

BVGer C-3202/2009 vom 3. März 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3202_2009

FR: TAF C-3202/2009 du 3 mars 2011

IT: TAF C-3202/2009 del 3 marzo 2011

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Der Beschwerdeführer wohnt seit 1981 in Deutschland und arbeitete als Grenzgänger in der Schweiz (vgl. Bst. A. hiervor). Wie die Zuständigkeitsregel von Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) vorsieht, hat die IV-Stelle BS, in deren Tätigkeitsgebiet der Versicherte in seiner Eigenschaft als Grenzgänger bei der früheren Arbeitgeberin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtenen Verfügungen vom 7. April 2009 (act. 51) erlassen hat.

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2, 3. Satz und Art. 40 Abs. 3 IVV). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügungen vom 7. April 2009 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

E. 1.4

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die

Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.5

Anfechtungsobjekt bilden die Verfügungen der Vorinstanz vom 7. April 2009 (act. 51), mit welchen der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente nach Ablauf der Wartezeit im Juli 2004 verneint und aufgrund der im Juli 2007 eingetretenen erheblichen Verschlechterung ab Juli 2008 bejaht wurde. Streitig und zu prüfen ist der Beginn und die Höhe des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist. Durch den Umstand, dass der Beschwerdeführer den Beginn und die Höhe des Rentenanspruchs hatte anfechten lassen, wird der Verfahrensgegenstand und damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (vgl. BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a).

E. 1.6

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

E. 2

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang

II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 2.2

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. auch Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügungen vom 7. April 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 1992 in der Fassung vom 22. März 1991 [AS 1991 2377; 3. IV-Revision], ab dem 1. Januar 2003 in der Fassung vom 6. Oktober 2000 [AS 2002 3371 und 3453], ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 3., 4. und IV-Revision [AS 1991 2377, 2003 3859 sowie 2007 5155]). Für die Prüfung des Rentenanspruchs ab 1. Januar 2003 ist sodann das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar. Da die darin enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen und die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343), wird im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen.

E. 2.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im

bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

E. 2.4

Nach der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage gehören zu den geistigen Gesundheitsschäden, welche in gleicher Weise wie die körperlichen eine Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG zu bewirken vermögen, neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Gemäss der ab 2004 geltenden Rechtslage (4. IV-Revision) können neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des For-derbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter,

therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen; SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.1). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

E. 2.5

Laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 1988 bis Ende 2003 gültig gewesenen Fassung [AS 1987 447]) besteht der Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn der Versicherte mindestens 40 %, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens 50 % und auf eine ganze Rente, wenn er mindestens zu zwei Dritteln invalid ist. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 2.6

Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet

war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2). Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer seit dem 17. November 2002, das heisst zwölf Monate vor der Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Bst. A hiervor), Anspruch auf IV-Leistungen hatte oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 7. April 2009 entstanden bzw. wieder weggefallen ist.

E. 2.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

E. 3

Während sich die Vorinstanz resp. die IV-Stelle BS im Rahmen der Invaliditätsbemessung in erster Linie auf die Gutachten der Dres. med. L. _____ und E. _____ vom 19. August 2005 (act. 13) und 22. September 2008 (act. 37) gestützt hatte, war der Versicherte der Auffassung, dass insbesondere auch der zweiten Expertise von Dr. med. E. _____ keine

Beweiskraft zukommen kann. Nachfolgend sind diese sowie weitere medizinische Dokumente zusammengefasst wiederzugeben und einer umfassenden Würdigung zu unterziehen.

E. 3.1

Dr. med. L. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 19. August 2005 ein chronisches tendomyotisches, vor allem rechtsseitiges Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.8) sowie eine Pariarthropathia humero-scapularis chronica tendinotica partim ankylosans (ICD-10: M75.1 [Läsion der Rotatorenmanschette]). Betreffend die Arbeitsfähigkeit äusserte er sich dahingehend, dass aus rheumatologischer Sicht dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, bei einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit jedoch keine Einschränkung des Arbeitspensums und der Leistungsfähigkeit vorliege. Hingegen bestehe beim Versicherten aus psychischen Gründen eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. 13). Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte zu Beginn seines Gutachtens vom 17. Januar 2006 zahlreiche aktenkundige, den Beschwerdeführer betreffende Arztberichte und berichtete, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne keine weitere Diagnose gestellt werden. Die leichten, in den Akten zum Teil als mittelgradig beschriebenen depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung zu sehen. Es bestünden keine Hinweise auf schwere depressive Störungen und bewusste Konflikte; ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Daher könne dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der beklagten Beschwerden weiterhin seiner angestammten Tätigkeit ganztags ohne jede Leistungseinschränkung nachzugehen. Der Psychiater Dr. med. I. _____ übernehme weitgehend die Einschätzung des Versicherten. Der begutachtende Rheumatologe habe eine posttraumatische Belastungsstörung erwähnt. Diese Diagnose könne nicht gestellt werden. Der Versicherte habe keine schwere Katastrophe erlebt, die eine grosse psychische Verunsicherung verursacht hätte. Er sei ohne Schwierigkeiten in der Lage gewesen, nach seiner Rückkehr nach Deutschland seine angestammte Tätigkeit wieder aufzunehmen; diese habe er während vier Jahren weitergeführt. Es sei kaum zu erwarten, dass durch eine Psychotherapie die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung wesentlich beeinflusst werden könne. Die antidepressive Therapie sollte weitergeführt werden (act. 15).

E. 3.2

Nach Erstellung der Gutachten der Dres. med. L. _____ und E. _____ resp. nach Erlass der Verfügung vom 1. März 2006 (act. 17) wurde der Beschwerdeführer vom 8. März bis 5. April 2006 in der H. _____ hospitalisiert; der entsprechende Bericht datiert vom 7. April 2006 (act. 22 S. 22 bis 27). Weiter nahm Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, in seinem Bericht vom 19. April 2006 Stellung zu diesem Bericht sowie zur Expertise von Dr. med. E. _____ (act. 22 S. 28 bis 29). Im Entlassungsbericht der H. _____ vom 7. April 2006 wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mässiggradige Episode), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eines Spannungskopfschmerzes, eines zervikobrachialen Syndroms (rechts ausgeprägter als links) sowie einer lumbalen Diskopathie gestellt. Weiter wurde berichtet, der Versicherte sei in einem etwas gebesserten psychischen Zustand entlassen worden; die depressive Gesamtsymptomatik habe sich einigermaßen gebessert. Der

Versicherte sei stabiler geworden, und die allgemeine Stimmung und der Antrieb seien etwas besser gewesen. Es habe andererseits keine erwünschte Linderung der körperlichen Beschwerden erzielt werden können; der Versicherte klage weiterhin über Schmerzen und körperliche Einschränkungen. Aufgrund der noch bestehenden depressiven Symptomatik und der körperlichen Beschwerden sei er als arbeitsunfähig entlassen worden. Bei weiterer konsequenter ambulanter Behandlung sei eine Besserung oder Remission der Gesamtsymptomatik in einem Zeitraum von bis zu drei Monaten zu erwarten. Bei einer guten Prognose sei er danach in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit drei bis unter sechs Stunden auszuführen. Dr. med. I. _____ vertrat in seiner Stellungnahme vom 19. April 2006 die Ansicht, die im Entlassungsbericht der H. _____ vom 7. April 2006 gemachte sozialmedizinische Aussage stehe nach zweieinhalb Jahren Arbeitsunfähigkeit und "Herausnahme aus dem Arbeitsprozess" auf sehr wackligen Füßen und sei eher "einem Traum" zuzuordnen. Die Aussagen im Bericht dieser Klinik stünden im Kontrast zu denen von Dr. med. E. _____, der eine depressive Situation ausschliesse und aus diesem Grund aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit annehme. Dies widerspreche sowohl der H. _____ als auch früheren stationären Massnahmen. Auch ein Widerspruch bestehe darin, dass - obwohl laut Dr. med. E. _____ keine depressiven Episoden bestünden - die antidepressive Therapie weitergeführt werden sollte. Weitere Ausführungen von Dr. med. E. _____ hinsichtlich einer Psychotherapie resp. beruflicher Massnahmen seien konträr zu vorausgegangenen Ausführungen. Weiter werde auch nicht darauf eingegangen, inwieweit Aggravation und Simulation bestehe.

E. 3.3

In somatischer Hinsicht ist vorab festzustellen, dass das Gutachten von Dr. med. L. _____ vom 19. August 2005 zwar die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien mehrheitlich erfüllt. Dass sich dieser Experte auch hinsichtlich der psychisch-psychiatrischen Seite vernehmen liess, ist unbeachtlich, da sich seine Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausschliesslich auf die Leiden im somatischen Bereich, in welchem Dr. med. L. _____ über die erforderliche Fachkompetenz verfügt, bezog. Dennoch kann die Expertise vorliegend mangels Aktualität nicht als voll beweiskräftige Entscheidungsgrundlage dienen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.7 hiervor), denn seit deren Erstellung bis zum angefochtenen Entscheid vom 7. April 2009 waren bereits über dreieinhalb Jahre vergangen.

E. 3.4.1

In psychischer Hinsicht kann nicht vorbehaltlos auf das Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Januar 2006 (act. 15) abgestellt werden. Im Umstand, dass dieser Facharzt mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einerseits kein psychiatrisches Leiden diagnostiziert und andererseits dafürgehalten hatte, dass die antidepressive Therapie weitergeführt werden sollte, liegt ein gewisser Widerspruch, den auch der Neurologe und Psychiater Dr. med. I. _____ in seiner Stellungnahme vom 19. April 2006 (act. 22 S. 28 f.) in nachvollziehbarer Weise erwähnte. Unter diesen Umständen vermag Dr. med. E. _____ mit den von ihm erhobenen Befunden (schlafen können, Kaffeebesuche, etc.) nicht rechtsgenügend darzulegen, dass beim Beschwerdeführer keine depressive Störung mit allfälliger Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorhanden gewesen war. Auch können die Fragen, ob, und wenn ja, inwiefern psychosoziale und soziokulturelle Faktoren beim Beschwerdeführer allenfalls einen

verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten resp. seine Folgen verschlimmern (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2), aufgrund dieser Expertise nicht rechtsgenügend beantwortet werden.

E. 3.4.2

Weiter fällt auf, dass sich Dr. med. E. _____ im Rahmen der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Beurteilungen nur mit derjenigen von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, in dessen Bericht vom 8. Dezember 2003 (act. 7 S. 1 ff) auseinandergesetzt hatte. Eine vertiefte Auseinandersetzung fehlt hingegen mit der im Bericht der M. _____ vom 12. Januar 2004 (act. 22 S. 6 ff.) diagnostizierten reaktiven depressiven Entwicklung (depressive Verarbeitung organischer Schmerzen; ICD-10: F32.9) und der attestierten Arbeitsunfähigkeit. Dass es sich bei diesem Krankenhaus um eine Fachklinik für Internistische und Orthopädische Rehabilitation und nicht eine solche für Psychiatrie resp. psychiatrische Rehabilitation handelt, ist unter diesen Umständen von untergeordneter Bedeutung, zumal der Beschwerdeführer im Rahmen des vom 18. Dezember 2003 bis 8. Januar 2004 stattgefundenen stationären Aufenthalts von einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie konsiliarisch untersucht worden war. Der Bericht der M. _____ kann jedoch vorab deshalb nicht als rechtsgenügende Entscheidungsbasis dienen, weil die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Blick auf die Diagnosestellung in psychisch-psychiatrischer Hinsicht nicht voll überzeugen kann.

E. 3.4.3

Dr. med. E. _____ setzte sich weiter auch mit dem Bericht vom 22. Juli 2004 des N. _____ bzw. den darin gestellten Diagnosen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.4] und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [ICD-10: F33.1]) nicht rechtsgenügend auseinander. Dafür hätte angesichts des Umstandes, dass auf diesen Bericht schon wegen Fehlens schlüssiger und überzeugender Angaben hinsichtlich der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht vorbehaltlos abgestellt werden kann, Anlass bestanden. Dies gilt auch bezüglich des Berichts der O. _____ vom 13. Oktober 2005 (act. 22 S. 18 ff.) betreffend den vom 20. bis 29. September 2005 dauernden stationären Aufenthalt.

E. 3.4.4

Kurz nach der Untersuchung bei Dr. med. E. _____ (13. Januar 2006) wurde der Beschwerdeführer vom 8. März bis 5. April 2006 stationär in der H. _____ behandelt; der entsprechende Austrittsbericht datiert vom 7. April 2006. Darin wurden unter anderem erneut die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die H. _____ ging zweifelsfrei (act. 22 S. 26) von dem in der praktischen medizinischen Behandlung massgebenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell aus. Da dieses Modell weiter gefasst ist als der für die invaliditätsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung, und weil bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten ist, wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteile 9C_225/2009 des BGE vom 6. Juli 2009 E. 3.3 und I 704/03 des EVG vom 28. Dezember 2004 E. 4.1), kann dem Bericht der H. _____ ebenfalls keine (volle) Beweiskraft zukommen. Hinzu kommt, dass die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugend und schlüssig begründet wurde; immerhin besserten sich das psychische

Befinden des Beschwerdeführers und die depressive Gesamtsymptomatik. Unter diesen Umständen relativiert sich die von Dr. med. I. _____ in seiner Stellungnahme vom 19. April 2006 geäußerte Kritik. Trotzdem vermag die von Dr. med. E. _____ vertretene Auffassung auch mit Blick auf die weiteren, früher stattgefundenen stationären Massnahmen nicht restlos zu überzeugen.

E. 3.4.5

Ergänzend ist festzuhalten, dass in psychischer Hinsicht bereits im Bericht der J. _____ vom 20. August 2002 die Rede war von einer anteiligen somatoformen Schmerzstörung bei beginnender hypochondrisch-depressiver Entwicklung (act. 7 S. 19 ff.). Am 25. November 2003 berichtete Dr. med. P. _____, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie, dass beim Versicherten ein ausgeprägtes chronisches Schmerzsyndrom, welches in den bisher durchgeführten bildgebenden Verfahren kein Korrelat gefunden habe, sowie eine schwere depressive Entwicklung bestehe (act. 7 S. 3 ff.). Obwohl Dr. med. P. _____ nicht über die entsprechende Fachkompetenz in den medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, liefern seine Ausführungen doch auch Hinweise auf ein bereits seit 2003 bestehendes depressives Geschehen. Auch Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, stellte im Bericht vom 8. Dezember 2003 eine - allerdings ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - hypochondrische depressive Entwicklung seit gut einem Jahr fest (act. 7 S. 1 ff). Ebenfalls erwähnte der Internist Dr. med. Q. _____ im Bericht vom 18. Dezember 2003 eine Depression (act. 9). Unter diesen Umständen resp. vor dem Hintergrund des gesamten Krankheitsverlaufs besteht durchaus die Möglichkeit, dass - wie in der Stellungnahme der G. _____ vom 25. Februar 2009 (act. 48) erwähnt - vom Vorliegen einer parallel zur somatoformen Schmerzstörung ablaufenden rezidivierenden depressiven Erkrankung auszugehen sein könnte. Die Frage, ob aufgrund des Krankheitsverlaufs von einer "rezidivierenden depressiven Störung, Teilremission" hätte gesprochen werden müssen, haben weitergehende medizinische Abklärungen zu klären, da auch den Berichten der M. _____ vom 12. Januar 2004, des N. _____ vom 22. Juli 2004, der O. _____ vom 13. Oktober 2005 sowie der H. _____ vom 7. April 2006 keine (volle) Beweiskraft zukommt. Unter diesen Umständen kann auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass mit der Diagnose einer depressiven Störung bereits im Jahre 2006 im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung die Komorbidität gegeben resp. die "Förster-Kriterien" erfüllt gewesen waren. Dasselbe gilt auch für die darauffolgende Zeit, denn nach der Erstellung des Berichts der H. _____ vom 7. April 2006 bis zum Bericht des K. _____, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. November 2007 (act. 27 S. 16 bis 19; vgl. E. 3.6.1 hiernach), sind - ausser demjenigen von Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 19. April 2006 (act. 22 S. 28 bis 29) - keine weiteren, den somatischen und/oder psychischen Gesundheitszustand beschreibenden medizinischen Dokumente aktenkundig. Immerhin lässt die Diagnosestellung in den Berichten der M. _____ sowie des N. _____ und der O. _____ den Schluss zu, dass sich das depressive Geschehen über einen längeren Zeitraum hin entwickelt haben könnte. Während im Bericht der M. _____ vom 12. Januar 2004 noch eine reaktive depressive Entwicklung erwähnt und dafür den ICD-Code F32.9 verwendet wurde, war in den Berichten der N. _____ und O. _____ vom 22. Juli 2004 und 13. Oktober 2005 bereits die Rede von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1). Der Umstand, dass sowohl die M. _____ als auch das N. _____ und die O. _____ in ihren Berichten Diagnosen im psychiatrischen Bereich gestellt hatten, lässt jedoch - entgegen der Auffassung des

Beschwerdeführers - nicht ohne Weiteres den Schluss zu, dass Dr. med. E. _____ ein "schwerwiegender Diagnosefehler" unterlaufen war.

E. 3.5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass den Expertisen der Dres. med. L. _____ und E. _____ vom 19. August 2005 und vom 17. Januar 2006 sowie dem Austrittsbericht der H. _____ vom 7. April 2006 und den weiteren, vorstehend erwähnten und gewürdigten Berichten von Kliniken aus Deutschland keine (volle) Beweiskraft zukommen kann und gestützt auf diese medizinischen Dokumente nicht widerspruchsfrei und rechtsgenügend beurteilt werden kann, ob ein Rentenanspruch besteht, und wenn ja, in welchem Ausmass und ab wann. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die ärztlichen Dokumente, die nach dem 7. April 2006 verfasst wurden, an diesem Ergebnis etwas zu ändern vermögen resp. ob, und wenn ja, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit Frühling 2006 entwickelt hat.

E. 3.6.1

Nach Erlass des Einspracheentscheids vom 29. Oktober 2007 erhielt die IVSTA im Rahmen des mit Eingabe vom 29. November 2007 beim Bundesverwaltungsgericht anhängig gemachten und mit Entscheid vom 26. Februar 2008 erledigten (act. 32)

Beschwerdeverfahrens Kenntnis vom Umstand, dass sich der Beschwerdeführer nach dem Suizid seiner Tochter im Juli vom 23. August bis 6. November 2007 erneut in stationärer Behandlung im K. _____ befand (act. 27). Im entsprechenden Austrittsbericht vom 6. November 2007 wurde eine schwere depressive Episode (bei rezidivierender Störung; ICD-10: F33.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Trauerreaktion bei einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) diagnostiziert. Weiter wurde berichtet, dass die bisherigen Medikamente höher dosiert worden seien, was zusammen mit der psycho- und soziotherapeutischen Behandlung zur einer mässigen Verbesserung der depressiven Symptomatik geführt habe. Im Verlauf der Behandlung hätten sich "Antriebsminderung, Niedergestimmtheit und Hoffnungslosigkeit" insgesamt rückläufig gezeigt. Allerdings divergierten die ärztliche Beurteilung und die subjektive Einschätzung des Versicherten erheblich.

E. 3.6.2

Im Anschluss an das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. Februar 2008 (act. 32) verlangte die IV-Stelle BS bei der G. _____ einen Bericht (act. 33) und beauftragte Dr. med. E. _____ mit einer weiteren medizinischen Abklärung (act. 34, 35 und 37). Dem Bericht der G. _____ vom 20. Mai 2008 betreffend die vom 7. Januar bis 8. Mai 2008 stattgefundenen teilstationäre Behandlung ist zu entnehmen, dass aufgrund der Anamnese und des klinischen Befundes von einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), ausgegangen werde. Weiter leide der Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). An körperlichen Erkrankungen beständen eine Cervicobrachialgie und eine chronische Lumboischialgie. Im Vordergrund der psychotherapeutischen Gespräche habe die Klärung der die Depression aufrechterhaltenden Belastungsfaktoren gestanden. Hierbei sei deutlich geworden, dass sich die familiären Konflikte mit den traumatischen Erfahrungen kumulieren würden. Die zunächst beklagten Erinnerungen an das Erdbeben 1999 seien im Laufe der Behandlung durch die Schwerpunktbildung auf den Suizid der

Tochter völlig in den Hintergrund getreten. Vor dem Hintergrund der Überforderung am früheren Arbeitsplatz, der in der Folge eingetretenen depressiven Entwicklung und körperlich begründbaren Schmerzen, der Traumatisierung durch den Suizid sowie der schweren psychosozialen Konflikte sei die Lebenssituation des Versicherten objektiv schwer zu ändern. Insgesamt habe sich im Laufe der Behandlung trotz persistierender Schmerzsymptomatik eine anhaltende leichte affektive Stabilisierung und Entlastung im häuslichen Setting ergeben. In seinem Verlaufsgutachten vom 22. September 2008 (act. 37 S. 1 bis 10) diagnostizierte Dr. med. E. _____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Weiter berichtet der Experte, der psychische Gesundheitszustand habe sich seit der letzten psychiatrischen Untersuchung im Jahre 2006 verschlechtert. Massgeblicher Grund dafür sei der Suizid seiner Tochter im Juli 2007. Nach dem Tod der Tochter und den Trauerfeierlichkeiten sei der Versicherte in eine schwere depressive Krise geraten und habe während Monaten stationär psychiatrisch behandelt werden müssen. Im Anschluss daran habe er noch während sechs Monaten eine psychiatrische Tagesklinik besucht. Er sei nach wie vor depressiv. Es könne aber keine schwere depressive Störung mehr diagnostiziert werden. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor. Das Erdbeben, das er 1999 erlebt habe, und die dabei aufgetretenen Begleitumstände genügten nicht, um als Auslöser für eine solche Störung in Betracht zu kommen. Es könne ihm aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der beklagten Beschwerden die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um ab Juni 2008 halbtags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können; dies gelte sowohl für die bisherige als auch für eine andere, den Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Verweisungstätigkeit. Von Juli 2007 bis Mai 2008 könne aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung werde sich durch eine psychiatrische Therapie kaum beeinflussen lassen. Der Versicherte sei intensiv stationär und teilstationär psychiatrisch behandelt worden, ohne dass sich dadurch das subjektive Krankheitserleben wesentlich verbessert hätte. Es sei also nicht zu erwarten, dass durch irgendwelche therapeutischen Massnahmen die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessert werden könne.

E. 3.6.3

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erhielt die IV-Stelle BS am 3. Februar 2009 Kenntnis des von Dr. med. R. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, erstellten ärztlichen Attests vom 27. Januar 2009 (act. 43). Darin wurde erwähnt, trotz intensiver medikamentöser und physikalischer Therapie sowie orthopädischer/neuropsychiatrischer ambulanter Betreuung und wiederholten stationären Massnahmen in der Neuropsychiatrie habe bisher keinerlei Linderung der Schmerzsymptomatik erreicht werden können. Es sei mit einer Arbeitsunfähigkeit auf Dauer zu rechnen.

E. 3.6.4

Weiter gelangte die IV-Stelle BS am 10. März 2009 in den Besitz der zum Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 22. September 2008 abgegebenen Stellungnahme der G. _____ vom 25. Februar 2009 (act. 48). Darin wurden dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 20. Mai 2008 gestellt und ausgeführt, seit 2002 sei eine schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Im "Entlassbrief" der M. _____ vom 12. Januar 2004 werde eine depressive Episode als Folgeerkrankung attestiert, sodass aufgrund der psychiatrischen Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Auch in später

folgenden Klinikaufhalten werde regelmässig eine depressive Erkrankung im Rahmen einer rezidivierenden Störung beschrieben. Das erste Gutachten vom 19. August 2005 von Dr. med. L._____ habe bereits eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) aus psychischen Gründen attestiert. Vor dem Hintergrund des gesamten Krankheitsverlaufs ab 2004 müsse klar von einer parallel zur somatoformen Schmerzstörung ablaufenden rezidivierenden depressiven Erkrankung ausgegangen werden. Dennoch sei Dr. med. E._____ in seinem ersten Gutachten zur Einschätzung gelangt, dass keine Depression vorgelegen habe. Aus psychiatrischer Sicht sei seine Einordnung des Krankheitsbildes unpräzise bzw. unzutreffend, da aufgrund des bis zum damaligen Zeitpunkt bestehenden Krankheitsverlaufs bereits präziserweise von einer rezidivierenden depressiven Störung, Teilremission, hätte gesprochen werden müssen. Nach dem Suizid der Tochter im Juli 2007 habe der Versicherte erneut ein schweres depressives Syndrom entwickelt, sodass zu den Depressionen eine posttraumatische Belastungsstörung habe diagnostiziert werden müssen. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass es sich um eine komplexe psychische Erkrankung handle, die sich mit den Diagnosen Depression, Traumastörung sowie somatoforme Schmerzstörung umschreiben lasse. Trotz der langjährigen Behandlungsgeschichte seien die Symptome so ausgeprägt, dass bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2003 bestehe. Zu keiner Zeit seien Aggravationstendenzen ersichtlich gewesen.

E. 3.6.5

Während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens gingen beim Bundesverwaltungsgericht am 18. Dezember 2009 die verlangten Unterlagen (Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 23. Oktober 2009, Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie, vom RAD vom 17. November 2009; B-act. 21) ein. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. Oktober 2009 führte Dr. med. E._____ aus, die Schilderungen des Ablaufs des Alltags hätten darauf schliessen lassen, dass der Versicherte nicht an einer psychiatrischen Störung leide, die ihn in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würde. Daher sei bei der ersten psychiatrischen Untersuchung nur die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden. Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen dieser Störung gesehen worden. Bei der zweiten Untersuchung sei der Versicherte depressiv gewesen. Es seien die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden. Es bestünden keine Hinweise darauf, dass der Versicherte vor Januar 2006 während längerer Zeit an einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung gelitten hätte, die seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätte. Die leichten, zum Teil auch mittelschweren depressiven Verstimmungen seien bis Januar 2006 im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einzuordnen; diese hätten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet. Im zweiten Gutachten habe er dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Juli 2007 bis Mai 2008 attestiert. Anlässlich der Untersuchung vom 19. September 2008 hätten weder Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine schwere depressive Störung gefunden werden können; daher sei dem Versicherten ab Juni 2008 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Am 17. November 2009 berichtete der RAD-Arzt Dr. med. F._____, Dr. med. E._____ lege dar, dass zwischen 2006 (nicht depressiv) und 2008 (depressiv) die anhaltende depressive Störung ihren Beginn genommen habe. Die zuvor erwähnten reaktiven depressiven Anpassungsstörungen erfüllten das Kriterium eines erheblichen dauerhaften

Gesundheitsschadens nicht. Dr. med. E._____ habe in seiner Rückantwort vom Oktober 2009 zu jedem einzelnen erwähnten Bericht Stellung genommen und dargelegt, dass eine vorübergehende depressive Anpassungsreaktion oder depressive Störung durch den Klinikaufenthalt bessere, was auch der Zweck einer stationären psychiatrischen Behandlung sein sollte. Das zweite Gutachten von Dr. med. E._____ und dessen Rückantwort stelle eine plausible Grundlage für den Entscheid dar. Er fände keine Hinweise, dass die Gutachten Diagnosefehler aufweisen würden. Die Verschlechterung sei zwischen 2006 und 2008 aufgetreten. Im Jahre 2006 habe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Komorbidität vorgelegen. Die Einschätzung, dass damit keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit habe begründet werden können, sei plausibel. 2008 sei eine komorbid rezidivierende depressive Störung manifest geworden, die die Willensanpassung zur Überwindung der Schmerzsymptome teilweise beeinträchtigt habe. Als Zeitpunkt der Verschlechterung müsse ein Zeitpunkt zwischen 2006 und 2008 angenommen werden. Für die Zeit von Juli 2007 bis Mai 2008 werde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, die Verschlechterung sei gemäss Gutachten im Juli 2007 eingetreten.

E. 3.7.1

Die Ausführungen im Austrittsbericht des K._____ vom 6. November 2007 zum Verlauf resp. zur Beurteilung vermögen die Einschätzung von Dr. med. E._____, wonach beim Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bloss eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorlägen, in Zweifel zu ziehen. Denn mit Blick auf den Austrittsbericht sind die Schilderungen hinsichtlich des Vorliegens einer schweren depressiven Episode nicht als völlig unbegründet von der Hand zu weisen. Auch erscheinen die Gründe für die diagnostizierte Trauerreaktion bei Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) durchaus plausibel. Aufgrund der Verhaltensweise des Beschwerdeführers anlässlich der zweiten Begutachtung (in sich gekehrt, meistens zu Boden blickend, mit monotoner Stimme sprechend, etc.) kann jedoch entgegen seiner Auffassung nicht ohne Weiteres auf das Vorliegen einer schweren depressiven Störung geschlossen werden. Die endgültige Klärung dieser Fragen hat im Rahmen weitergehender medizinischer Abklärungen zu erfolgen.

E. 3.7.2

Die Diagnosestellung im Bericht der G._____ vom 20. Mai 2008 (act. 33) wie auch in demjenigen vom 25. Februar 2009 (act. 48) wich von derjenigen im Austrittsbericht des K._____ vom 6. November 2007 insofern ab, als - statt einer Trauerreaktion bei Anpassungsstörung - eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert wurde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Diagnosen sowie des Umstandes, dass Dr. med. E._____ überhaupt keine derartigen Störungen diagnostizierte, sind ebenfalls weitere klärende medizinische Abklärungen erforderlich. Auch ist nicht klar, ob die von Dr. med. L._____ in dessen Expertise vom 19. August 2005 - in Übereinstimmung mit der G._____ - erwähnte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) tatsächlich bereits ab 1999 vorgelegen hatte. Hinweise resp. eine Erklärung dafür, dass dem nicht so gewesen war, lieferte Dr. med. E._____, dessen Auffassung insofern durch den Umstand gestützt wird, dass die Erinnerungen des Beschwerdeführers an das Erdbeben im Laufe der Behandlung in der G._____ (7. Januar bis 8. Mai 2008; act. 33 S. 5) durch die Schwerpunktbildung auf den Suizid der Tochter völlig in den Hintergrund getreten waren (act. 48 S. 3).

E. 3.7.3

Die Beurteilungen der G._____ und Dr. med. E._____ widersprechen sich insofern nicht, als dass nach dem Suizid der Tochter im Juli 2007 übereinstimmend von einem schweren depressiven Geschehen ausgegangen wurde. Während die G._____ jedoch weiterhin von einer schweren Episode der rezidivierenden depressiven Störung ausgeht, stellt sich Dr. med. E._____ im September 2008 auf den Standpunkt, dass keine schwere depressive Störung mehr vorliege. Zwar führte er in seiner zweiten Expertise die Gründe für seine Einschätzung auf. Jedoch setzte er sich mit der abweichenden Auffassung der G._____ nicht rechtsgenügend auseinander. Analog den Ausführungen im Austrittsbericht des K._____ vom 6. November 2007 sind die von der G._____ gemachten Darlegungen zum Vorliegen einer schweren depressiven Episode nicht von vornherein unbegründet. Mit Blick auf die vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen Berichte der G._____ und denjenigen vom 26. März 2010 (B-act. 27) - welcher ebenfalls zu berücksichtigen ist, da er rückwirkend Bezug auf den bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügungen vorliegenden Gesundheitszustand nimmt, mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang steht und geeignet ist, die Beurteilung zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b) - sowie die weiteren ärztlichen Dokumente aus Deutschland besteht durchaus die Möglichkeit, dass die von Dr. med. E._____ in der ergänzenden Stellungnahme vom 23. Oktober 2009 erwähnten, gelegentlich auftretenden leichten depressiven Verstimmungen nicht bloss im Rahmen der von ihm ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu berücksichtigen gewesen wären bzw. sind. Ein gewisser Widerspruch besteht schliesslich auch darin, dass Dr. med. E._____ im zweiten Gutachten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende und somit wiederkehrende depressive Störung diagnostiziert hatte, obwohl er im ersten Gutachten das Vorliegen einer solchen depressiven Störung in Abrede gestellt hatte.

E. 3.7.4

Auch die im Rahmen der zweiten Expertise vom 22. September 2008 von Dr. med. E._____ gemachten Ausführungen zu früheren ärztlichen Stellungnahmen vermögen nicht zu überzeugen. So fehlt seiner Beurteilung - wie bereits anlässlich des ersten Gutachtens - eine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den zahlreichen medizinischen Akten deutscher Fachkliniken. Der Umstand, dass er die Beurteilungen von Dr. med. I._____, des N._____ und der K._____ zusammengefasst wiedergibt und anschliessend im Wesentlichen seinen früheren Standpunkt darlegt, vermag daran nichts zu ändern. Somit kann die Frage, ob bereits früher von einer rezidivierenden depressiven Erkrankung auszugehen ist, auch aufgrund des Gutachtens vom 22. September 2008 noch immer nicht schlüssig und überzeugend beantwortet werden.

E. 3.7.5

Hinsichtlich der von Dr. med. E._____ sowohl im ersten als auch im zweiten Gutachten erwähnten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist auf Folgendes hinzuweisen: Während diese Diagnose in der ersten Expertise noch als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert wurde, wurden ihr anlässlich des zweiten Gutachtens Auswirkungen bescheinigt. Insbesondere mit Blick auf den Umstand, dass die von Dr. med. E._____ beschriebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf die durch den Suizid der Tochter verursachte schwere depressive Krise zurückzuführen und somit eine psychische Komorbidität gegeben war, lässt sich diese Auffassung nachvollziehen. Nach

wie vor ist jedoch nicht überzeugend und schlüssig geklärt, ob beim Beschwerdeführer eine invalidisierende psychosoziale Komponente vorliegt und wie schwer, ab wann und für wie lange und mit welcher Intensität sich die psychische Komorbidität präsentiert.

E. 3.7.6

Betreffend die von Dr. med. E. _____ im zweiten Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Zeit zwischen Juli 2007 und Mai 2008 ergibt sich mit Blick auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F. _____ vom 17. November 2009 insofern ein Widerspruch, als dieser Facharzt einerseits dafür hielt, dass die Verschlechterung zwischen 2006 und 2008 aufgetreten ist und andererseits, dass sich im Juli 2007 der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Die Frage, wann genau die Verschlechterung eingetreten war und in welchem Ausmass ist damit ebenfalls nicht klar beantwortet.

E. 3.7.7

Auf das von Dr. med. R. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, am 27. Januar 2009 (act. 43) erstellte ärztliche Attest kann einerseits nicht abgestellt werden, da die Beurteilung zu einem grossen Teil auf den Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers beruht und andererseits die attestierte dauernde Arbeitsunfähigkeit vorwiegend auf psychisch-psychiatrischen Diagnosen beruhte. Solche Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind aber - um den Anforderungen der Rechtsprechung zu genügen (vgl. E. 2.7 hiervor) - nicht von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, sondern von Fachärztinnen oder -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu stellen. Betreffend die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach die beiden Untersuchungen bei Dr. med. E. _____ nur wenige Minuten gedauert hätten und auch aus diesem Grund nicht verwertbar sei, ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Ulrich Meyer-Blaser, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, 1997, S. 23 f.; Urteile des BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 und I 719/05 vom 17. November 2006). Konkrete Hinweise, die unter diesem Aspekt gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen des Dr. med. E. _____ sprechen, wurden vom Beschwerdeführer nicht namhaft gemacht. Dieser beschränkte sich vielmehr auf die pauschale Behauptung, die erste Untersuchung habe bloss fünf Minuten und die zweite nur unwesentlich länger gedauert, und unterliess es aufzuzeigen, inwiefern sich diese angeblich kurze Untersuchungsdauer konkret negativ in der Qualität und der Aussagekraft des Gutachtens niedergeschlagen haben soll.

E. 4.1

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen hat die Vorinstanz ergänzende medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten. Nach ständiger Rechtsprechung ist in aller Regel zur Abklärung der invalidisierenden Wirkung - insbesondere der hier im Raum stehenden psychischen Problematik bzw. Komorbidität (medikamentös behandelte Depressivität) - eine weitere fachärztliche psychiatrische Expertisierung angezeigt (vgl. hierzu BGE 130 V 352 E. 2.2), wobei als Anforderungsprofil für die Fachdisziplin Psychiatrie die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen als Standard heranzuziehen (vgl. Urteil des BGer I 142/07 vom 20. November 2007, E. 3.2.4 mit Hinweisen) und bei Bedarf entsprechende Tests

durchzuführen sind.

E. 4.2

Nach dem Dargelegten beruhen die angefochtenen Verfügungen vom 7. April 2009 in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig bzw. unkorrekt ermittelten Sachverhalt (vgl. Art. 49 Bst. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb im vorliegenden Verfahren nicht beurteilt werden kann, ab wann und in welchem Ausmass der Rentenanspruch des Versicherten besteht. Aus diesem Grund hat die Vorinstanz ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen und den Beschwerdeführer ärztlich begutachten zu lassen. Die Beantwortung der ungeklärten Fragen resp. die Klärung der Widersprüche hat durch Experten oder Expertinnen auf den Fachgebieten der Orthopädie/Inneren Medizin und Psychiatrie/Psycho-therapie/Neurologie zu erfolgen. Mit Blick auf die somatischen Leiden und die vorhandenen psychisch-psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigungen haben die ergänzenden medizinischen Abklärungen interdisziplinär zu erfolgen (betreffend interdisziplinärer Begutachtung beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beschwerden vgl. Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Mit Blick auf die gesamten Umstände hat die entsprechende Begutachtung vorzugsweise in der Schweiz in einer geeigneten Institution stattzufinden.

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 7. April 2009 aufzuheben sind und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, ergänzende spezialärztliche Begutachtungen durchführen zu lassen und anschliessend in der Sache neu zu verfügen.

E. 6

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen; diesem wurde der Verfahrenskostenvorschuss bereits zurückerstattet (B-act. G.). Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Advokat Ehrler macht in seiner Honorarnote vom 31. März 2010 ein Honorar von Fr. 4'792.50 und Auslagen in der Höhe von Fr. 115.60 sowie Fr. 373.-- Mehrwertsteuer geltend. Unter Berücksichtigung des gebotenen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens gibt die Kostennote nur insofern zu Bemerkungen Anlass, als dass keine Mehrwertsteuer zu vergüten ist (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. c in Verbindung mit Art. 10 VGKE, Art. 1 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 8 des Mehrwertsteuergesetzes vom 2. September 1999 [MWSTG, SR 641.20]). Die Parteientschädigung ist somit auf Fr. 4'908.10 festzusetzen.

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