

BVGer C-3667/2021 vom 9. Juni 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3667_2021_d20210609

FR: TAF C-3667/2021 du 9 juin 2021

IT: TAF C-3667/2021 del 9 giugno 2021

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Verfügung vom 9. Juni 2021)

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und auf die Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.1

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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1; zu verfahrensrechtlichen Neuerungen vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.2, zu den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.2

Zu prüfen ist im Folgenden die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin.

E. 1.2.1

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung und Änderung hat (Art. 48 Abs. 1 VwVG, vgl. auch Art. 59 ATSG). Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Indem die

C-3667/2021 Seite 7 Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung für die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge prinzipiell bindend ist, ist sie geeignet, die Leistungspflicht des BVG-Versicherers in grundsätzlicher, zeitlicher und masslicher Hinsicht im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG (unmittelbar) zu berühren. Die Organe der beruflichen Vorsorge sind daher gemäss höchst-richterlicher Rechtsprechung zur Einsprache gegen die Verfügung (bzw. seit Wiedereinführung des Vorbescheidverfahrens per 1. Januar 2006 [vgl. BBI 2005 3084 f.] zur Einwanderhebung gegen den Vorbescheid) und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid (bzw. seit 1. Januar 2006 gegen die Verfügung) der IV-Stelle über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt (vgl. BGE 132 V 1 E. 3.3.1, 132 V 74 E. 3.2.2; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 49 Rz. 80 ff., 87 und 102 f.). In formeller Hinsicht ist für die Bindungswirkung der von der Vorinstanz erlassenen Verfügung bzw. der darin

enthaltenen Feststellungen vorausgesetzt, dass die Vorsorgeeinrichtung spätestens im Vorbescheidverfahren in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde (vgl. Urteile des BGer I 416/06 vom 3. Januar 2007 E. 3.1 m.H.; 9C_333/2019 vom 24. September 2019 E. 4.1). Zudem muss ihr die Verfügung (rechtmässig) eröffnet worden sein (vgl. Art. 49 Abs. 4 ATSG).

E. 1.2.2

Die Vorinstanz hat den Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität des Beschwerdegegners geführt hat (vgl. Art. 23 Bst. a BVG [SR831.40]), auf März 2016 festgelegt, mithin auf einen Zeitpunkt, in dem der Beschwerdegegner bei der Beschwerdeführerin versichert war (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 29. März 2016, wonach der Beschwerdegegner sich in noch ungekündigtem Arbeitsverhältnis befand, IVSTA-act. 14, S. 2, Ziff. 2.1; vgl. auch E-Mail des Beschwerdegegners an den Geschäftsführer seiner Arbeitgeberin vom 16. Juni 2016 mit der Ankündigung, seine Kündigung per 31. Dezember 2015 [recte: 2016] einzureichen, IVSTA-act. 73, S. 5). Der Beschwerdeführerin wurden die Vorbescheide vom 1. Mai 2020 und 6. April 2021 zugestellt, womit sie rechtzeitig in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren miteinbezogen wurde. Schliesslich wurden ihr auch die Verfügungen vom 9. Juni 2021 eröffnet. Nach dem Gesagten besteht somit für die Beschwerdeführerin eine grundsätzliche Bindungswirkung an die Ergebnisse der invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung gemäss Verfügungen vom 9. Juni 2021. Folglich ist sie durch diese Verfügungen besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist.

C-3667/2021 Seite 8

E. 1.3

Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die Verfügungen vom 9. Juni 2021, mit welchen die Vorinstanz dem Beschwerdegegner im Rahmen einer Erstanmeldung eine ganze Rente ab 1. März 2017 zugesprochen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Rentenzusprache.

E. 3

November 2021 datieren, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen. Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

E. 3.1

Der Beschwerdegegner ist Schweizer Staatsbürger und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Aufgrund seines Wohnsitzes in Italien besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR

0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 3.2

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).

C-3667/2021 Seite 9

E. 3.2.11

und S. 27 Ziff. 7.2), nicht diskutiert. Dieser Umstand könnte auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdegegners hindeuten. Wie bereits im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. Juni 2019 erwähnt, hatte der Beschwerdegegner anlässlich der letzten Konsultation im Ambulatorium S._____, Psychiatrie T._____, am 12. April 2018 angegeben, dass es ihm in Italien besser gehe bzw. er sich stimmungsmässig

C-3667/2021 Seite 23 aufgeheitert fühle. Es bestünden jedoch weiterhin Leistungsdruck, Grübel-tendenzen und Frustrationen. Er werde die weitere psychologische Behandlung in Italien fortführen (vgl. Bericht vom 12. Juli 2018, IVSTA-act. 101, S. 2). Entgegen seiner Ankündigung begab sich der Beschwerdegegner in Italien jedoch nicht in psychiatrische/psychologische Behandlung. Erst am 10. September 2019, d.h. kurz vor der Begutachtung durch die E.____AG am 28. November 2019 (Neuropsychologie am 11. Dezember 2019) nahm er einen (einmaligen) Untersuchungstermin bei der psychiatrischen Fachärztin Dr. F._____ wahr. Diese konnte trotz fehlender psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung während der letzten rund eineinhalb Jahre beim Beschwerdegegner keine erheblichen Psychopathologien feststellen. Ein weiterer Hinweis für eine Verbesserung ergibt sich aus dem pneumologischen Teilgutachten der E.____AG, worin festgehalten wurde, dass sich die Tageschläfrigkeit des Beschwerdegegners, welche gemäss pneumologischem Gutachter wahrscheinlicher psychosozial als somatisch verursacht sei (vgl. IVSTA-act. 167, S. 37), im Vergleich zu 2017 signifikant gebessert habe und auch keine OSA-typischen Beschwerden vorlägen (vgl. IVSTA-act. 167, S. 35). Während der psychiatrische Gutachter der E.____AG anlässlich der Begutachtung am 28. November 2019 beim Beschwerdegegner befundmässig eine starke Antriebseinschränkung erhob, konnte die neuropsychologische Gutachterin der E.____AG am 11. Dezember 2019 in der Exploration und Verhaltensbeobachtung (vgl. IVSTA-act. 167, S. 48) sowie gestützt auf Angaben des Beschwerdegegners in einem Fragebogen (vgl. IVSTA-act. 167, S. 50 Ergebnis Fragebogens "FEDA") nur leichte

Schwierigkeiten im An-trieb erheben. Dieses im Vergleich zum psychiatrischen Befund abwei- chende Ergebnis wurde fachärztlich nicht gewürdigt. Nach dem Gesagten erscheint aufgrund der fehlenden Ausführungen und Würdigungen des psychiatrischen Gutachters sowie den erwähnten Hinweisen für eine Ver- besserung des Gesundheitszustands die Frage nach dem Schweregrad der depressiven Störung, insbesondere in der Zeit seit dem Wegzug des Beschwerdegegners nach Italien bis zum Erlass der vorliegend angefoch- tenen Verfügungen, völlig offen. Eine gutachterliche Auseinandersetzung fehlt auch dazu, dass der bei der Untersuchung als verlangsam- t, lethar- gisch und übermüdet wirkend beschriebene Beschwerdeführer – der Ver- sicherte sei nur teilweise wach – bei eingeschränkt beschriebener Konzent- ration und Aufmerksamkeit, welche «im Laufe der Zeit rasch abnahmen», «aber auch am Schluss der Untersuchung die Fragen noch adäquat und auch genau beantworten» konnte (vgl. IVSTA-act. 167, S. 21 f.).

C-3667/2021 Seite 24 6.4.2 Da anlässlich der Begutachtung durch die E._____AG keine inter- disziplinäre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Beschwerdegegners erfolgte, konnte auch der Indikator "Komorbidität", wobei im Sinne einer Gesamtbe- trachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende somati- sche Leiden des Beschwerdegegners miteinzubeziehen gewesen wären (vgl. BGE 143 V 418 und Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1, je mit Hin- weis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3), nicht berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass im Rahmen der versicherungsinternen Stellungnahme vom 24. März 2020 die erforderliche Gesamtbetrachtung schon deshalb nicht möglich, weil es am Mitwirken eines pneumologischen Facharztes gefehlt hat. 6.4.3 Im Gutachten der E._____AG finden sich im Weiteren auch keine Aussagen zur Kategorie "Konsistenz" ("gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "behand- lungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck"), obwohl sich vorliegend eine entsprechende Prüfung aufgedrängt hätte. So ergibt sich aus den anlässlich der Begutachtung gemachten Angaben des Beschwerdegegners zu seinem Tagesablauf, dass er in der Lage ist, je- weils am Vormittag, d.h. während mehrerer Stunden, Haus- oder Repara- turarbeiten zu machen. Anschliessend bereite er das Mittagessen zu und lege sich dann für ca. eine Stunde hin. Am Nachmittag mache er nicht mehr viel. Er koche das Abendessen und schaue danach fern, wobei er häufig schon einschlafe. Im Haushalt sei er für das Essen und den Einkauf zu- ständig und erledige die Administration (vgl. IVSTA-act. 167, S. 47 f.). Das Aktivitätsniveau des Beschwerdegegners im Alltag deutet auf noch vorhan- dene Ressourcen hin, was sich nicht ohne Weiteres mit einer Arbeitsunfä- higkeit von 70 % vereinbaren lässt. Bezogen auf den Indikator "behand- lungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" stellt sich aufgrund der seit dem Wegzug des Beschwerdegegners nach Italien fehlenden Inanspruchnahme einer psychiatrischen/psychothera- peutischen Behandlung insbesondere die Frage, ob der tatsächliche Lei- densdruck abgenommen hat. Dem Beschwerdegegner wäre die Aufnahme einer Therapie praktisch gesehen möglich gewesen, zumal, wie er selbst angegeben hat, auch in Italien die Krankenkasse für die Behandlungen aufkommen würde (vgl. IVSTA-act. 167, S. 20 Ziff. 3.2.11, S. 27, Ziff. 7.2 in fine). Es erscheint somit nicht nachvollziehbar, weshalb er sich in Italien trotz angeblich subjektiv anhaltend hohem Leidensdruck nicht in psychiat- rische/psychotherapeutische Behandlung begeben hat.

C-3667/2021 Seite 25 6.5 Zweifel bestehen im Weiteren auch an dem von Dres. K._____ und L._____ festgelegten Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit des

Beschwerdegegners. Gestützt auf den Bericht der Klinik M. _____ vom

E. 3.3

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1; 144 V 427 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.1 und 2.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 mit Hinweis auf BGE 122 V 158 E. 1a und BGE 121 V 210 E. 6c); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273; BGE 117 V 282 E. 4a). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6).

E. 3.4

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Juni 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGER 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGER 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.5

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) 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 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210

C-3667/2021 Seite 10 E. 4.3.1) und die angefochtenen Verfügungen vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, 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). Unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.2; SVR 2007 IV Nr. 38 S. 130; BGE 105 V 156 E. 2). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass die versicherte Person im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die AHV/IV geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist.

C-3667/2021 Seite 11

E. 4.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Die Rente wird vom Beginn des Monats ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 4.4

Bei – wie vorliegend – erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom

E. 4.5

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

E. 4.6

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches

C-3667/2021 Seite 12 Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungs-anamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Betreffend den sozialen Kontext ist festzuhalten, dass soziale Belastungen, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 m.H.).

E. 4.7

Was retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit angeht, so sind diese rechtsprechungsgemäss schwierig und entsprechende Begutachtungen sollten deshalb erhöhten Ansprüchen genügen. Die Gutachterin bzw. der Gutachter hat – soweit nötig – hierbei alle Informationsquellen zu berücksichtigen, die zur Verfügung stehen, wie die Krankengeschichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, ausführliche Patienten-, Fremd- und Sozialanamnesen und die vollständigen Akten der involvierten Sozialversicherer und Behörden (vgl. Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5).

E. 4.8

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1; vgl. auch Art. 69 Abs. 2 IVG). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechts- erheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, sodass gestützt darauf die Verfügung über C-3667/2021 Seite 13 die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 5

Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. Juni 2019, in welchem die bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden relevanten Akten berücksichtigt wurden (vgl. E. 5.2; IVSTA-act. 132, S. 11 ff.), liegen hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners folgende medizinischen Unterlagen vor:

E. 5.1

Gemäss Bericht von Dr. med. F._____, Chefärztin Psychiatrie der lokalen Verwaltungsstelle für das Gesundheitswesen in G._____, vom

E. 5.2

Im Gutachten der E._____AG vom 20. Januar 2020 wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen angegeben (vgl. IVSTA-act. 167, S. 6): "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - möglicher Normaldruckhydrozephalus - eine neurologische Abklärung und ggf. Therapie ist wie unter 4.1. beschrieben indiziert - aktuell ist aufgrund dieser neu gestellten Diagnose keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Formal höchstens mittelschwere obstruktive Schlafapnoe (ED 04/2017, AHI 18/h) - Rückenlage und REM-Schlaf assoziiert, viele Hypopnoen - Bis zum heutigen Tag nicht therapiert - Atypische Beschwerden - Risikofaktoren: Nikotinabusus, Adipositas

C-3667/2021 Seite 14 - Restless Legs Syndrom (RLS) und Periodic Limb Movement Disorder (PLMD) - PLMD-Index 24/h (PSG 23.03.2017) - Nikotinkonsum - Adipositas Grad I - bekannte Divertikulose - Eisenmangelsyndrom - Mittelgradige depressive Episode ICD-10 F 33.1

Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung, verschiedene neuropsychologische Defizite, die durch die aktuelle depressive Episode verursacht sein können, aber auch durch einen Normaldruck-Hydro- cephalus verursacht sein können, ICD-10 F 09".

Die internistische Gutachterin hielt fest, aufgrund der in der Begutachtungssituation erhobenen Befunde und unter Würdigung der vorliegenden ärztlichen Dokumente befindet sich der Beschwerdegegner in einem stabilen Zustand. Nikotinstopp und Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren würden empfohlen. Hinsichtlich des Restless Legs Syndroms werde ein Therapieversuch mit I._____ (J._____) empfohlen. Bezüglich des Eisenmangelsyndroms sei eine Abklärung indiziert. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe beim Beschwerdegegner in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. IVSTA-act. 167, S. 14).

Der pneumologische Gutachter führte aus, beim Beschwerdegegner sei im April 2017 via Polysomnographie eine formal mittelgradige obstruktive Schlafapnoe (OSA) diagnostiziert worden. Eine CPAP-Therapie werde vom Beschwerdegegner bis heute abgelehnt. Therapien mit dem Ziel der Verhinderung einer Rückenlage hätten nichts gebracht. Die Beschwerden im Sinne des Restless Legs Syndroms (RLS) seien rein subjektiv und könnten nicht objektiviert werden. Eindeutig belegt sei die polysomnografisch festgestellte Periodic Limb Movement Disorder (PLMD), welche häufig mit dem RLS koexistiere. Die mittelschwere OSA sowie das RLS/PLMD dürften im klinischen und vor allem versicherungsmedizinischen Gesamtkontext eine untergeordnete Rolle spielen. Die Beschwerden seien jedenfalls nicht OSA-typisch. Die Tagesschläfrigkeit habe sich im Vergleich zu 2017 signifikant gebessert (gemäss Fragebogen Schlafstörungen [Epworth Sleepness Scale, ESS] von 15/24 auf 9/24), und dies obwohl die Schlafapnoe nicht therapiert sei. Die vom Beschwerdegegner vorgebrachten Beschwerden seien mit der diagnostizierten OSA und dem RLS/PLMD nur am Rande kausal verknüpft. Die kognitiven Defizite könnten schlafmedizinisch

C-3667/2021 Seite 15 nicht hinreichend erklärt werden. Zum Teil könnte die residuelle Tagesschläfrigkeit mit der Schlafapnoe zusammenhängen, wahrscheinlicher seien aber psychosomatische Ursachen. Aus pneumologischer Sicht sei der Beschwerdegegner in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, wobei die Arbeitsfähigkeit nie wirklich eingeschränkt gewesen sei (vgl. IV-StA-act. 167, S. 34 ff.).

Der psychiatrische Gutachter gab als Befund an, der Beschwerdegegner habe verlangsamt, lethargisch und übermüdet gewirkt. Mimik und Gestik seien nur schwach ausgeprägt gewesen. Die Konzentration und Aufmerksamkeit seien eingeschränkt gewesen und hätten im Laufe des Gesprächs abgenommen. Die Grundstimmung sei betrübt und der affektive Rapport sei nur wenig herstellbar gewesen. Der Antrieb sei stark eingeschränkt und die Psychomotorik sei nur schwach ausgeprägt gewesen. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass er abweichend vom Bericht von Dr. F. _____ vom 10. September 2019 weiterhin oder erneut die Diagnose einer depressiven Episode mit weiterhin oder erneut mittelgradiger Ausprägung stellen könne, da der Beschwerdegegner alle drei Hauptkriterien gemäss ICD-10 (betrübte Stimmung, eingeschränkter Antrieb sowie Freud- und Interessenlosigkeit) sowie vier der weiteren Kriterien (Konzentrationsstörungen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, eingeschränktes Selbstbewusstsein und psychomotorische Hemmung) erfülle. Aufgrund der beim Beschwerdegegner festgestellten Konzentrationsprobleme seien noch eine neuropsychologische Untersuchung sowie ein Schädel-MRI zur Abklärung, ob die psychischen Symptome zumindest teilweise auf eine organische Erkrankung zurückgeführt werden könnten, durchgeführt worden. Bei der neuropsychologischen Untersuchung seien Hinweise für eine leichte neuropsychologische Störung und anlässlich des Schädel-MRI ein möglicher Normaldruckhydrozephalus festgestellt worden. Da es sich bei letzterer Diagnose um eine neurologische Erkrankung handle, sei auch noch die Durchführung einer neurologischen Begutachtung für sinnvoll erachtet worden. Es sei mit der IVSTA besprochen worden, dass aktuell kein neurologisches Gutachten durchgeführt werde, sondern dass der Normaldruckhydrozephalus erst behandelt werden und dann eine Verlaufsbegutachtung durchgeführt werden solle. Mangels neurologischen Gutachtens könne er nicht beurteilen, welche Anteile der neuropsychologischen Defizite durch die aktuelle mittelgradige depressive Episode verursacht sein könnten. Damit könne er aktuell die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer

Sicht noch nicht beurteilen (vgl. IVSTA-act. 167, S. 23 ff.).

C-3667/2021 Seite 16 Gemäss neuropsychologischem Teilgutachten ergaben sich beim Beschwerdegegner Hinweise auf eine leichte neuropsychologische Störung. Im Vordergrund des kognitiven Störungsbildes zeigten sich Defizite im Aufmerksamkeitsbereich mit einer mittelschweren Verlangsamung, einer reduzierten konzentrativen Belastbarkeit und leicht beeinträchtigten Aufmerksamkeitsteilung sowie im exekutiven Bereich leichte Defizite in der kognitiven Flexibilität und im mnestischen Bereich eine leichte verbale Konsolidierungsstörung (mittelfristige Behaltensleistung und Wiedererkennensleistung). Im Fragebogen zu erlebten Defiziten der Aufmerksamkeit beschreibe der Beschwerdegegner eine leicht erhöhte Ermüdung und Verlangsamung bei praktischen Tätigkeiten und leichte Schwierigkeiten im Antrieb. Ein Ermüdungseffekt sei im Verlauf der Untersuchung objektiv feststellbar. Hinweise für Inkonsistenzen, eine verminderte Anstrengungsbereitschaft oder Aggravationstendenzen hätten sich aufgrund der Beschwerdevalidierung, der Verhaltensbeobachtung und des Testprofils nicht ergeben. Betreffend die Diagnose eines möglichen Normaldruckhydrozephalus werde die Trias Gangstörung, kognitive Verlangsamung/Defizite und Urinproblematik erwartet. Aus neuropsychologischer Sicht seien die kognitiven Defizite mit einem Normaldruckhydrozephalus passend. Das Gangbild müsste neurologisch eingeschätzt werden. In der angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit seien aus neuropsychologischer Sicht aufgrund der Verlangsamung und reduzierten konzentrativen Belastbarkeit leichte bis mittelschwere quantitative Einschränkungen erwartbar (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51 f.).

In der Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der radiologisch neu gestellten Diagnose eines möglichen Normaldruckhydrozephalus und fehlender neurologischer Abklärung aktuell keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich sei. Zur Klärung der Diagnose und der daraus resultierenden Einschränkungen sei eine ausführliche klinische, laborchemische neurologische Beurteilung mit Liquordiagnostik wichtig. Nach erfolgter neurologischer Abklärung und evtl. Behandlung seien eine erneute psychiatrische und neuropsychologische Rebeurteilung indiziert (vgl. IVSTA-act. 167, S. 5 Ziff. 4.1 in fine und S. 7 Ziff. 4.10).

E. 5.3

Die von der IVSTA intern eingeholte medizinisch-juristische Stellungnahme vom 24. März 2020 wurde nebst einer Juristin von Dr. med. K._____, Allgemeine Innere Medizin FMH, und Dr. med. L._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, verfasst. Die Verfasser erachteten das Gutachten der E.____AG für beweiskräftig. Insbesondere enthalte

C-3667/2021 Seite 17 es ausreichende Angaben zu den Standardindikatoren und diese seien bei den Schlussfolgerungen berücksichtigt worden. In medizinischer Hinsicht wurde festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners durch die seit spätestens 2016 vorliegenden kognitiven und depressiven Störungen eingeschränkt werde. Die Frage, ob diese Beeinträchtigungen auf die depressive Störung zurückzuführen oder Folgen des Normaldruckhydrozephalus seien, bleibe offen. Die Präzisierung der Diagnose und Anpassung der Behandlung betreffen nur die zukünftige Entwicklung von Symptomen und Einschränkungen, seien aber in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Bedeutung. Massgeblich seien diesbezüglich vielmehr die funktionellen Einschränkungen, wie sie sich insbesondere aus den Ergebnissen der beruflichen Massnahme ergeben hätten

(vgl. Bericht vom 22. Mai 2017). Die kognitiven Störungen und depressive Symptomatik führten zu funktionellen Einschränkungen, die dem Beschwerdegegner die Ausübung seiner letzten Tätigkeit als Abteilungsleiter in der Elektroplanung klar nicht mehr erlaubten. Die Beeinträchtigung sei klinisch nachvollziehbar und durch die Ergebnisse der beruflichen Massnahme belegt worden. Diese hätten gezeigt, dass der Beschwerdegegner auf dem ersten Arbeitsmarkt in einer angepassten Tätigkeit noch eine Arbeitsleistung von 25 - 30 % erbringen könne. Die kognitive und depressive Symptomatik sei erstmals am 8. März 2016 (vgl. Bericht der Klinik M. _____ vom 10. März 2016) im Detail beschrieben worden. Deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei durch die berufliche Massnahme anfangs 2017 objektiviert worden und die Persistenz der Symptomatik sein nun von den Gutachtern trotz fehlender Behandlung bestätigt worden. Somit sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdegegner ab 8. März 2016 in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit – ausgehend von der Arbeitsleistung während der beruflichen Massnahme – eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die funktionellen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit seien im neuropsychologischen Teilgutachten beschrieben worden (vgl. IVSTA-act. 174).

E. 5.4

Gemäss Bericht der neurologischen Fachärztin Dr. med. N. _____ vom 24. August 2020 zeigten die klinisch-neurologische Untersuchung und die Anamnese keine typischen Zeichen für einen Normaldruckhydrozephalus. Insbesondere seien der Gang normal und es bestünden keine Schliessmuskeldefizite. Unklar sei, ob ein neuropsychologisches Defizit vorliege, welches als Teil eines Normaldruckhydrozephalus eingestuft werden könne (das neuropsychologische Gutachten sei auf Deutsch). Dr. N. _____ empfahl die Übersetzung des neuropsychologischen Gutachtens auf Italienisch, eine neurochirurgische Beurteilung sowie die

C-3667/2021 Seite 18 Bestimmung der Acetylcholinrezeptor-Antikörper (wegen der berichteten Asthenie und leichten Ermüdbarkeit). Sie sah keine Indikation für eine pharmakologische Therapie (vgl. IVSTA-act. 203).

E. 5.5

Die neurochirurgische Fachärztin Dr. med. O. _____ hielt in ihrem Bericht vom 17. Dezember 2020 fest, der Beschwerdegegner habe verneint, in letzter Zeit Gedächtnisbeeinträchtigungen oder Schliessmuskelstörungen gehabt zu haben, und bei der klinischen Untersuchung habe eine Ataxie beim Gehen ausgeschlossen werden können. Das Vorliegen eines Normaldruckhydrozephalus sei symptomatisch auszuschliessen. Die MRI-Bildgebung zeige bei fehlender transependymaler Transsudation keinen Hinweis für einen Hydrozephalus. Es bestehe keine Indikation für eine neurochirurgische Behandlung (vgl. IVSTA-act. 206).

E. 5.6

In Würdigung der Berichte vom 24. August und 17. Dezember 2020 hielt Dr. med. P. _____, Fachärztin für Neurologie, vom internen medizinischen Dienst der Vorinstanz in ihrer Stellungnahme vom 25. März 2021 fest, dass die Ärzte gestützt auf die neurologische Untersuchung, die Anamnese sowie das Schädel-MRI die Diagnose Normaldruckhydrozephalus nicht hätten bestätigen können und folglich auch keine Indikation für eine neurochirurgische Behandlung gestellt worden sei. Die Diagnose eines Normaldruckhydrozephalus sei somit verworfen worden. Dr. P. _____ empfahl, an den

Schlussfolgerungen gemäss Stellungnahme vom 24. März 2020 festzuhalten (vgl. IVSTA-act. 211). 6. Die Vorinstanz ging gemäss Verfügungsbegründung davon aus, dass der Beschwerdegegner seit dem 8. März 2016 in der bisherigen Tätigkeit als Abteilungsleiter zu 100 % arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig ist. Sie hat sich dabei im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Dres. K._____ und L._____ vom 24. März 2020 sowie die Stellungnahme von Dr. P._____ vom 25. März 2021, welche die Schlussfolgerungen der Stellungnahme vom 24. März 2020 bestätigte, gestützt. 6.1 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungs-interner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen

C-3667/2021 Seite 19 vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Stellungnahmen des RAD bzw. internen medizinischen Dienstes, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen, je mit Hinweisen). Die versicherungsinternen Fachpersonen haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belege keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). 6.2 Gemäss psychiatrischem Teilgutachten der E._____AG war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners nicht möglich, da mangels neurologischen Gutachtens nicht beurteilt werden konnte, welche Anteile der neuropsychologischen Defizite durch die aktuelle mittelgradige depressive Episode verursacht sein könnten. Entsprechend konnten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit auch in interdisziplinärer Sicht nicht beurteilen und empfahlen zunächst eine neurologische Abklärung (vgl. IVSTA-act. 167, S. 5 Ziff. 4.1). Entgegen diesen gutachterlichen Ausführungen nahmen Dres. K._____ und L._____ in ihrer Stellungnahme vom 24. März 2020 dennoch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners vor mit der Begründung, es komme nicht auf die zugrunde liegende Diagnose, sondern auf die funktionellen Einschränkungen an. Dabei stützten sie sich für die Bestimmung der quantitativen Arbeitsfähigkeit auf die Ergebnisse der vom Beschwerdegegner Ende 2016/Anfang 2017 absolvierten beruflichen Massnahme. Rechtsprechungsgemäss ist mit Blick auf die enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der

C-3667/2021 Seite 20 Ärzteschaft und der Berufsberatung einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung zwar nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen, jedoch obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung (vgl. Urteil des BGer 8C_266/2022 vom 8. März 2023 E. 2.3). Vorliegend übernahmen Dres. K._____ und L._____ die Ergebnisse der beruflichen Massnahme ohne jegliche medizinische Würdigung und qualifizierten die vom Beschwerdegegner dort gezeigten Beeinträchtigungen als objektivierte funktionelle Einschränkungen der kognitiven Störung und depressiven Symptomatik. Diese Beurteilung überzeugt nicht. Dies umso weniger, als die Ergebnisse der beruflichen Massnahme gar nicht konsistent sind. Die von der Vorinstanz veranlasste berufliche Massnahme in Form eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings im Einsatzprogramm Q._____ war für den Zeitraum vom 8. August 2016 bis 7. Mai 2017 geplant (vgl. IVSTA-act. 23, 35), musste jedoch vorzeitig per 19. Februar 2017 abgebrochen werden, da der Beschwerdegegner per 20. Februar 2017 zur stationären Behandlung in die Reha-Klinik R._____ eintrat (vgl. IVSTA-act. 47, 52). Die Verantwortlichen des Einsatzprogramms Q._____ erstatteten am 24. Februar 2017 einen Bericht und hielten fest, im Arbeitsprozess sei aufgefallen, dass der Beschwerdegegner infolge mangelnder Konzentrationsfähigkeit sowie der stets präsenten Müdigkeit fast stündlich eine kurze Pause von 5 Minuten einlegen müssen. Seine Leistungsfähigkeit habe infolge der vorliegenden Problematik stündlich abgenommen. Die Leistung habe sich bei ca. 25 - 30 % befunden. Der Beschwerdegegner habe eine Arbeitsleistung von maximal 50 % eines vollen Pensums bei einer Anwesenheit von 4 Stunden à 4 Tagen pro Woche erreicht (vgl. IVSTA-act. 50, S. 4). Im Anschluss an die stationäre Behandlung wurde das Aufbautraining per 10. April 2017 wieder aufgenommen (vgl. IVSTA-act. 55), musste jedoch erneut aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig per 19. Mai 2017 abgebrochen werden (vgl. IVSTA-act. 61, 74). Im Schlussbericht der Verantwortlichen des Einsatzprogramms Q._____ vom 22. Mai 2017, auf welchen in der Stellungnahme vom 24. März 2020 offenbar fälschlicherweise verwiesen wurde, wurde festgehalten, dass die vorgesehene Steigerung der Präsenzzeit von 3 auf 6 Stunden an mindestens 4 Tagen pro Woche nicht angegangen werden können. Zudem sei die Leistung des Beschwerdegegners mässig gewesen und entspreche nicht der des ersten Arbeitsmarktes (vgl. IVSTA-act. 76). Die im Bericht vom 24. Februar 2017 beschriebene Arbeitsleistung von 25 - 30 % konnte also nicht aufrechterhalten werden, sondern sank bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt

C-3667/2021 Seite 21 auf 0 %. Inwiefern es sich bei den gezeigten Einschränkungen aus medizinischer Sicht tatsächlich um objektivierte Einschränkungen handelt, lässt sich ohne eingehende Würdigung aus interdisziplinärer medizinischer Sicht nicht beurteilen. Zudem liesse sich daraus per se noch nichts für den Zeitpunkt der Begutachtung zweieinhalb Jahre später ableiten. Somit kann beim Beschwerdegegner weder ohne Weiteres von einer objektiv möglichen Arbeitsleistung von 25 - 30 % bzw. einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % noch von einer Arbeitsleistung von 0 % bzw. einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. 6.3 Im Weiteren überzeugt auch nicht, dass Dres. K._____ und L._____ betreffend die beim Beschwerdegegner vorliegenden konkreten funktionellen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit wortwörtlich die Einschätzung der neuropsychologischen Gutachterin der E._____AG übernahmen, ohne diese fachärztlich zu beurteilen. Eine neuropsychologische Abklärung liefert Zusatzbefunde (vgl. Urteil des

BGer 8C_624/2017 vom 6. Februar 2018 E. 9.1) und stellt demnach lediglich eine Zusatzuntersuchung dar. Es ist aber grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des BGer 9C_566/2017 vom 20. November 2017 E. 2.1 und 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.4). Die von der neuropsychologischen Gutachterin beschriebenen neuropsychologischen Defizite und die sich daraus ergebenden funktionellen Einschränkungen hätten vorliegend zunächst fachärztlich und versicherungspsychiatrisch gewürdigt werden und anschliessend bei der erforderlichen interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit, bei der auch allfällige andere funktionelle Einschränkungen sowie andererseits aber auch Ressourcen einander gegenüberzustellen gewesen wären, miteinbezogen werden müssen (vgl. auch Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom 16. Juni 2016 (SGPP, S. 19; zur rechtlichen Bedeutung dieser Qualitätsrichtlinien siehe BGE 140 V 260 E. 3.2.2). Eine psychiatrische und interdisziplinäre Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit fehlt im Gutachten der E._____AG jedoch vollständig, sowohl für den Zeitpunkt der Begutachtung als auch im Verlauf. Eine solche Beurteilung wurde auch nicht für den Fall vorgenommen, dass die neurologischen Abklärungen, welche noch durchzuführen seien, einen von den Gutachtern (lediglich) für möglich gehaltenen Normaldruckhydrozephalus nicht bestätigen sollten.

C-3667/2021 Seite 22 6.4 Entgegen der Aussage in der Stellungnahme vom 24. März 2020 enthält das Gutachten der E._____AG auch keine ausreichenden Angaben zu den Standardindikatoren: 6.4.1 Der psychiatrische Gutachter der E._____AG hat beim Beschwerdegegner eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und diese als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet. Allerdings ist in psychiatrischer Hinsicht keine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erfolgt. Der psychiatrische Gutachter hat vielmehr explizit festgehalten, dass er die Frage, welche Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, aktuell noch nicht beantworten könne (vgl. IVSTA-act. 167, S. 25 Ziff. 6.2). Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu leichten und mittelgradigen depressiven Störungen finden sich im Weiteren keine ausreichenden Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zur Kategorie "funktioneller Schweregrad". In BGE 143 V 409 erwog das Bundesgericht, dass leichte bis mittelschwere depressive Störungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Verlauf und Ausgang von Therapien verblieben dabei als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend sei es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Vorliegend hat der psychiatrische Gutachter der E._____AG die vom Beschwerdegegner absolvierten ambulanten und stationären Therapien zwar erwähnt (vgl. IVSTA-act. 167, S. 20 Ziff. 3.2.11 und S. 27 Ziff. 7.2), jedoch keine Aussagen zu deren Verlauf und Ausgang im Sinne von Schweregradindikatoren getätigt. Es fehlt insbesondere an einer Beurteilung der Therapieadhärenz sowie darüber, ob die bisherige Therapie fachgerecht erfolgt ist. Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter auch den Umstand, dass der Beschwerdegegner seit seinem Wegzug nach Italien im März 2018 gemäss eigenen Angaben nicht mehr in psychiatrischer/psychotherapeutische Behandlung war und lediglich noch das

Medikament H._____, welches er vor seinem Wegzug in einer grösseren Menge erhalten habe, eingenommen habe (vgl. IVSTA-act. 167; S. 20 Ziff.

E. 6

Die Vorinstanz ging gemäss Verfügungsbegründung davon aus, dass der Beschwerdegegner seit dem 8. März 2016 in der bisherigen Tätigkeit als Abteilungsleiter zu 100 % arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig ist. Sie hat sich dabei im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Dres. K._____ und L._____ vom 24. März 2020 sowie die Stellungnahme von Dr. P._____ vom 25. März 2021, welche die Schlussfolgerungen der Stellungnahme vom 24. März 2020 bestätigte, gestützt.

E. 6.1

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Stellungnahmen des RAD bzw. internen medizinischen Dienstes, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen, je mit Hinweisen). Die versicherungsinternen Fachpersonen haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 6.2

Gemäss psychiatrischem Teilgutachten der E._____AG war eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners nicht möglich, da mangels neurologischen Gutachtens nicht beurteilt werden konnte, welche Anteile der neuropsychologischen Defizite durch die aktuelle mittelgradige depressive Episode verursacht sein könnten. Entsprechend konnten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit auch in interdisziplinärer Sicht nicht beurteilen und empfahlen zunächst eine neurologische Abklärung (vgl. IVSTA-act. 167, S. 5 Ziff. 4.1). Entgegen diesen gutachterlichen Ausführungen nahmen Dres. K._____ und L._____ in ihrer Stellungnahme vom 24. März 2020 dennoch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners vor mit der Begründung, es

komme nicht auf die zugrunde liegende Diagnose, sondern auf die funktionellen Einschränkungen an. Dabei stützten sie sich für die Bestimmung der quantitativen Arbeitsfähigkeit auf die Ergebnisse der vom Beschwerdegegner Ende 2016/Anfang 2017 absolvierten beruflichen Massnahme. Rechtsprechungsgemäss ist mit Blick auf die enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung zwar nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen, jedoch obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung (vgl. Urteil des BGer 8C_266/2022 vom 8. März 2023 E. 2.3). Vorliegend übernahmen Dres. K._____ und L._____ die Ergebnisse der beruflichen Massnahme ohne jegliche medizinische Würdigung und qualifizierten die vom Beschwerdegegner dort gezeigten Beeinträchtigungen als objektivierte funktionelle Einschränkungen der kognitiven Störung und depressiven Symptomatik. Diese Beurteilung überzeugt nicht. Dies umso weniger, als die Ergebnisse der beruflichen Massnahme gar nicht konsistent sind. Die von der Vorinstanz veranlasste berufliche Massnahme in Form eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings im Einsatzprogramm Q._____ war für den Zeitraum vom 8. August 2016 bis 7. Mai 2017 geplant (vgl. IVSTA-act. 23, 35), musste jedoch vorzeitig per 19. Februar 2017 abgebrochen werden, da der Beschwerdegegner per 20. Februar 2017 zur stationären Behandlung in die Reha-Klinik R._____ eintrat (vgl. IVSTA-act. 47, 52). Die Verantwortlichen des Einsatzprogramms Q._____ erstatteten am 24. Februar 2017 einen Bericht und hielten fest, im Arbeitsprozess sei aufgefallen, dass der Beschwerdegegner infolge mangelnder Konzentrationsfähigkeit sowie der stets präsenten Müdigkeit fast stündlich eine kurze Pause von 5 Minuten habe einlegen müssen. Seine Leistungsfähigkeit habe infolge der vorliegenden Problematik stündlich abgenommen. Die Leistung habe sich bei ca. 25 - 30 % befunden. Der Beschwerdegegner habe eine Arbeitsleistung von maximal 50 % eines vollen Pensums bei einer Anwesenheit von 4 Stunden à 4 Tagen pro Woche erreicht (vgl. IVSTA-act. 50, S. 4). Im Anschluss an die stationäre Behandlung wurde das Aufbautraining per 10. April 2017 wieder aufgenommen (vgl. IVSTA-act. 55), musste jedoch erneut aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig per 19. Mai 2017 abgebrochen werden (vgl. IVSTA-act. 61, 74). Im Schlussbericht der Verantwortlichen des Einsatzprogramms Q._____ vom 22. Mai 2017, auf welchen in der Stellungnahme vom 24. März 2020 offenbar fälschlicherweise verwiesen wurde, wurde festgehalten, dass die vorgesehene Steigerung der Präsenzzeit von 3 auf 6 Stunden an mindestens 4 Tagen pro Woche nicht habe angegangen werden können. Zudem sei die Leistung des Beschwerdegegners mässig gewesen und entspreche nicht der des ersten Arbeitsmarktes (vgl. IVSTA-act. 76). Die im Bericht vom 24. Februar 2017 beschriebene Arbeitsleistung von 25 - 30 % konnte also nicht aufrechterhalten werden, sondern sank bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt auf 0 %. Inwiefern es sich bei den gezeigten Einschränkungen aus medizinischer Sicht tatsächlich um objektivierte Einschränkungen handelt, lässt sich ohne eingehende Würdigung aus interdisziplinärer medizinischer Sicht nicht beurteilen. Zudem liesse sich daraus per se noch nichts für den Zeitpunkt der Begutachtung zweieinhalb Jahre später ableiten. Somit kann beim Beschwerdegegner weder ohne Weiteres von einer objektiv möglichen Arbeitsleistung von 25 - 30 % bzw. einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % noch von einer Arbeitsleistung von 0 % bzw. einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden.

E. 6.3

Im Weiteren überzeugt auch nicht, dass Dres. K._____ und L._____ betreffend die beim Beschwerdegegner vorliegenden konkreten funktionellen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit wortwörtlich die Einschätzung der neuropsychologischen Gutachterin der E._____AG übernehmen, ohne diese fachärztlich zu beurteilen. Eine neuropsychologische Abklärung liefert Zusatzbefunde (vgl. Urteil des BGer 8C_624/2017 vom 6. Februar 2018 E. 9.1) und stellt demnach lediglich eine Zusatzuntersuchung dar. Es ist aber grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des BGer 9C_566/2017 vom 20. November 2017 E. 2.1 und 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.4). Die von der neuropsychologischen Gutachterin beschriebenen neuropsychologischen Defizite und die sich daraus ergebenden funktionellen Einschränkungen hätten vorliegend zunächst fachärztlich und versicherungspsychiatrisch gewürdigt werden und anschliessend bei der erforderlichen interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit, bei der auch allfällige andere funktionelle Einschränkungen sowie andererseits aber auch Ressourcen einander gegenüberzustellen gewesen wären, miteinbezogen werden müssen (vgl. auch Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom 16. Juni 2016 (SGPP, S. 19; zur rechtlichen Bedeutung dieser Qualitätsrichtlinien siehe BGE 140 V 260 E. 3.2.2). Eine psychiatrische und interdisziplinäre Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit fehlt im Gutachten der E._____AG jedoch vollständig, sowohl für den Zeitpunkt der Begutachtung als auch im Verlauf. Eine solche Beurteilung wurde auch nicht für den Fall vorgenommen, dass die neurologischen Abklärungen, welche noch durchzuführen seien, einen von den Gutachtern (lediglich) für möglich gehaltenen Normaldruckhydrozephalus nicht bestätigen sollten.

E. 6.4

Entgegen der Aussage in der Stellungnahme vom 24. März 2020 enthält das Gutachten der E._____AG auch keine ausreichenden Angaben zu den Standardindikatoren:

E. 6.4.1

Der psychiatrische Gutachter der E._____AG hat beim Beschwerdegegner eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und diese als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet. Allerdings ist in psychiatrischer Hinsicht keine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erfolgt. Der psychiatrische Gutachter hat vielmehr explizit festgehalten, dass er die Frage, welche Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, aktuell noch nicht beantworten könne (vgl. IVSTA-act. 167, S. 25 Ziff. 6.2). Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu leichten und mittelgradigen depressiven Störungen finden sich im Weiteren keine ausreichenden Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zur Kategorie "funktioneller Schweregrad". In BGE 143 V 409 erwog das Bundesgericht, dass leichte bis mittelschwere depressive Störungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Verlauf und Ausgang von Therapien verblieben dabei als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend sei es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl.

auch BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Vorliegend hat der psychiatrische Gutachter der E._____AG die vom Beschwerdegegner absolvierten ambulanten und stationären Therapien zwar erwähnt (vgl. IVSTA-act. 167, S. 20 Ziff. 3.2.11 und S. 27 Ziff. 7.2), jedoch keine Aussagen zu deren Verlauf und Ausgang im Sinne von Schweregradindikatoren getätigt. Es fehlt insbesondere an einer Beurteilung der Therapieadhärenz sowie darüber, ob die bisherige Therapie fachgerecht erfolgt ist. Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter auch den Umstand, dass der Beschwerdegegner seit seinem Wegzug nach Italien im März 2018 gemäss eigenen Angaben nicht mehr in psychiatrischer/psychotherapeutische Behandlung war und lediglich noch das Medikament H._____, welches er vor seinem Wegzug in einer grösseren Menge erhalten habe, eingenommen habe (vgl. IVSTA-act. 167; S. 20 Ziff. 3.2.11 und S. 27 Ziff. 7.2), nicht diskutiert. Dieser Umstand könnte auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdegegners hindeuten. Wie bereits im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 4. Juni 2019 erwähnt, hatte der Beschwerdegegner anlässlich der letzten Konsultation im Ambulatorium S._____, Psychiatrie T._____, am 12. April 2018 angegeben, dass es ihm in Italien besser gehe bzw. er sich stimmungsmässig aufgehellt fühle. Es bestünden jedoch weiterhin Leistungsdruck, Grübeltendenzen und Frustrationen. Er werde die weitere psychologische Behandlung in Italien fortführen (vgl. Bericht vom 12. Juli 2018, IVSTA-act. 101, S. 2). Entgegen seiner Ankündigung begab sich der Beschwerdegegner in Italien jedoch nicht in psychiatrische/psychologische Behandlung. Erst am 10. September 2019, d.h. kurz vor der Begutachtung durch die E._____AG am 28. November 2019 (Neuropsychologie am 11. Dezember 2019) nahm er einen (einmaligen) Untersuchungstermin bei der psychiatrischen Fachärztin Dr. F._____ wahr. Diese konnte trotz fehlender psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung während der letzten rund eineinhalb Jahre beim Beschwerdegegner keine erheblichen Psychopathologien feststellen. Ein weiterer Hinweis für eine Verbesserung ergibt sich aus dem pneumologischen Teilgutachten der E._____AG, worin festgehalten wurde, dass sich die Tages schläfrigkeit des Beschwerdegegners, welche gemäss pneumologischem Gutachter wahrscheinlicher psychosozial als somatisch verursacht sei (vgl. IVSTA-act. 167, S. 37), im Vergleich zu 2017 signifikant gebessert habe und auch keine OSA-typischen Beschwerden vorlägen (vgl. IVSTA-act. 167, S. 35). Während der psychiatrische Gutachter der E._____AG anlässlich der Begutachtung am 28. November 2019 beim Beschwerdegegner befundmässig eine starke Antriebseinschränkung erhob, konnte die neuropsychologische Gutachterin der E._____AG am 11. Dezember 2019 in der Exploration und Verhaltensbeobachtung (vgl. IVSTA-act. 167, S. 48) sowie gestützt auf Angaben des Beschwerdegegners in einem Fragebogen (vgl. IVSTA-act. 167, S. 50 Ergebnis Fragebogens "FEDA") nur leichte Schwierigkeiten im Antrieb erheben. Dieses im Vergleich zum psychiatrischen Befund abweichende Ergebnis wurde fachärztlich nicht gewürdigt. Nach dem Gesagten erscheint aufgrund der fehlenden Ausführungen und Würdigungen des psychiatrischen Gutachters sowie den erwähnten Hinweisen für eine Verbesserung des Gesundheitszustands die Frage nach dem Schweregrad der depressiven Störung, insbesondere in der Zeit seit dem Wegzug des Beschwerdegegners nach Italien bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügungen, völlig offen. Eine gutachterliche Auseinandersetzung fehlt auch dazu, dass der bei der Untersuchung als verlangsamt, lethargisch und übermüdet wirkend beschriebene Beschwerdeführer - der Versicherte sei nur teilweise wach - bei eingeschränkt beschriebener Konzentration und Aufmerksamkeit, welche «im Laufe der Zeit rasch abnehmen», «aber auch am Schluss der Untersuchung die Fragen noch adäquat und auch

genau beantworten» konnte (vgl. IVSTA-act. 167, S. 21 f.).

E. 6.4.2

Da anlässlich der Begutachtung durch die E. _____ AG keine interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Beschwerdegegners erfolgte, konnte auch der Indikator "Komorbidität", wobei im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende somatische Leiden des Beschwerdegegners miteinzubeziehen gewesen wären (vgl. BGE 143 V 418 und Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1, je mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3), nicht berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass im Rahmen der versicherungsinternen Stellungnahme vom 24. März 2020 die erforderliche Gesamtbetrachtung schon deshalb nicht möglich, weil es am Mitwirken eines pneumologischen Facharztes gefehlt hat.

E. 6.4.3

Im Gutachten der E. _____ AG finden sich im Weiteren auch keine Aussagen zur Kategorie "Konsistenz" ("gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck"), obwohl sich vorliegend eine entsprechende Prüfung aufgedrängt hätte. So ergibt sich aus den anlässlich der Begutachtung gemachten Angaben des Beschwerdegegners zu seinem Tagesablauf, dass er in der Lage ist, jeweils am Vormittag, d.h. während mehrerer Stunden, Haus- oder Reparaturarbeiten zu machen. Anschliessend bereite er das Mittagessen zu und lege sich dann für ca. eine Stunde hin. Am Nachmittag mache er nicht mehr viel. Er koche das Abendessen und schaue danach fern, wobei er häufig schon einschlafe. Im Haushalt sei er für das Essen und den Einkauf zuständig und erledige die Administration (vgl. IVSTA-act. 167, S. 47 f.). Das Aktivitätsniveau des Beschwerdegegners im Alltag deutet auf noch vorhandene Ressourcen hin, was sich nicht ohne Weiteres mit einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % vereinbaren lässt. Bezogen auf den Indikator "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" stellt sich aufgrund der seit dem Wegzug des Beschwerdegegners nach Italien fehlenden Inanspruchnahme einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung insbesondere die Frage, ob der tatsächliche Leidensdruck abgenommen hat. Dem Beschwerdegegner wäre die Aufnahme einer Therapie praktisch gesehen möglich gewesen, zumal, wie er selbst angegeben hat, auch in Italien die Krankenkasse für die Behandlungen aufkommen würde (vgl. IVSTA-act. 167, S. 20 Ziff. 3.2.11, S. 27, Ziff. 7.2 in fine). Es erscheint somit nicht nachvollziehbar, weshalb er sich in Italien trotz angeblich subjektiv anhaltend hohem Leidensdruck nicht in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung begeben hat.

E. 6.5

Zweifel bestehen im Weiteren auch an dem von Dres. K. _____ und L. _____ festgelegten Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdegegners. Gestützt auf den Bericht der Klinik M. _____ vom 10. März 2016 betreffend die Untersuchung des Beschwerdegegners am 8. März 2016 (vgl. IVSTA-act. 2) gingen sie davon aus, die Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe ab 8. März 2016 mit der Begründung, dass die kognitive und depressive Symptomatik des Beschwerdegegners zu diesem Zeitpunkt erstmals im Detail beschrieben worden sei. Dem ist entgegen zu halten, dass der Beschwerdegegner nachweislich bereits ab dem 23. Oktober 2015 aus seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit ausgeschieden ist (vgl.

IVSTA-act. 24) und sein Hausarzt im Bericht vom 21. März 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 23. Oktober 2015 attestiert hat (vgl. IVSTA-act. 2, S. 2). Aus diesem Bericht ist auch zu entnehmen, dass der Beschwerdegegner primär eine gute Besserung auf die antidepressive Therapie gezeigt habe. Erst bei Stagnation im Heilungsprozess erfolgte dann die Überweisung an die Klinik M._____ (vgl. IVSTA-act. 2, S. 2). Daraus folgt, dass der Beschwerdegegner schon längere Zeit vor seiner Untersuchung in der Klinik M._____ am 8. März 2016 in antidepressiver Behandlung war. Die vorliegenden Unterlagen sprechen somit für einen Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (vgl. E.4.2 oben), bereits am 23. Oktober 2015. Die Vorinstanz wäre angehalten gewesen, diesbezüglich weitere Abklärungen zu treffen und insbesondere beim Hausarzt des Beschwerdegegners echtzeitliche Berichte für den Zeitraum vom 23. Oktober 2015 bis 16. März 2016 einzuholen.

E. 6.6

In somatischer Hinsicht kam die neurologische Fachärztin Dr. P._____ vom internen medizinischen Dienst der Vorinstanz gestützt auf die Berichte von Dr. N._____ vom 24. März 2020 (vgl. E. 5.4 oben) und von Dr. O._____ vom 17. Dezember 2020 (vgl. E. 5.5 oben) in ihrer Stellungnahme vom 25. März 2021 zum Schluss, dass die von den Gutachtern der E._____AG gestellte Diagnose eines möglichen Normaldruckhydrozephalus verworfen worden sei (vgl. E. 5.6 oben). Zwar konnten Dres. N._____ und O._____ gemäss ihren Berichten diese Diagnose nicht bestätigen, allerdings fällt auf, dass beide Ärzte keine Kenntnis vom Inhalt des neuropsychologischen Teilgutachtens der E._____AG und somit auch nicht von den konkreten kognitiven Defiziten des Beschwerdegegners hatten. Die neurologische Fachärztin Dr. N._____ hielt fest, es sei - da das neuropsychologische Gutachten auf Deutsch sei - unklar, ob beim Beschwerdegegner ein kognitives Defizit vorliege, welches als Teil eines Normaldruckhydrozephalus eingestuft werden könne. Dass die kognitiven Defizite des Beschwerdegegners mit einem Normaldruckhydrozephalus passend seien, wurde von der neuropsychologischen Gutachterin der E._____AG indes gerade festgestellt (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51). Die neurochirurgische Fachärztin stützte sich betreffend die kognitiven Defizite allein auf die Aussagen des Beschwerdegegners und hielt dazu einzig fest, dieser habe verneint, in letzter Zeit Gedächtnisstörungen gehabt zu haben. Es bleibt unklar, ob diesbezüglich eine Verbesserung seit der neuropsychologischen Begutachtung, anlässlich derer eine Gedächtnisstörung in Form einer leichten verbalen Konsolidierungsstörung festgestellt wurde (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51), eingetreten ist. Unabhängig davon, treten bei einem Normaldruckhydrozephalus gemäss neuropsychologischem Teilgutachten nicht nur Gedächtnisstörungen, sondern auch andere kognitive Defizite wie beispielweise Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsschwierigkeiten und exekutive Defizite auf (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51 f.), welche alle auch beim Beschwerdegegner festgestellt wurden. Vor diesem Hintergrund überzeugt der Ausschluss der Diagnose eines möglichen Normaldruckhydrozephalus nicht. Es erscheint eine neurologische Beurteilung erforderlich, welche unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Teilgutachtens der E._____AG zu erfolgen hat. Falls nötig, sind auch die im Gutachten der E._____AG empfohlenen weiteren neurologischen Untersuchungen (laborchemische neurologische Untersuchung und Liquordiagnostik) sowie die von Dr. med. N._____ empfohlene Bestimmung der Acetylcholinrezeptor-Antikörper noch durchzuführen. Zudem ist gemäss allgemein-internistischem Teilgutachten der E._____AG eine Abklärung des

Eisenmangelsyndroms indiziert (vgl. IVSTA-act. 167, S. 14 Ziff. 7.1).

E. 6.7

Ein Abklärungsbedarf in neurologischer Hinsicht besteht im Weiteren auch hinsichtlich der beim Beschwerdegegner gestellten Diagnosen Restless Legs Syndrom (RLS) und Periodic Limb Move Disorder (PLMD), bei denen es sich um neurologische Erkrankungen handelt (vgl. unter <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/sleep-and-wakefulness-disorders/periodic-limb-movement-disorder-plmd-and-restless-legs-syndrome-rls>, zuletzt abgerufen am 14.9.2023). Die Beurteilung dieser Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners durch den pneumologischen Gutachter der E. _____ AG ist daher fachfremd und vermag deshalb nicht zu überzeugen.

E. 6.8

Zusammengefasst lagen in mehrerer Hinsicht keine beweistauglichen und vollständigen medizinischen Akten vor, weshalb die Aktenbeurteilungen durch Dres. K. _____ und L. _____ am 24. März 2020 sowie durch Dr. P. _____ am 25. März 2021 von vornherein unzulässig waren. Vielmehr wären vor Verfügungserlass weitere medizinische Abklärungen angezeigt gewesen. Auf die Beurteilung des internen medizinischen Dienstes, wonach der Beschwerdegegner ab 8. März 2016 in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig sei, kann nicht abgestellt werden.

E. 7.1

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht ausnahmsweise einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz hat die Stellungnahmen des internen medizinischen Dienstes vom 24. März 2020 und 25. März 2021 als ausreichende medizinische Grundlage für die rentenzusprechenden Verfügungen vom 9. Juni 2021 erachtet, obwohl die entsprechenden rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen aufgrund der vorliegend beweisuntauglichen und unvollständigen medizinischen Unterlagen offensichtlich nicht erfüllt sind. Zusammengefasst ist vorliegend der zwingend erforderliche weitere Abklärungsbedarf offenkundig und die Vorinstanz hätte diesen erkennen müssen. Vorliegend fehlt es insbesondere gänzlich an einer psychiatrischen Beurteilung der Befunde und deren funktioneller Einschränkungen im Lichte der Indikatoren sowie an einer invalidenversicherungsrechtlich erforderlichen interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners. Da die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5).

E. 7.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdegegners zu veranlassen. Nur so kann

sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Neurologie und Psychiatrie (Letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418; 145 V 215) geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden (evtl. Neuropsychologie), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen (einschliesslich der für die medizinisch einwandfreie Beurteilung der konkreten Fragestellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen, wie vorliegend allenfalls eine laborchemische neurologische Untersuchung und Liquordiagnostik) zu befinden. Dabei sind sie letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteile des BGER 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1, 9C_297/2017 vom 6. April 2018 E. 4.3). Die Gutachter haben zu klären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners in der bisherigen Tätigkeit als Abteilungsleiter sowie einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehen. Dabei haben sie die gesamte Entwicklung des Gesundheitszustands ab 23. Oktober 2015 zu beurteilen und aufzuzeigen, welche gesundheitlichen Veränderungen mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seitdem eingetreten sind. In Bezug auf die durchzuführende psychiatrische Begutachtung ist Folgendes zu berücksichtigen: Die Vorinstanz hat zunächst die von den behandelnden Psychiatern geführten vollständigen Patientenakten des Beschwerdegegners für die gesamte Therapiedauer einzuholen, da sich in den echtzeitlichen Aufzeichnungen zu den durchgeführten Behandlungen relevante Angaben (gerade betreffend jeweils geklagte Beschwerden, festgestellte Befunde, zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Befunde, zum Inhalt und zur Wirkung der Therapie) finden lassen könnten, welche Aufschluss über den Schweregrad und den Verlauf des psychischen Leidens geben könnten und allenfalls eine genauere retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ab Oktober 2015 zulassen (vgl. auch oben E. 4.7). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (sowohl retrospektiv als auch für den Begutachtungszeitpunkt) hat unter Berücksichtigung der Standardindikatoren zu erfolgen. Die psychiatrische Beurteilung kann erst erfolgen, wenn die somatischen Abklärungsergebnisse vorliegen. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist es zudem Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb trotz an sich guter Therapierbarkeit dieser Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 148 V 49 E. 6.2.2). Am Schluss werden die Gutachter eine gutachterliche interdisziplinäre Gesamtwürdigung vorzunehmen haben. Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

E. 7.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut

sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV), wobei die Zufallswahl unter Ausschluss der E._____AG zu erfolgen hat. Dem Beschwerdegegner sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 8

Zusammengefasst ist im Ergebnis die Beschwerde gutzuheissen und die Angelegenheit somit unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 9. Juni 2021 zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung über den Anspruch des Beschwerdegegners auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zurückzuweisen.

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 Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Verfahrenskosten können ganz oder teilweise erlassen werden, wenn Gründe in der Sache oder in der Person der Partei es als unverhältnismässig erscheinen lassen, diese der Partei aufzuerlegen (Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 9.1.1

Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

E. 9.1.2

Die Auferlegung der Verfahrenskosten an den unterliegenden Beschwerdegegner erscheint im vorliegenden Fall vor dem Hintergrund, dass die Vorinstanz sein Leistungsgesuch gutgeheissen hat, als unverhältnismässig im Sinne von Art. 6 Bst. b VGKE, weshalb davon abzusehen ist.

E. 9.1.3

Der Vorinstanz als Bundesbehörde können ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der obsiegenden Beschwerdeführerin als Trägerin bzw. als Versicherer der beruflichen Vorsorge ist praxisgemäss keine Parteientschädigung zuzusprechen (BGE 126 V 149 E. 4; Urteile des BVGer C-317/2012 vom 19. November 2013 E. 9.2 und C-7503/2009 vom 18. April 2011 E. 11, vgl. Ueli Kieser, a.a.O., Art. 61 Rz. 219). Der unterliegende Beschwerdegegner und die Vorinstanz haben ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs.1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

E. 10

März 2016 betreffend die Untersuchung des Beschwerdegegners am 8. März 2016 (vgl. IVSTA-act. 2) gingen sie davon aus, die Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe ab 8. März 2016 mit der Begründung, dass die kognitive und depressive Symptomatik des Beschwerdegegners zu diesem Zeitpunkt erstmals im Detail beschrieben worden sei. Dem ist entgegen zu halten, dass der Beschwerdegegner nachweislich bereits ab dem 23. Oktober 2015 aus seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit ausgeschieden ist (vgl. IVSTA-act. 24) und sein Hausarzt im Bericht vom 21. März 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 23. Oktober 2015 attestiert hat (vgl. IVSTA-act. 2, S. 2). Aus diesem Bericht ist auch zu entnehmen, dass der Beschwerdegegner primär eine gute Besserung auf die antidepressive Therapie gezeigt habe. Erst bei Stagnation im Heilungsprozess erfolgte dann die Überweisung an die Klinik M. _____ (vgl. IVSTA-act. 2, S. 2). Daraus folgt, dass der Beschwerdegegner schon längere Zeit vor seiner Untersuchung in der Klinik M. _____ am 8. März 2016 in antidepressiver Behandlung war. Die vorliegenden Unterlagen sprechen somit für einen Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (vgl. E.4.2 oben), bereits am 23. Oktober 2015. Die Vorinstanz wäre angehalten gewesen, diesbezüglich weitere Abklärungen zu treffen und insbesondere beim Hausarzt des Beschwerdegegners echtzeitliche Berichte für den Zeitraum vom 23. Oktober 2015 bis 16. März 2016 einzuholen.

6.6 In somatischer Hinsicht kam die neurologische Fachärztin Dr. P. _____ vom internen medizinischen Dienst der Vorinstanz gestützt auf die Berichte von Dr. N. _____ vom 24. März 2020 (vgl. E. 5.4 oben) und von Dr. O. _____ vom 17. Dezember 2020 (vgl. E. 5.5 oben) in ihrer Stellungnahme vom 25. März 2021 zum Schluss, dass die von den Gutachtern der E. _____ AG gestellte Diagnose eines möglichen Normaldruckhydrozephalus verworfen worden sei (vgl. E. 5.6 oben). Zwar konnten Dres. N. _____ und O. _____ gemäss ihren Berichten diese Diagnose nicht bestätigen, allerdings fällt auf, dass beide Ärzte keine Kenntnis vom Inhalt des neuropsychologischen Teilgutachtens der E. _____ AG und somit auch nicht von den konkreten kognitiven Defiziten des Beschwerdegegners hatten. Die neurologische Fachärztin Dr. N. _____ hielt fest, es sei – da das neuropsychologische Gutachten auf Deutsch sei – unklar, ob beim Beschwerdegegner ein kognitives Defizit vorliege, welches als Teil eines Normaldruckhydrozephalus eingestuft werden könne. Dass die kognitiven

C-3667/2021 Seite 26 Defizite des Beschwerdegegners mit einem Normaldruckhydrozephalus passend seien, wurde von der neuropsychologischen Gutachterin der E. _____ AG indes gerade festgestellt (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51). Die neurochirurgische Fachärztin stützte sich betreffend die kognitiven Defizite allein auf die Aussagen des Beschwerdegegners und hielt dazu einzig fest, dieser habe verneint, in letzter Zeit Gedächtnisstörungen gehabt zu haben. Es bleibt unklar, ob diesbezüglich eine Verbesserung seit der neuropsychologischen Begutachtung, anlässlich derer eine Gedächtnisstörung in Form einer leichten verbalen Konsolidierungsstörung festgestellt wurde (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51), eingetreten ist. Unabhängig davon, treten bei einem Normaldruckhydrozephalus gemäss neuropsychologischem Teilgutachten nicht nur Gedächtnisstörungen, sondern auch andere kognitive Defizite wie beispielweise Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsschwierigkeiten und exekutive Defizite auf (vgl. IVSTA-act. 167, S. 51 f.), welche alle auch beim Beschwerdegegner festgestellt wurden. Vor diesem Hintergrund überzeugt der Ausschluss der Diagnose eines möglichen Normaldruckhydrozephalus nicht. Es erscheint eine neurologische Beurteilung

erforderlich, welche unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Teilgutachtens der E. _____ AG zu erfolgen hat. Falls nötig, sind auch die im Gutachten der E. _____ AG empfohlenen weiteren neurologischen Untersuchungen (laborchemische neurologische Untersuchung und Liquordiagnostik) sowie die von Dr. med. N. _____ empfohlene Bestimmung der Acetylcholinrezeptor-Antikörper noch durchzuführen. Zudem ist gemäss allgemein-interdisziplinärem Teilgutachten der E. _____ AG eine Abklärung des Eisenmangelsyndroms indiziert (vgl. IVSTA-act. 167, S. 14 Ziff. 7.1). 6.7 Ein Abklärungsbedarf in neurologischer Hinsicht besteht im Weiteren auch hinsichtlich der beim Beschwerdegegner gestellten Diagnosen Restless Legs Syndrom (RLS) und Periodic Limb Move Disorder (PLMD), bei denen es sich um neurologische Erkrankungen handelt (vgl. unter <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/sleep-and-wakefulness-disorders/periodic-limb-movement-disorder-plmd-and-restless-legs-syndrome-rls>, zuletzt abgerufen am 14.9.2023). Die Beurteilung dieser Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners durch den pneumologischen Gutachter der E. _____ AG ist daher fachfremd und vermag deshalb nicht zu überzeugen. 6.8 Zusammengefasst lagen in mehrerer Hinsicht keine beweistauglichen und vollständigen medizinischen Akten vor, weshalb die Aktenbeurteilungen durch Dres. K. _____ und L. _____ am 24. März 2020 sowie durch Dr.

C-3667/2021 Seite 27 P. _____ am 25. März 2021 von vornherein unzulässig waren. Vielmehr wären vor Verfügungserlass weitere medizinische Abklärungen angezeigt gewesen. Auf die Beurteilung des internen medizinischen Dienstes, wonach der Beschwerdegegner ab 8. März 2016 in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig sei, kann nicht abgestellt werden. 7. 7.1 Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht ausnahmsweise einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz hat die Stellungnahmen des internen medizinischen Dienstes vom 24. März 2020 und 25. März 2021 als ausreichende medizinische Grundlage für die rentenzusprechenden Verfügungen vom 9. Juni 2021 erachtet, obwohl die entsprechenden rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen aufgrund der vorliegend beweisuntauglichen und unvollständigen medizinischen Unterlagen offensichtlich nicht erfüllt sind. Zusammengefasst ist vorliegend der zwingend erforderliche weitere Abklärungsbedarf offenkundig und die Vorinstanz hätte diesen erkennen müssen. Vorliegend fehlt es insbesondere gänzlich an einer psychiatrischen Beurteilung der Befunde und deren funktioneller Einschränkungen im Lichte der Indikatoren sowie an einer invalidenversicherungsrechtlich erforderlichen interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners. Da die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVerfG C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). 7.2 Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdegegners zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden,

dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf

C-3667/2021 Seite 28 die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Neurologie und Psychiatrie (Letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418; 145 V 215) geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden (evtl. Neuropsychologie), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen (einschliesslich der für die medizinisch einwandfreie Beurteilung der konkreten Fragestellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen, wie vorliegend allenfalls eine laborchemische neurologische Untersuchung und Liquordiagnostik) zu befinden. Dabei sind sie letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteile des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1, 9C_297/2017 vom 6. April 2018 E. 4.3). Die Gutachter haben zu klären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners in der bisherigen Tätigkeit als Abteilungsleiter sowie einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehen. Dabei haben sie die gesamte Entwicklung des Gesundheitszustands ab 23. Oktober 2015 zu beurteilen und aufzuzeigen, welche gesundheitlichen Veränderungen mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seitdem eingetreten sind. In Bezug auf die durchzuführende psychiatrische Begutachtung ist Folgendes zu berücksichtigen: Die Vorinstanz hat zunächst die von den behandelnden Psychiatern geführten vollständigen Patientenakten des Beschwerdegegners für die gesamte Therapiedauer einzuholen, da sich in den echtzeitlichen Aufzeichnungen zu den durchgeführten Behandlungen relevante Angaben (gerade betreffend jeweils geklagte Beschwerden, festgestellte Befunde, zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Befunde, zum Inhalt und zur Wirkung der Therapie) finden lassen könnten, welche Aufschluss über den Schweregrad und den Verlauf des psychischen Leidens geben könnten und allenfalls eine genauere retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ab Oktober 2015 zulassen (vgl. auch oben E. 4.7). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (sowohl retrospektiv als auch für den Begutachtungszeitpunkt) hat unter Berücksichtigung der Standardindikatoren zu erfolgen. Die psychiatrische Beurteilung kann erst erfolgen, wenn die somatischen Abklärungsergebnisse vorliegen. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist es zudem Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb trotz an sich guter Therapierbarkeit dieser Störung im

C-3667/2021 Seite 29 Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 148 V 49 E. 6.2.2). Am Schluss werden die Gutachter eine gutachterliche interdisziplinäre Gesamtwürdigung vorzunehmen haben. Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen. 7.3 Die polydisziplinäre Begutachtung

hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV), wobei die Zufallswahl unter Ausschluss der E._____AG zu erfolgen hat. Dem Beschwerdegegner sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 8. Zusammengefasst ist im Ergebnis die Beschwerde gutzuheissen und die Angelegenheit somit unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 9. Juni 2021 zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung über den Anspruch des Beschwerdegegners auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zurückzuweisen. 9. 9.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Verfahrenskosten können ganz oder teilweise erlassen werden, wenn Gründe in der Sache oder in der Person der Partei es als unverhältnismässig erscheinen lassen, diese der Partei aufzuerlegen (Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

C-3667/2021 Seite 30 9.1.1 Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten. 9.1.2 Die Auferlegung der Verfahrenskosten an den unterliegenden Beschwerdegegner erscheint im vorliegenden Fall vor dem Hintergrund, dass die Vorinstanz sein Leistungsgesuch gutgeheissen hat, als unverhältnismässig im Sinne von Art. 6 Bst. b VGKE, weshalb davon abzusehen ist. 9.1.3 Der Vorinstanz als Bundesbehörde können ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 9.2 Der obsiegenden Beschwerdeführerin als Trägerin bzw. als Versicherer der beruflichen Vorsorge ist praxisgemäss keine Parteientschädigung zuzusprechen (BGE 126 V 149 E. 4; Urteile des BVGer C-317/2012 vom 19. November 2013 E. 9.2 und C-7503/2009 vom 18. April 2011 E. 11, vgl. UELI KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 219). Der unterliegende Beschwerdegegner und die Vorinstanz haben ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs.1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

C-3667/2021 Seite 31

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