auf alle Diagnosen und mithin auch auf die Suchtproblematik. Der Grad der Suchtproblematik besteht vorliegend somit nicht in einem invalidisierenden Ausmass. 7.4 Die Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen das bidisziplinäre Gutachten in keinerlei Hinsicht in Zweifel zu ziehen. 7.5 Zutreffend hat die Vorinstanz auch festgehalten, dass infolge fehlenden subjektiven Eingliederungswillens (der Versicherte halte sich für maximal 20% arbeitsfähig [vor allem aus psychiatrischen Gründen], bei der gutachterlichen Exploration habe eine dysfunktionale, selbsteinschränkende Eigendarstellung sowie auffallend diffuse Beschwerdeschilderung mit subjektiver Krankheitsüberzeugung festgestellt werden können bei fehlendem psychiatrischem Korrelat, das Verhalten bezüglich Arbeitsfähigkeit korreliere auch nicht mit seinem intakten Aktivitätsniveau; act. 245 S. 2 f.) keine Eingliederungsmassnahmen zu prüfen seien. Die Vorinstanz hat damit das Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen einerseits und eine Invalidenrente andererseits zu Recht abgelehnt.

E. 6.1

Mit Blick auf die medizinischen Akten ist vorab festzuhalten, dass der vom Beschwerdeführer nachgereichte Bericht des Spitals I. _____ vom 15. Januar 2021 nach der vorinstanzlichen Verfügung vom 8. April 2020 erging. Aus dem Wortlaut der Beurteilung ergibt sich, dass die darin enthaltenen Schlussfolgerungen des Psychiaters sich ohne weiteres auch auf den Zeitraum vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens beziehen (vgl. E. 3.1). Der Bericht kann somit im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden.

E. 6.2

Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 8. April 2020 gründet auf dem interdisziplinären Gutachten von Dres. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die darin festgehaltenen Diagnosen der Gutachter beruhen auf einer eingehenden Erhebung der Anamnese und klinischen Untersuchung pro Fachgebiet, einer interdisziplinären Herleitung und nachvollziehbaren Begründung deren Auswirkungen auf die Funktionalität und die Arbeitsfähigkeit, wobei sie auch den Verlauf, unter kritischer Würdigung der Aktenlage und der früheren Berichte, schildern. Insbesondere erfolgte die Befunderhebung unter Zugrundelegung der Krankheitsentwicklung und sämtlicher Arztberichte (act. 179 S. 7 ff.

und 181 S. 10 ff.).

E. 6.3

In einem Zwischenfazit ist festzustellen, dass das interdisziplinäre Gutachten vom 14. Juni 2019 die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen erfüllt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a): Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie unter Diskussion abweichender Berichte getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend, die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar hergeleitet und begründet (vgl. E. 5.3.7.1 f. hiervor). Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt vorliegend entbehrlich, da eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wurde (vgl. E. 4.10). Damit kann auf das interdisziplinäre Gutachten mit den Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie (act. 179 und 181) ohne Einschränkung abgestellt werden.

E. 6.4

Auch die RAD Ärzte - aus somatischer Sicht Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, (vgl. E. 5.9) und aus psychiatrischer Sicht der RAD-Arzt Dr. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. E. 5.12) - haben in ihren versicherungsmedizinischen Beurteilungen an dieser Würdigung festgehalten.

E. 6.5

Demzufolge hat die IVSTA in ihrer juristisch-medizinischen Beurteilung zu Recht festgestellt, dass dem interdisziplinären Gutachten volle Beweiskraft zukomme, und dass weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht Befunde vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft oder langanhaltend einschränken würden. Die angestammte Tätigkeit als Treuhänder sowie alle anderen seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeiten seien dem Versicherten dementsprechend ganztags im Rahmen einer Vollzeitstelle ohne Leistungsminderung zumutbar (act. 245 S. 4).

E. 7.1

Der Beschwerdeführer rügte, der Gutachter Dr. med. C. _____ habe ihm aufgrund einer Persönlichkeitsstörung eine schlechte Prognose gestellt und sei davon ausgegangen, dass eine stabile Arbeitsfähigkeit nicht erreicht werden könne. Wenn Dr. med. F. _____ heute, ohne auf die von Dr. med. C. _____ attestierte und begründete Diagnose einzugehen, nur behaupte, eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor, da er eine Ausbildung als Treuhänder habe machen können und bis 2011 in dieser Tätigkeit gearbeitet habe, widerspreche er der Beurteilung von Dr. med. C. _____, ohne diesen Widerspruch zu klären. Die Absolvierung einer Ausbildung stehe einer Persönlichkeitsstörung nicht entgegen. 2015 und 2016 habe er nur kurze Zeit zwei Stellen innegehabt. Er habe diese immer wieder verloren, was zeige, dass er im Arbeitsalltag nicht existieren könne. Die Schuld dafür sehe er zwar bei fehlender Einarbeitung und anderen Faktoren, de facto liege aber wohl eine Untragbarkeit für den Arbeitgeber vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat Dr. med. F. _____ in seinem Gutachten nachvollziehbar dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach beim Versicherten keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (vgl. E. 5.3.7.2 in fine). So hat der Gutachter eine Persönlichkeitsstörung nicht allein nur aufgrund der absolvierten Ausbildung verneint, sondern auch aufgrund der gesamten Arbeits- und

Lebensumstände des Versicherten.

E. 7.2

Des Weiteren brachte der Beschwerdeführer vor, Dr. med. F._____ habe sein Gutachten auf falsche Annahmen gestützt. So sei es nicht richtig, dass in Thailand keine psychiatrische Behandlung stattfinde. Den Berichten des Spital H._____ vom 8. und 27. Dezember 2018 (vgl. E. 5.3.4) zufolge wurde dem Versicherten empfohlen, seine Therapie beim Psychiater alle zwei bis vier Wochen fortzusetzen. Die Befunderhebung von Dr. med. F._____ ist unter Zugrundelegung dieser Arztberichte erfolgt. Gemäss den Berichten vom 4. August 2019 (vgl. E. 5.3.9) und 15. Januar 2021 (E. 5.3.11) befand sich der Beschwerdeführer vom 8. Dezember 2018 bis zum 28. April 2019 (act. 218) und vom 1. Mai 2020 bis zum 15. Januar 2021 (BVGer-act. 13 Beilage) alle zwei bis vier Wochen in psychiatrischer Behandlung. Diese Berichte ergingen jedoch erst nach der Begutachtung durch Dr. med. F._____ vom 14. Juni 2019 (vgl. act. 181 S. 8 ff.). Somit kann dem Gutachter kein Vorwurf gemacht werden, dass er bei der Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen ausgeführt hatte, dass der Versicherte sich in lockerer ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde, wobei er während der letzten sechs Monate in Thailand keine Behandlung erhalten habe (act. 181 S. 45). So befand sich zum Zeitpunkt der Begutachtung für diese sechs Monate in den Akten kein Hinweis auf eine psychiatrische Behandlung. Auch mit dieser Annahme kann jedoch der Einschätzung von Dr. med. F._____ gefolgt werden. Die Aussage, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, sich in den Jahren 2018 und 2019 während sechs Monaten ohne Schwierigkeiten in Thailand aufgehalten habe, zog der Gutachter lediglich als ein Beispiel von mehreren heran, dass er keine Angststörung habe und aufgrund seiner Beschwerden (somatoforme autonome Funktionsstörung) im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt sei (vgl. act. 181 S. 42 und S. 43 jeweils in fine). So führte er weiter aus, die Schilderungen des Versicherten seien nicht typisch für eine eigentliche Angstatacke. Weder die Atemnot noch die Herzbeschwerden würden ihn daran hindern, den Alltag aktiv zu gestalten. Bei einer Angststörung seien Reisen alleine in fremde Länder kaum möglich. Die Beschwerdeschilderung der Symptome sei sehr diffus gewesen. Der Versicherte habe diese kaum richtig benennen können und habe auch nicht davon berichtet, dass er im Alltag wesentlich eingeschränkt sei. Überdies gab der Versicherte bei der Befragung anlässlich der Begutachtung selbst an, er habe von November 2018 bis Mai 2019, als er in Thailand gewesen sei, keine regelmässige Behandlung gehabt (act. 181 S. 34).

E. 7.3

Ferner hat sich Dr. med. F._____ - entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers - sehr wohl zur Suchtproblematik und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geäussert. So hielt er in seinem Gutachten fest, es liege ein Status nach Polytoxikomanie vor. Zurzeit liege noch ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, Cannabis, Kokain und Benzodiazepinen vor. Es handle sich um eine primäre Abhängigkeitserkrankung. Ausser einer leicht erhöhten Ängstlichkeit fänden sich keinerlei Hinweise auf Schäden nach langjährigem Benzodiazepinkonsum. Diese leicht erhöhte Ängstlichkeit würde sich bei konsequenter Abstinenz von Benzodiazepinen und vorübergehender Behandlung mit einem schlafanstossenden Antidepressivum oder einem leichten Neuroleptikum günstig beeinflussen lassen (act. 181 S. 42). Zudem führte er aus, es bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. 181 S. 47). Diese Aussage bezieht sich auf alle Diagnosen und mithin auch auf die Suchtproblematik. Der Grad der Suchtproblematik besteht vorliegend

somit nicht in einem invalidisierenden Ausmass.

E. 7.4

Die Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen das bidisziplinäre Gutachten in keinerlei Hinsicht in Zweifel zu ziehen.

E. 7.5

Zutreffend hat die Vorinstanz auch festgehalten, dass infolge fehlenden subjektiven Eingliederungswillens (der Versicherte halte sich für maximal 20% arbeitsfähig [vor allem aus psychiatrischen Gründen], bei der gutachterlichen Exploration habe eine dysfunktionale, selbsteinschränkende Eigendarstellung sowie auffallend diffuse Beschwerdeschilderung mit subjektiver Krankheitsüberzeugung festgestellt werden können bei fehlendem psychiatrischem Korrelat, das Verhalten bezüglich Arbeitsfähigkeit korreliere auch nicht mit seinem intakten Aktivitätsniveau; act. 245 S. 2 f.) keine Eingliederungsmassnahmen zu prüfen seien. Die Vorinstanz hat damit das Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen einerseits und eine Invalidenrente andererseits zu Recht abgelehnt.

E. 8

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass sich die Beschwerde als un begründet erweist, weshalb sie abzuweisen ist. Die angefochtene Verfügung vom 8. April 2020 ist nicht zu beanstanden.

E. 9

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

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Re- gel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Aus- gang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.– festzusetzenden Verfahrens- kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbe- zahlte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist zur Bezahlung der Verfahrens- kosten zu verwenden (BVGer-act. 3 und 5).

E. 9.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr er- wachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz je-

C-2208/2020 Seite 23 doch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Regle- ments vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen)

C-2208/2020 Seite 24