

# **BVGer C-445/2021 vom 14. November 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-11-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-445\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-445_2021)

FR: TAF C-445/2021 du 14 novembre 2023

IT: TAF C-445/2021 del 14 novembre 2023

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichts- gesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

C-445/2021 Seite 5

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG finden die Bestimmungen des ATSG auf die IV Anwendung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), sofern das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG anordnet.

### **E. 2**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für die Entgegennahme der Anmeldungen von Grenzgängern sowie die Durchführung und Prüfung der entsprechenden Abklärungen die kantonale IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt (vgl. auch Rz. 4006 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI; gültig ab 1. Januar 2010, Stand: 1. Januar 2018]). Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die

Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurück- geht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer war bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger im Kanton B.\_\_\_\_\_ erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland (im alten Grenzgebiet), wo er noch heute lebt. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig, währenddessen die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2020 zu Recht von der IVSTA erlassen wurde.

### **E. 3**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 29. Dezember 2020, mit welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2019 eine ganze IV-Rente zusprach, diese Rente aber bis zum 31. März 2020 befristete.

C-445/2021 Seite 6

### **E. 4.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den 29. Dezember 2020) eingetretenen Sach- verhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden demgegenüber im Regelfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tat- sachen, 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 be- einflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1). Ferner hat das Gericht Unterlagen, die sich über den mass- gebenden Zeitraum aussprechen, auch dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen Zeitpunkt nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.H.).

### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche spätestens am 29. De- zember 2020 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) in Kraft standen, anwendbar. Nicht zur Anwendung gelangen demgegenüber insbesondere die im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im IVG, in der IVV sowie im ATSG (AS 2021 705, BBI 2017 2535).

### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der so- zialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und

Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsreich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom

C-445/2021 Seite 7 16. Januar 2013 E. 4; Urteil des BVGer C-5368/2020 vom 14. Februar 2023 E. 3.2).

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren 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). Eine Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien besteht nicht (vgl. auch Urteil des BVGer C-5608/2020 vom

### **E. 5.3**

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahrscheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3). 6. 6.1 Angefochten ist die Rentenverfügung vom 29. Dezember 2020, mit welcher dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Mai 2019 bis zum 31. März 2020 eine ganze, ordentliche Invalidenrente zugesprochen wurde. Der Beschwerdeführer verlangt, dass ihm die Rente ab April 2020 weiterhin ausgerichtet werde, da er nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig sei.

C-445/2021 Seite 8 6.2 Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer ordentlichen IV-Rente in jedem Fall eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl. Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL; gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2020]; Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL; gültig ab 1.

Januar 2003, Stand: 1. Januar 2020]). Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend offensichtlich erfüllt (vgl. Versicherungszeiten in IVSTA-act. 53 [S. 8]). 6.3 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 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). 6.4 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe

C-445/2021 Seite 9 Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]). 6.5 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). 6.6 Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGER 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.; Urteil des BVGer C-3033/2021 vom 19. Januar 2023 E. 4.3). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGER 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind die Sachverhalte im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit dem Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteile des BGER 9C\_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2; 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; Urteil des BVGer C-3811/2018 vom 14. Januar 2020 E. 3.7). Dabei besagt Art. 88a Abs. 1 resp. Abs. 2 IVV, dass bei einer Verbesserung bzw. Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit

oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbefehlende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung resp. Erhöhung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen ist, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. dazu BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

C-445/2021 Seite 10 7. 7.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6). 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). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanmeldung erstellten Arztberichtes hängt sodann wesentlich davon ab, ob dieser sich ausreichend auf das entsprechende Beweisthema – die erhebliche Änderung des Sachverhalts bzw. die effektive Veränderung des Gesundheitszustandes – bezieht (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.; Urteile des BVGer C-3679/2021 vom 5. September 2023 E. 7.2.2; C-924/2020 vom 31. Oktober 2022 E. 5.7.2). 7.2 7.2.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 7.2.2 Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbegründung für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht

C-445/2021 Seite 11 verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom

## **E. 6.1**

Angefochten ist die Rentenverfügung vom 29. Dezember 2020, mit welcher dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Mai 2019 bis zum 31. März 2020 eine ganze, ordentliche Invalidenrente zugesprochen wurde. Der Beschwerdeführer verlangt, dass ihm die Rente ab April 2020 weiterhin ausgerichtet werde, da er nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig sei.

## **E. 6.2**

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer ordentlichen IV-Rente in jedem Fall eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl. Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBL; gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2020]; Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL; gültig ab 1. Januar 2003, Stand: 1. Januar 2020]). Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend offensichtlich erfüllt (vgl. Versicherungszeiten in IVSTA-act. 53 [S. 8]).

## **E. 6.3**

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 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. 6.4**

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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]).

## **E. 6.5**

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

## **E. 6.6**

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.; Urteil des BVGer C-3033/2021 vom 19. Januar 2023 E. 4.3).

Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind die Sachverhalte im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit dem Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteile des BGer 9C\_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2; 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; Urteil des BVGer C-3811/2018 vom 14. Januar 2020 E. 3.7). Dabei besagt Art. 88a Abs. 1 resp. Abs. 2 IVV, dass bei einer Verbesserung bzw. Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung resp. Erhöhung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen ist, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. dazu BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

## **E. 7.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6). 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). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanmeldung erstellten Arztberichts hängt sodann wesentlich davon ab, ob dieser sich ausreichend auf das entsprechende Beweisthema - die erhebliche Änderung des Sachverhalts bzw. die effektive Veränderung des Gesundheitszustandes - bezieht (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.; Urteile des BVGer C-3679/2021 vom 5. September 2023 E. 7.2.2;

C-924/2020 vom 31. Oktober 2022 E. 5.7.2).

#### **E. 7.2.1**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

#### **E. 7.2.2**

Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

#### **E. 7.2.3.1**

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

#### **E. 7.2.3.2**

So sind Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.). In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzungen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind. Vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorzubringen vermag (vgl. Urteile des BGer 4A\_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4; 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3; 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 7.2.3.3**

Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.).

#### **E. 7.2.3.4**

Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, 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\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGER 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, 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. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGER 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; 9C\_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1 in fine; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2; 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6).

### **E. 7.3**

In medizinischer Hinsicht liegen folgende massgebende Unterlagen im Recht, wobei diese nachfolgend in chronologischer Reihenfolge und auszugsweise aufgeführt werden:

#### **E. 7.3.1**

Dr. D.\_\_\_\_\_, behandelnder Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, stellte dem Beschwerdeführer am 16. April 2018 die Diagnosen einer HWS-Distorsion und einer Bandscheibenvorwölbung am Halswirbelkörper (HWK) 5/6 (IV-act. 9.106). Beim Beschwerdeführer bestünden anhaltende Beschwerden im Bereich der HWS, nach bekanntem Unfall. Die Prognose sei gut.

#### **E. 7.3.2**

Der Allgemeinmediziner Dr. E.\_\_\_\_\_ führte am 30. Mai 2018 aus, trotz intensiver Physiotherapie (vgl. dazu den Bericht in IV-act. 9.94) persistierten die Beschwerden (IV-act. 9.103). Es fänden sich folgende Diagnosen: - Segmentdegeneration der Segmente HWK 5/6 und Brustwirbelkörper (BWK) 2/3 mit: - deutlicher, breitbasiger Diskushernie HWK 5/6 mit Ausladen in beide Neuroforamina, mit: - rechts mässiger und links etwas deutlicherer Einengung der Neuroforamina sowie - mässiger Einengung des Spinalkanals ohne Myelopathie - links paramedianer flacher Diskusprotrusion BWK 2/3 ohne Kompromittierung von neuronalen Strukturen.

#### **E. 7.3.3**

Am 8. Juni 2018 stellte Dr. D.\_\_\_\_\_ fest, beim Beschwerdeführer bestehe weiterhin eine Cervicobrachialgie links sowie eine Ausstrahlung C5 und C6 links mit Hyposensibilität (IV-act. 9.90). Der Patient leide bereits an Panikattacken. Es werde Psychotherapie, eine Magnetresonanztomographie (MRT) und Krankengymnastik empfohlen.

#### **E. 7.3.4**

Die F.\_\_\_\_\_ Klinik diagnostizierte dem Beschwerdeführer am 18. Juni 2018 was folgt (IV-act. 9.78): Zustand nach (Z. n.) Auffahrtskollision mit: - zervikospondylogenen Schmerzen - Zervikobrachialgie links bei breitbasiger Diskushernie sowie neuroforaminaler Stenose C5/C6 - linksseitiger Zervikobrachialgie. Die Klinik führte aus, der Beschwerdeführer zeige hartnäckige zervikale Schmerzen nach einem Beschleunigungstrauma der HWS. Aktuell sei das Auftreten einer Zervikobrachialgie links C6 (am ehesten entsprechend) zu verzeichnen. Diese sei durch die Unkovertebralarthrose und breitbasige Diskusprotrusion C5/C6 beidseits erklärbar. Da die physikalische Therapie aktuell keine Fortschritte mache, werde zusätzlich eine periradikuläre Infiltration C6 links vorgeschlagen. Die erste Infiltration wurde am 6. Juli 2018 durchgeführt (IV-act. 9.54), eine zweite erfolgte am 29. August 2018 (IV-act. 9.36). Am 2. Oktober 2018 berichtete die F.\_\_\_\_\_ Klinik, die erste Infiltration habe eine Woche gut geholfen, die zweite habe nur noch einen Tag eine Beschwerdelinderung bewirkt (IV-act. 9.44). Eventuell sei an eine operative Massnahme zu denken (vgl. dazu auch Operationsempfehlung in IV-act. 9.32 und 9.42). Die Korrelation zwischen Unfall und aktueller Schmerzsituation sei eindeutig (IV-act. 9.43). Die empfohlene Operation fand am 25. Januar 2019 statt (IV-act. 22 [S. 17]).

#### **E. 7.3.5**

Der Versicherungsmediziner der G.\_\_\_\_\_ stellte Mitte Oktober 2018 fest, unfallbedingte organisch-strukturelle Folgen seien nicht dokumentiert (IV-act. 9.33; vgl. auch die Beurteilung vom 17. Dezember 2018 in IV-act. 9.13). Hingegen seien vorbestehende, teils schwere degenerative Veränderungen ausgewiesen.

#### **E. 7.3.6**

Mit Bericht vom 11. März 2019 stellte die F.\_\_\_\_\_ Klinik dem Beschwerdeführer die folgenden Diagnosen (IV-act. 14.1 [S. 4 ff.]): - Status nach (St. n.) Mikrochirurgischer ventraler Diskektomie und Fusion mit Cage und Platte C5/C6 mit Dekompression der C6 Wurzel beidseits (bds.) - bei persistierenden Nackenschmerzen mit linksseitigen Brachialgien und St. n. Schleudertrauma am 28. Februar 2018 und traumatischer Diskushernie C5/C6 - Schleudertrauma WAD Klassifikation Typ 3. Am 17. April 2019 gab die Klinik an, der Beschwerdeführer berichte weiterhin von ausgeprägten Schmerzen (IV-act. 14.1 [S. 2 f.]). Die Belastung im Alltag sei sehr reduziert. Deutlich verbessert habe sich hingegen die Schlafqualität. Im Vordergrund stehe die Schleudertraumasymptomatik, welche sich sehr hartnäckig bezüglich der konservativen Therapie zeige. Auch deren psychologische Aspekte seien besprochen worden. Vom 13. Mai 2019 bis zum 7. Juni 2019 besuchte der Beschwerdeführer eine medizinische Rehabilitation in der Klinik H.\_\_\_\_\_ in (...), aus der er als weiterhin arbeitsunfähig entlassen wurde (IV-act. 14.1 [S. 1], 19 [S. 4 ff.]).

#### **E. 7.3.7**

Am 5. Juli 2019 diagnostizierte die F.\_\_\_\_\_ Klinik, Abteilung Neurologie (IV-act. 27.8 [S. 3 ff.]), dem Beschwerdeführer was folgt: - Chronisches, belastungsbetontes zerviko-zephalisches und -brachiales Schmerz-syndrom bei/mit - Ätiologisch: Differentialdiagnose (DD) myofascial, spondylogene - Klinisch-neurologisch: Ausgeprägte myogelotische Veränderungen im Nacken-Schultergürtelbereich beidseits, keine Hinweise für eine myeläre, zerviko-radikuläre oder periphere Neuropathie an den oberen Extremitäten (Untersuchung vom 3. Juli 2019) - Elektrophysiologisch: Normale Neurographie Nn. medianus und ulnaris im Seitenvergleich, normale

Nadel-elektromyographische Untersuchung Mm. deltoideus, brachio-radialis und pronator teres rechts (Untersuchung vom 3. Juli 2019) - Status nach mikrochirurgischer ventraler Diskektomie und Fusion mit Cage und Platte C5/6 mit Dekompression Wurzel C6 beidseits vom 25. Januar 2019. Gemäss der F. \_\_\_\_\_ Klinik bestehe postoperativ ein günstiger Verlauf hinsichtlich der belastungsbetonten Brachialgien, die nicht mehr aufgetreten seien. Die stationäre Rehabilitation in Süddeutschland habe nur kurzfristig bei manual-therapeutischen Behandlungen eine leichte Linderung der Nacken-Kopfschmerzen gebracht, ohne anhaltende Wirkung. Der Beschwerdeführer sei seit der Operation arbeitsunfähig. Er sei freundlich, allseits orientiert, kooperativ und psychisch sowie neuropsychologisch unauffällig. Aus neurologischer Sicht zeigten sich klinisch wie auch elektrophysiologisch keine Hinweise für eine periphere Neuropathie an den oberen Extremitäten, eine zerviko-radikuläre Ausfallsymptomatik oder ein myeläres Ausfallssyndrom. Ätiologisch seien die Beschwerden zumindest einer ausgeprägten myofaszialen Komponente zuordbar mit spannungstypähnlichen Kopfschmerzen. Differentialdiagnostisch komme eine mögliche spondylogene Mitbeteiligung in Frage. Aus therapeutischer Sicht empfehle sich ein Weiterführen der physiotherapeutischen Behandlung, zusätzlich die Gabe hochdosierten Magnesiums und allenfalls eine schmerzdistanzierende Basistherapie.

### **E. 7.3.8**

Mit Bericht vom 23. August 2019 (IV-act. 27.4) stellte das I. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen: - Persistierendes myofaszial-spondylogenes zervikozephal und -brachiales Syndrom bei: - HWS-Distorsion (QTF 3) und Verdacht auf Commotio cerebri (Kopfanprall links) nach Auffahrunfall am 28. Februar 2018 und traumatischer Diskushernie C5/C6 - St. n. Mikrochirurgischer ventraler Diskektomie und Fusion mit Cage und Platte C5/C6 mit Dekompression der C6 Wurzel bds am 25. Januar 2019 (Dr. J. \_\_\_\_\_, WS-Chirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie F. \_\_\_\_\_ Klinik) aktuelle Symptome: - Verdacht auf Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz, zugrundeliegender posttraumatischer Kopfschmerz offen (DD zervikogen, DD Spannungstyp) - Zervikozephal und -brachiales Syndrom mit myofaszialer und biomechanischer Komponente - Konzentrations-, Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Merkfähigkeit - Ein- und Durchschlafstörungen, allgemeine Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, Erschöpfung. Das I. \_\_\_\_\_ empfahl, den Schwerpunkt der multimodalen Therapie auf die Verbesserung der Schmerzsituation zu legen. Das bedeute eine konsequente Reduktion des Akutanalgetika-Gebrauchs, das Weiterführen der Kopfschmerzbasisprophylaxe mit Amitriptylin, die Weitergabe des hochdosierten Magnesiums und des Mydocalms sowie das konsequente Umsetzen nicht-medikamentöser Massnahmen wie Entspannungsverfahren, Ausdauersport, kognitive Verhaltenstherapie und Biofeedback sowie eine muskuloskeletale HWS/BWS-fokussierte sportphysiotherapeutische Behandlung. Im Bericht vom 21. November 2019 führte das I. \_\_\_\_\_ aus, die Nackenverspannungen mit Kopfschmerzen könnten in der Arbeitstätigkeit belastend sein (IV-act. 36 [S. 17; Bericht nur teilweise in den Akten enthalten]). Vor allem gebe es Probleme mit der Konzentration, langen stehenden oder sitzenden Tätigkeiten oder langen Computerarbeiten. Wünschenswert wäre eine langsame Integration in das Arbeitsumfeld mit initial zwei Stunden am Tag und langsamer Steigerung der Aufgaben, abhängig von der Konzentrationsfähigkeit und der Schmerzsymptomatik. Es lägen keine nicht-medizinischen Probleme vor.

### **E. 7.3.9**

Dr. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte dem Beschwerdeführer in der medizinischen Beurteilung vom 22. November 2019 zuhanden des Krankenversicherers folgende Diagnosen (IV-act. 32 [S. 12 f.]): - Status nach Operation am 25. Januar 2019; bei Diskushernie in Höhe HWK 5/6 erfolgte eine ventrale Diskektomie mit Implantation Cage/Platte; gutes postoperatives Ergebnis, kein neurologisches Defizit - Status nach Auffahrunfall am 28. Februar 2018 mit Distorsion der HWS, Fallabschluss durch die Unfallversicherung per 28. Oktober 2018 - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur; beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur - Aufhebung der Aussenrotation linke Schulter bei ansonsten freien Funktionen nach Entfernung eines Lipoms - Status nach Arthroskopie rechtes Kniegelenk - Status nach Bandnaht rechtes Oberschenkelgelenk (OSG). Die Fachärztin hielt fest, der Beschwerdeführer sei bisher nicht in psychiatrischer Therapie gestanden (S. 6). In der kommenden Woche habe er einen ersten Vorstellungstermin. Unter Vorgabe von Beschwerden wie Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Nervosität und/oder Traurigkeit, berichte der Beschwerdeführer, dass er seit der Kündigung seiner Arbeitsstelle irritiert sei. Es stünden Beschwerden des neurologischen Fachgebietes im Vordergrund (S. 12 - 14). Aus orthopädischer Sicht sei per 1. Januar 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten im Büro zu erwarten (S. 14). Die subjektiv geklagten Beschwerden könnten objektiviert werden. Die Prognose sei gut.

### **E. 7.3.10**

Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. L.\_\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis M.\_\_\_\_\_, vom 18. Dezember 2019 heisst es (zitiert in IV-act. 35 [S. 5 f.]), die Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_ erschienen nicht konsistent und vor allem hinsichtlich der Prognostik und Umsetzbarkeit der therapeutischen Ratschläge nicht realistisch. Der Beschwerdeführer sei seit dem 18. November 2019 in der Gemeinschaftspraxis in Behandlung, und er werde weiterhin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben, wegen einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1).

### **E. 7.3.11**

Dr. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiater und Psychotherapie, stellte in der bidisziplinären medizinischen Kurzbeurteilung vom 14. Januar 2020 (IV-act. 35) insbesondere fest, der Beschwerdeführer erzähle nachvollziehbar, ohne Aggravationsneigung und ohne Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung von seinen anhaltenden körperlichen Beschwerden (S. 15). Er sei seit November 2019 in ambulanter psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung. Der Beschwerdeführer berichte mit gutem affektivem Rapport und deutlichem, aber adäquatem Leidensdruck (sowohl psychisch als auch somatisch [S. 16]). Es bestehe ein ausgeprägtes depressives somatisches Syndrom. Der Beschwerdeführer habe keine Lebensfreude mehr und ziehe sich sozial zurück. In der Hamilton Depressionsskala erreiche der Beschwerdeführer eine Punktzahl, die einer schweren Depression gleichkomme und mit dem klinischen Eindruck übereinstimme (S. 17). Dabei sei allerdings zu berücksichtigen, dass diese Punktzahl den schlechteren Tagen des Beschwerdeführers entspreche und es auch bessere gebe, mit etwas leichter Symptomatik. Somit sei der Beschwerdeführer nur mittelschwer depressiv. Dessen Zustand schwanke demnach zwischen mittelschwerer und schwerer Depression und die Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit sei dementsprechend eingeschränkt. Es bestünden

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anhaltende depressive Episode, gegenwärtig zwischen mittelschwer und schwergradig schwankend, mit ausgeprägtem somatischem Syndrom, aber ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.11/F32.2) - im Sinne einer emotionalen bzw. depressiven Reaktion / Anpassungsstörung auf die psychischen, körperlichen und sozialen Unfallfolgen mit negativen Rechtsentscheiden, anhaltender Arbeitsunfähigkeit, Stellenverlust und beruflicher Perspektivlosigkeit mit Existenz- und Zukunftsängsten (ICD-10 F43.21, Z56, Z59) bei - St. n. Auffahrunfall am 29. Oktober 2018 mit Schleudertraumafolgen und HWS-Verletzung mit operativer Sanierung in der F. \_\_\_\_\_ Klinik am 25. Januar 2019 und anschliessender Reha in Deutschland im Mai 2019 (vgl. diesbezüglich das orthopädische Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 22. November 2019). Der Gutachter schilderte, der Beschwerdeführer habe nach dem Auffahrunfall ein Schleudertrauma 3. Grades erlitten (S. 19). Später sei ein Bandscheibendefekt im Bereich C5/C6 festgestellt worden, der operativ saniert und mit einem Rehaaufenthalt im Mai 2019 in Deutschland behandelt worden sei. In der Folge hätten weiterhin anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen bestanden, sobald der Beschwerdeführer länger als eine halbe bis Dreiviertelstunde am Computer gearbeitet oder TV geschaut habe. Ferner hätten sich anhaltende Konzentrationsstörungen sowie zunehmend auch eine depressive Entwicklung ergeben. Psychiatrisch-diagnostisch handle es sich bei der vorliegenden depressiven Symptomatik primär um eine emotionale Reaktion / Anpassungsstörung auf die vorgenannten Unfallfolgen, mit anhaltenden somatischen und kognitiven Beschwerden und Defiziten sowie dem Verlust der Arbeitsstelle und der damit verbundenen aktuellen Arbeitslosigkeit mit Existenz- und Zukunftsängsten, bei persistierender Unfallfolgesymptomatik (mit Nacken- und Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und depressiver Entwicklung [S. 20]). Die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund der vorliegenden ausgeprägten depressiven Symptomatik, der anhaltenden Konzentrationsstörungen sowie der Nacken- und Kopfschmerzen nach wie vor in erheblichem Masse eingeschränkt. Die vom behandelnden Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% sei somit begründet und ausgewiesen. Therapeutisch bestehe Handlungsbedarf (regelmässige ambulant-psychiatrische Begleitung und Therapie, antidepressive Psychopharmakotherapie, Schlafmedikation). Alle subjektiv beklagten Beschwerden könnten objektiviert werden (S. 22). Es liege eine zumindest mittelschwere, teilweise sogar schwergradige depressive Störung mit ausgeprägten somatischen Symptomen, aber ohne psychotische Symptome, vor. Grundsätzlich sei die Prognosen mittelfristig gut, und es sei von einer vollständigen Wiederherstellung auszugehen. Aufgrund seiner (ausgeprägten) depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer in seinen emotionalen Funktionen (Stimmung, Stabilität, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Ausdauer), den kognitiven Funktionen (Merkfähigkeit, Konzentration, Aufmerksamkeit) wie auch den somatischen Funktionen (Antrieb, Tatkraft, Energie, Vitalgefühl) und damit in seiner Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit zurzeit erheblich eingeschränkt, und zwar aktuell zu 100% (S. 23). Dem Beschwerdeführer sei derzeit keine Tätigkeit zumutbar.

### **E. 7.3.12**

Der Psychiater des regionalen ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) erklärte am 20. April 2020, das Gutachten von Dr. N. \_\_\_\_\_ sei mehrheitlich nachvollziehbar (IV-act. 39). Die Schwere der depressiven Symptome, von denen Dr. N. \_\_\_\_\_ ausgehe, könne er aber nicht ohne weiteres stützen. Aus Sicht des RAD liege beim Beschwerdeführer (lediglich) ein mittelschweres depressives Syndrom vor. Diese Einschätzung werde unter

anderem durch die Tatsache unterstützt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Auto fahre. Das Autofahren im Strassenverkehr erfordere eine relativ hohe Aufmerksamkeit und Konzentration, zudem einen gewissen Antrieb, eine gewisse Motivation, ein Durchhaltevermögen, Vorausplanung und Koordination und sei daher nicht mit einem schwer depressiven Zustand vereinbar. Die Annahme, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei vollumfänglich aufgehoben, sei versicherungsmedizinisch im vorliegenden Fall nicht haltbar. Der RAD gehe davon aus, dass beim Beschwerdeführer ein reaktives depressives Geschehen vorliege. Das heisse, die depressive Entwicklung sei massgeblich von psychosozial belastenden Umständen (IV-fremden Gründen) getriggert und aufrechterhalten worden. Es liege kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, der längerdauernd oder dauerhaft eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit begründe. Dennoch sei aber festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit November 2019 aufgrund seiner depressiven Reaktion (nach Erhalt der Kündigung der Arbeitsstelle) arbeitsunfähig geschrieben werde. Die Orthopädin des RAD legte, ebenfalls am 20. April 2020, dar, aus orthopädischer Sicht sei per 1. Januar 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten im Büro zu erwarten (IV-act. 38). Aus psychia-trischer Sicht liege IV-medizinisch gesehen kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, der längerdauernd oder dauerhaft eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit begründe. Laut orthopädischem Gutachten sei die angestammte Tätigkeit als angepasst zu bezeichnen. Die depressive Entwicklung sei massgeblich von psychosozial belastenden Umständen (IV-fremden Gründen) getriggert und aufrechterhalten worden.

#### **E. 7.3.13**

Die behandelnde Psychiaterin, Dr. O.\_\_\_\_\_, gab am 29. Oktober 2020 an, der Beschwerdeführer sei von November 2019 bis September 2020 bei ihr (bzw. in ihrer (Praxis) M.\_\_\_\_\_) in fachärztlich-psychiatrischer ambulanter Behandlung gestanden (IV-act. 46). Es hätten psychotherapeutische Gespräche stattgefunden, unterstützt von einer medikamentösen Einstellung mit Antidepressiva und Neuroleptika. Der Beschwerdeführer habe über Ein- und Durchschlaf-Störungen, Grübeln, Gedankenkreisen, Gefühle der Rat- und Hilflosigkeit, der Wut, Niedergeschlagenheit, des sozialen Rückzugs, Konzentrationsstörungen, Energieverlust sowie Schmerzen im Rücken und in den Extremitäten geklagt. Bewerbungs-Versuche nach dem Verlust des Arbeitsplatzes seien frustrierend gewesen, was zusätzlich zu Konflikten in der Familie und Selbstzweifeln geführt habe. Von einer Stabilisierung von Stimmung und Affekten lasse sich noch nicht sprechen. Ende August 2020 sei dem Beschwerdeführer dringend empfohlen worden, sich stationär fachpsychiatrisch und psychosomatisch behandeln zu lassen; die entsprechende Zuweisung in die Klinik P.\_\_\_\_\_ sei bereits ausgestellt worden. Aufgrund einer fehlenden Kostenzusage habe die Therapie in der M.\_\_\_\_\_ leider beendet werden müssen; die Kostenübernahme für die stationäre Therapie sei aufgrund dessen auch abgelehnt worden. Aus fachärztlicher Sicht sei mit Blick auf die ausgeprägten psychischen und psychovegetativen Symptome im Zeitpunkt der Beendigung der Therapie eine Arbeitstätigkeit weder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch im erlernten Beruf zumutbar gewesen. Es bestünden folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach dem Arbeitsunfall 2018 und Arbeitsverlust 2019 (ICD-10 F45.41).

#### **E. 7.3.14**

Der Psychiater des RAD meinte in der Folge am 6. November 2020, im Bericht von Dr. O.\_\_\_\_\_ würden Symptome bzw. Beschwerden oder Auffälligkeiten aufgeführt, welche nicht die Kernsymptome einer schweren depressiven Erkrankung darstellten, sondern vielmehr Begleitbeschwerden bzw. Nebensymptome seien, wobei zudem nicht alle genannten Symptome als depressionstypisch gälten (IV-act. 50). Auch was die Diagnose der chronischen Schmerzstörung anbelange, werde diese nicht differenziert und nachvollziehbar hergeleitet. Ein möglicher Zusammenhang bzw. ein möglicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werde ebensowenig aufgezeigt. Schliesslich lasse sich nicht erkennen, ob die psychische Symptomatik sich verselbstständigt habe bzw. inzwischen von einem eigenständigen Krankheitsbild, losgelöst von psychosozial belastenden Umständen, auszugehen sei. Insofern liefere der Bericht keine neuen wesentlichen Informationen, die zu einer Änderung der Stellungnahmen des RAD vom 20. April 2020 führen würden.

#### **E. 7.3.15**

Die neu behandelnde Q.\_\_\_\_\_ stellte dem Beschwerdeführer am 2. Dezember 2020 die (Verdachts-)Diagnosen einer anhaltenden depressiven Symptomatik, mit Zusammenhang zum Wegeunfall im Februar 2018 (ICD-10 F33.2 G, ICD-10 F45.41 V; IV-act. 52 [S. 3]). Es werde eine ambulante Psychotherapie, eine fachärztliche Abklärung in den Bereichen Psychiatrie und Neurologie sowie eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Am 3. Dezember 2020 diagnostizierte die Q.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer was folgt (BVGer-act. 1 [Beilage 3]): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2 G) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 V). Es sei von einer depressiven Störung und einer wahrscheinlich psychisch mitbedingten Schmerzsymptomatik auszugehen. Die Depression habe sich etwas gebessert, sei aber noch nicht als remittiert einzuschätzen. Die ambulante Psychotherapie sei weiterzuführen, die antidepressive Medikation fortzusetzen, und es habe eine fachärztlich neurologische Mitbehandlung zu erfolgen. Die voraussichtliche Wartezeit für die Psychotherapie betrage 11 Monate.

#### **E. 7.3.16**

Am 23. Februar 2021 berichtete der Hausarzt Dr. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, beim Beschwerdeführer liege eine psychische Erkrankung im Sinne einer mittelschweren bis schweren Depression vor (BVGer-act. 7 [Beilage 5]). Bezüglich der dringend notwendigen Behandlung warte der Patient bisher nach wie vor vergeblich auf einen Therapieplatz. Die Erkrankung bedinge schwere bis schwerste Einschränkungen in allen Bereichen des täglichen Lebens. Am 10. Mai 2021 bestätigte die Q.\_\_\_\_\_ die bisherigen Diagnosen, wobei bezüglich depressiver Störung gegenwärtig von einer mittelgradigen Episode ausgegangen werde (BVGer-act. 11 [Beilage 7]). Der Beschwerdeführer sei für die ambulante Behandlung hoch motiviert. Aufgrund der geschilderten Beschwerden und Belastungen sei eine ambulante Psychotherapie dringend indiziert. Mit Bericht vom 19. Juli 2021 bestätigte die Q.\_\_\_\_\_ weiterhin die bisherigen Diagnosen (BVGer-act. 15 [Beilage 9]). Es werde ein stationärer Aufenthalt bzw. eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung befürwortet, zu welcher der Beschwerdeführer sich ausgesprochen motiviert und ausreichend belastbar zeige. Die ambulante Psychotherapie soll anschliessend fortgesetzt werden. Am 18. August 2021 wurde dem Beschwerdeführer eine fünfwöchige stationäre Rehabilitation in der S.\_\_\_\_\_ bewilligt (BVGer-act. 15 [Beilage 10]). Der RAD äusserte sich zu diesen Berichten inhaltlich nicht mehr (BVGer-act. 6, 9, 13, 17 [Beilagen]).

#### **E. 7.4.1**

Die Vorinstanz stützte sich bei ihrer Beurteilung vornehmlich auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte vom 20. April 2020 und 6. November 2020, wonach eine massgebende Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2020 nicht mehr ausgewiesen sei (IV-act. 38, 39, 50). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, er sei Vater von zwei Kindern, habe eine glückliche Ehe geführt, mit seiner Familie in einem eigenen Haus gewohnt und sei beruflich erfolgreich gewesen (BVGer-act. 1, 11, 15). Durch den Auffahr-Autounfall vom 28. Februar 2018 sei er aus dem Leben gerissen worden. Seither sei er arbeitsunfähig, wodurch er die Arbeitsstelle verloren habe. Die IV habe ohne weitere Abklärungen, insbesondere ohne persönliche Untersuchung und ohne Beizug eines Berichts der behandelnden Psychiaterin, sowie gestützt auf längst überholte Beurteilungen einen ablehnenden Vorbescheid erlassen. Die Beurteilungen des RAD-Arztes seien sodann nicht schlüssig, umfassten nur knapp eine Seite und widersprüchen den Einschätzungen von Dr. N.\_\_\_\_\_, Dr. O.\_\_\_\_\_ und der Q.\_\_\_\_\_, obwohl diese diagnostisch weitgehend übereinstimmten. Zudem führe der RAD-Arzt die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers ohne Begründung auf IV-fremde Ursachen zurück. Dieser habe sich bis zum (relativ leichten) Auffahrerunfall sehr erfolgreich im Leben bewegt. Er habe keinen Grund, dies aufs Spiel zu setzen, wenn er nicht wirklich schwerwiegend erkrankt wäre. Zusammenfassend habe die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz missachtet und halte die Beurteilung des RAD-Arztes den strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung nicht stand. Es bestünden mehr als nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Vielmehr vermöchten die oben genannten Ausführungen erhebliche Zweifel an der RAD-Beurteilung zu erwecken. Die vorliegende Problematik sei, in Verletzung von Art. 43 ATSG, weder in tatsächlicher noch in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Namentlich sei in Verletzung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer sei daher zwingend versicherungsextern psychiatrisch zu begutachten. Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses habe kein medizinischer Endzustand vorgelegen, und ein solcher liege immer noch nicht vor. Ob und wann der Beschwerdeführer wieder arbeiten könne, sei offen. Er sei anhaltend arbeitsunfähig.

#### **E. 7.4.2**

Die RAD-Ärzte haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht. Ferner fehlt eine umfassende, sorgfältige Würdigung der gesamten Aktenlage und eine einlässliche Auseinandersetzung mit dem medizinischen Sachverhalt. Dabei ist offensichtlich, dass eine ausreichende medizinische Beurteilung, mit Blick auf ein IV-Dossier von nahezu 800 Seiten, welches nicht nur IV-Akten, sondern auch Unterlagen der Unfallversicherung und der Krankenversicherung enthält, und in der psychische wie auch somatische Leiden zu würdigen sind, in den wenige Zeilen umfassenden, sich teilweise wiederholenden Stellungnahmen (vgl. IV-act. 38, 39, 50) gar nicht erfolgen kann. Ausserdem lassen sich die Beurteilungen der RAD-Ärzte in weiten Teilen nicht nachvollziehen. So führte der RAD-Psychiater am 20. April 2020 aus, der Einschätzung des Gutachters Dr. N.\_\_\_\_\_ könne 'mehrheitlich gefolgt werden'. Er wich dann aber - ohne zureichende Begründung - doch von dessen Beurteilung betreffend die Schwere der depressiven Symptome und der Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig sei, ab. Dies lässt sich nicht rechtfertigen. Ohnehin erscheint die Argumentation des RAD-Psychiaters, wonach eine schwere Depression nicht vorliegen könne, weil der Beschwerdeführer noch Auto

fahre (vgl. dazu IV-act. 39), als offensichtlich zu kurz gefasst und unzureichend. Diese Begründung erweist sich als umso fehlerhafter, als der Beschwerdeführer zur Begutachtung bei Dr. K.\_\_\_\_\_ von seinem Vater chauffiert werden musste, also gar nicht selber fuhr (vgl. dazu IV-act. 32 [S. 5 und 7]). Der RAD-Arzt führte sodann die Problematik des Beschwerdeführers auf invaliditätsfremde Ursachen zurück. Dabei handelt es sich aber um eine blosser Behauptung, begründete der RAD-Arzt doch seine Einschätzung nicht. Ferner ist festzustellen, dass sowohl der begutachtende Psychiater Dr. N.\_\_\_\_\_ als auch die behandelnde Psychiaterin Dr. O.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bescheinigen und dies auch - weitgehend im Einklang mit der Beurteilung der aktuell behandelnden Q.\_\_\_\_\_ - begründeten. Der RAD-Arzt teilte diese Beurteilung nicht, unterliess es aber wiederum, seine abweichende Haltung (nachvollziehbar und einlässlich) zu begründen. Nicht gewürdigt wurde ferner, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Unfall zahlreichen Behandlungen, Eingriffen und Therapien unterzog und weiterhin unterzieht (z.B. Infiltrationen, Rückenoperation, Physiotherapie, Psychotherapie, medikamentöse Behandlungen), die bislang aber allesamt nicht nachhaltig erfolgreich waren. Wenn der RAD-Arzt schliesslich ausführt (vgl. dazu IV-act. 50), 'es lasse sich nicht erkennen, ob die psychische Symptomatik sich verselbstständigt habe bzw. ob inzwischen von einem eigenständigen Krankheitsbild, losgelöst von psychosozial belastenden Umständen, auszugehen sei' und 'ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werde nicht aufgezeigt', scheint er - in Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes - davon auszugehen, der Beschwerdeführer müsse seine Invalidität vollumfänglich selber beweisen. Die IV-Stelle trifft aber eine Prüfungs- wie auch eine Abklärungspflicht (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 28a Rz. 182 ff.). Bestehen Anhaltspunkte, z.B. dass eine verselbständigte psychische Symptomatik oder eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit vorliegen könnte, ist es Aufgabe der IV-Stelle (und nicht des Beschwerdeführers), dies einlässlich abzuklären. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass (wie auch nachfolgend in E. 7.4.3 f. aufgezeigt wird) weder ein feststehender medizinischer Sachverhalt vorliegt, noch beweistaugliche Unterlagen vorhanden sind, noch die RAD-Berichte als zuverlässig und schlüssig eingestuft werden können. Auf diese darf im vorliegenden Verfahren daher nicht abgestellt werden (vgl. dazu E. 7.2.3.4 hiervor). Vielmehr sind ergänzende Abklärungen erforderlich (vgl. z.B. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6).

### **E. 7.4.3**

Auch anderweitig finden sich in den Akten keine medizinischen Unterlagen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführer zuliessen. So ist der Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_\_, wonach aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, entgegen zu halten, dass die Ärztin selber ausführt, beim Beschwerdeführer stünden neurologische Beschwerden im Vordergrund (IV-act. 32 [S. 12]; so auch Dr. N.\_\_\_\_\_ in IV-act. 35 [S. 7]). Eine neurologische Abklärung wurde aber nicht veranlasst. Ebenso erhob die Ärztin keine vollständige Anamnese, sondern beschränkte sich (ohne Begründung) auf eine Auswahl an medizinischen Unterlagen (vgl. IV-act. 32 [S. 2]). Insbesondere fehlen die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_\_, diverse Berichte der F.\_\_\_\_\_ Klinik bis Ende 2018 und neuere Unterlagen des I.\_\_\_\_\_. Um eine umfassende medizinische Beurteilung handelt es sich mithin nicht. Zum Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ ist erstens anzumerken, dass dieses zwar auf einer persönlichen Untersuchung, aber ebenfalls auf einer unvollständigen Anamnese beruht, schreibt der Arzt doch selber,

dass diverse Akten fehlten bzw. lediglich zwei Dokumente vorlägen (IV-act. 35 [S. 5]). Zweitens leuchtet seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer - entgegen der in der Hamilton Depressionsskala erreichten Punktzahl und des damit übereinstimmenden klinischen Eindrucks - an keiner schweren Depression leide, allein in der Annahme, dieser habe 'auch bessere Tage' (S. 17), nicht ein bzw. erscheint die Begründung als zu wenig substantiiert. Drittens fehlt eine Auseinandersetzung mit den bereits im Jahr 2018 geschilderten Panikattacken (vgl. IV-act. 9.90); solche werden vom Gutachter nicht einmal erwähnt. Viertens finden sich im Gutachten keine ausführlichen Darlegungen zur Frage, ob der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 leidet, welche keiner invalidisierenden Krankheit entsprechen würde, oder ob beim Beschwerdeführer eine verselbständigte depressive Entwicklung bzw. allenfalls eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach ICD-10 F43.21 besteht, welche durchaus eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung bewirken könnte (vgl. dazu Urteil des BGR 9C\_436/2022 vom 26. Januar 2023 E. 3.2.1, in: SVR 7/2023 IV Nr. 31 S. 103 [soweit der Gutachter dem Beschwerdeführer die Diagnose ICD-10 F43.21 stellt, wäre nach der Rechtsprechung jedenfalls ein potentiell invalidisierendes Leiden gegeben]). Dr. N.\_\_\_\_\_ bezeichnet seinen Bericht fünftens als 'bidisziplinäre' Beurteilung (IV-act. 32); eine Konsiliarbeurteilung ist darin aber nicht enthalten. Insgesamt erweist sich das Gutachten bzw. die Kurzbeurteilung als unvollständig und nicht schlüssig (wobei schon die Bezeichnung 'Kurzbeurteilung' auf keine umfassende Begutachtung hindeuten dürfte), womit auf diese ebenfalls nicht abgestellt werden kann. Nicht (einlässlich) geklärt wurden in den vorliegenden medizinischen Unterlagen sodann die Wechselwirkungen zwischen den körperlichen und psychischen Beschwerden. So lässt sich den Akten eindrücklich entnehmen, wie der Beschwerdeführer anfänglich als kooperativ, freundlich und psychisch unauffällig beschrieben wurde (IV-act. 27.8 [vgl. aber die bereits in IV-act. 9.90 beschriebenen Panikattacken]), und davon berichtet wurde, dass er sich in einem guten Allgemeinzustand befand (IV-act. 9.36, 9.54, 32 [S. 8]), wobei das Bestehen nichtmedizinischer Probleme verneint wurde (IV-act. 36 [S. 18]). Mit der Zeit traten dann aber, bei - trotz zahlreicher Behandlungen und hoher Therapiemotivation (IV-act. 32 [S. 8]; BVGer-act. 11 [Beilage 7], 15 [Beilage 9]) - persistierenden Beschwerden, zunehmend behandlungsbedürftige psychische Symptome wie beispielsweise Ängste, der Verlust der Lebensfreude, Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen auf (IV-act. 32 [S. 6], 35 [S. 9]; BVGer-act. 15 [Beilage 9]). Schliesslich geriet das Leben des Beschwerdeführers vollends aus den Fugen. So verlor er, der vor dem Unfall einen angesehenen Beruf ausgeübt, gut verdient und nach den Akten ein intaktes Familienleben geführt hatte, seine Arbeitsstelle und es entwickelten sich finanzielle Probleme sowie partnerschaftliche Konflikte (BVGer-act. 1 [Beilage 3], 15 [Beilage 9]), wobei sich der Beschwerdeführer weiterhin, aber erfolglos, um neue Arbeitsstellen bemühte (vgl. IV-act. 32 [S. 5], 35 [S. 11]). Wie eingangs festgestellt, lässt sich den Akten keine Auseinandersetzung mit den Fragen entnehmen, ob und inwiefern sich die körperlichen und psychischen Leiden des Beschwerdeführers beeinflussten. Insbesondere mit Blick auf die in den Akten festgehaltene chronische Schmerzstörung (vgl. IV-act. 46; BVGer-act. 1 [Beilage 3]) wäre eine eingehende Würdigung dieser Wechselwirkungen aber zwingend notwendig gewesen (vgl. Urteil des BVGer C-1250/2020 vom 19. November 2021 E. 7.5.3). Der Sachverhalt erweist sich mithin auch in dieser Hinsicht als unzureichend abgeklärt. Schliesslich fehlen Unterlagen, die sich nachvollziehbar und ausführlich zum Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts (bzw. der effektiven Verbesserung des Gesundheitszustandes

des Beschwerdeführers per Anfang 2020) äussern (vgl. dazu E. 7.1 hiervor).

#### **E. 7.4.4**

Geht es - wie hier - um psychische Erkrankungen, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2 ff.; 143 V 418 E. 6 ff.; Urteil des BVGer C-3253/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.6). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine lege artis gestellte, psychiatrische Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Im Übrigen systematisierte das Bundesgericht die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten], Persönlichkeit [Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen] und sozialer Kontext) und Kategorie «Konsistenz»/«Gesichtspunkte des Verhaltens» (mit den Komplexen gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebens-bereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann ausnahmsweise dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteil des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.4.4 m.H.). Entbehrlich bleibt es beispielsweise, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen von einer bloss leichtgradigen, nicht chronifizierten depressiven Störung (ohne Komorbiditäten) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Vorliegend lässt sich ein Verzicht mit Blick auf die diagnostizierten Leiden und die fehlenden beweiskräftigen medizinischen Unterlagen nicht begründen. Folglich wird das strukturierte Beweisverfahren noch nachzuholen sein.

#### **E. 8**

Juni 2022 E. 2.4). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht un- beschränkt, sondern findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a; je m.H.).

#### **E. 8.1**

Insgesamt ist festzustellen, dass keine beweiskräftigen medizinischen Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Be- schwerdeführers erlauben. Vielmehr erweisen sich die im Recht liegenden medizinischen Akten als lückenhaft und lassen insbesondere eine verläss- liche Einschätzung des psychischen Beschwerdebilds nicht zu. Es sind da- her weitere medizinische Abklärungen erforderlich.

#### **E. 8.2**

Die Vorinstanz hat mithin, bevor sie neu entscheidet, nach Aktualisie- rung und Vervollständigung der medizinischen Akten (u.a. Beizug aktueller Berichte der behandelnden Ärzte) insbesondere ein Gutachten einzuholen, welches zumindest psychiatrische (unter Berücksichtigung der Standardin- dikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [vgl. dazu E. 7.4.4 hiervor]), orthopädische und

neurologische Abklärungen enthält, wobei der Beizug weiterer Gutachter in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz respektive der Experten gestellt wird (Art. 43 ff. ATSG; Urteile des BGer 8C\_277/2014 vom 30. Januar 2015 E. 5.2; 8C\_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1).

### **E. 8.3**

Die Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal 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; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der entsprechende Auftrag ist einer Gutachterstelle zu erteilen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat (Medizinische Abklärungsstellen [Medas] im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG), wobei die Vergabe des entsprechenden

C-445/2021 Seite 28 Auftrags nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“ zu erfolgen hat (vgl. Art. 72bis Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2) und für eine einvernehmliche Benennung der Experten (BGE 140 V 507 E. 3.1 und E. 3.2.1) kein Raum bleibt. Dem Beschwerdeführer ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren, und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; Urteil des BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023 E. 10.3). Hinweise, dass es dem Beschwerdeführer nicht möglich oder zumutbar wäre, zwecks Begutachtung in die Schweiz zu reisen, lassen sich den Akten nicht entnehmen. 9. Da die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2020 gestützt auf eine unvollständige Abklärung der vorliegend relevanten Tatsachen, insbesondere gestützt auf eine unvollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts, erging, ist sie aufzuheben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese nach Durchführung der erforderlichen zusätzlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. 10. Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 29. Dezember 2020 zugesprochene befristete, ganze Rente in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig am 24. August 2023 das rechtliche Gehör gewährt (BVGer-act. 22). Mit Eingabe vom 14. September 2023 hielt dieser an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 23). 11. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass das von der Vorinstanz beim Gericht eingereichte Schreiben und die Todesfall-Liste, je datierend vom 1. November 2019 (IV-act. 31 [S. 8 und 9]), offenkundig andere versicherte Personen als den Beschwerdeführer betreffen und daher aus den Akten des vorliegenden Verfahrens zu entfernen sind. 12. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

C-445/2021 Seite 29 12.1 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. Da eine Rückweisung präzisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten sein. 12.2 Der obsiegende,

anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Dabei steht dem Gericht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteil des BGer 9C\_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht, bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-, einem Zeitaufwand von 870 Minuten (14.5 Stunden), pauschalen Barauslagen von Fr. 108.75 (in casu 3% des beantragten Honorars) und einer Mehrwertsteuer von Fr. 2.85, insgesamt ein Honorar von Fr. 3'736.60 geltend (BVGer-act. 23, Beilage). Mit Blick darauf, dass der Stundenansatz mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 7 ff. VGKE), wobei er praxisgemäss in vergleichbaren Fällen bei Fr. 250.- liegt (vgl. z.B. Urteile des BVGer C-1700/2021 vom 27. April 2023 E. 7.2.2; C-3033/2021 vom 19. Januar 2023 E. 10.2.2; C-1132/2018 vom 2. November 2022 E. 9.2 und 9.3; C-810/2022 vom 8. August 2022), ist der in Rechnung gestellte Stundenansatz zu akzeptieren. Der geltend gemachte Aufwand von 14.5 Stunden gilt, unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands (Beschwerdeschrift von 7 Seiten, ergänzende Eingaben von insgesamt ca. 6 Seiten [mit zahlreichen Beilagen]; mehrfacher Schriftenwechsel), der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten, der Dauer des Verfahrens (von beinahe drei Jahren) und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als angemessen. Bezüglich der Spesen ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Art. 11 Abs. 1 VGKE die tatsächlichen Auslagen zu vergüten sind (vgl. dazu auch Urteile des BVGer C-45/2014 vom 26. Juli 2016 E. 9.2.2 m.H. auf A-4556/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1.3; C-1015/2018 vom 18. Juli 2018),

C-445/2021 Seite 30 weshalb die in Rechnung gestellten pauschalen Spesen von 3% des Honorars grundsätzlich nicht zulässig sind, sofern – wie hier – keine besonderen Verhältnisse vorliegen (vgl. Art. 11 Abs. 3 VGKE). Mit Blick auf die umfangreichen Akten und die detaillierte Honorarnote, welche den angefallenen Aufwand nachvollziehbar macht, ist jedoch davon auszugehen, dass die geltend gemachten Auslagen für Porto, Telefon und Fotokopien in der Höhe von Fr. 108.75 in etwa den tatsächlichen Kosten entsprechen dürften, sodass sie in dieser Höhe zu entschädigen sind. Zur Mehrwertsteuer ist anzufügen, dass die Entschädigung ohne dieselbe zuzusprechen ist, da der Beschwerdeführer im Ausland wohnt und es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-2823/2022 vom 26. Mai 2023 E. 7.3 f.; C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3; C-6173/2009 vom 29. August 2011). Mithin ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'733.75 zuzusprechen. Die (unterliegende) Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

C-445/2021 Seite 31

## **E. 9**

Da die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2020 gestützt auf eine unvollständige Abklärung der vorliegend relevanten Tatsachen, insbesondere gestützt auf eine unvollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts, erging, ist sie aufzuheben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese nach Durchführung der erforderlichen zusätzlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf

Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

#### **E. 10**

Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 29. Dezember 2020 zugesprochene befristete, ganze Rente in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig am 24. August 2023 das rechtliche Gehör gewährt (BVGer-act. 22). Mit Eingabe vom 14. September 2023 hielt dieser an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 23).

#### **E. 11**

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass das von der Vorinstanz beim Gericht eingereichte Schreiben und die Todesfall-Liste, je datierend vom 1. November 2019 (IV-act. 31 [S. 8 und 9]), offenkundig andere versicherte Personen als den Beschwerdeführer betreffen und daher aus den Akten des vorliegenden Verfahrens zu entfernen sind.

#### **E. 12**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 12.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten sein.

##### **E. 12.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Dabei steht dem Gericht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteil des BGer 9C\_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht, bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-, einem Zeitaufwand von 870 Minuten (14.5 Stunden), pauschalen Barauslagen von Fr. 108.75 (in casu 3% des beantragten Honorars) und einer Mehrwertsteuer von Fr. 2.85, insgesamt ein Honorar von Fr. 3'736.60 geltend (BVGer-act. 23, Beilage). Mit Blick darauf, dass der Stundenansatz mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 7 ff. VGKE), wobei er praxisgemäss in vergleichbaren Fällen bei Fr. 250.- liegt (vgl. z.B. Urteile des BVGer C-1700/2021 vom 27. April 2023 E. 7.2.2; C-3033/2021 vom 19. Januar 2023 E. 10.2.2; C-1132/2018 vom 2. November 2022 E. 9.2 und 9.3; C-810/2022 vom 8. August 2022), ist der in Rechnung gestellte Stundenansatz zu akzeptieren. Der geltend gemachte Aufwand von 14.5 Stunden gilt, unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands (Beschwerdeschrift von 7 Seiten, ergänzende Eingaben von insgesamt ca. 6 Seiten [mit zahlreichen Beilagen]; mehrfacher Schriftenwechsel), der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten, der Dauer des

Verfahrens (von beinahe drei Jahren) und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als angemessen. Bezüglich der Spesen ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Art. 11 Abs. 1 VGKE die tatsächlichen Auslagen zu vergüten sind (vgl. dazu auch Urteile des BVGer C-45/2014 vom 26. Juli 2016 E. 9.2.2 m.H. auf A-4556/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1.3; C-1015/2018 vom 18. Juli 2018), weshalb die in Rechnung gestellten pauschalen Spesen von 3% des Honorars grundsätzlich nicht zulässig sind, sofern - wie hier - keine besonderen Verhältnisse vorliegen (vgl. Art. 11 Abs. 3 VGKE). Mit Blick auf die umfangreichen Akten und die detaillierte Honorarnote, welche den angefallenen Aufwand nachvollziehbar macht, ist jedoch davon auszugehen, dass die geltend gemachten Auslagen für Porto, Telefon und Fotokopien in der Höhe von Fr. 108.75 in etwa den tatsächlichen Kosten entsprechen dürften, sodass sie in dieser Höhe zu entschädigen sind. Zur Mehrwertsteuer ist anzufügen, dass die Entschädigung ohne dieselbe zuzusprechen ist, da der Beschwerdeführer im Ausland wohnt und es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-2823/2022 vom 26. Mai 2023 E. 7.3 f.; C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3; C-6173/2009 vom 29. August 2011). Mithin ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'733.75 zuzusprechen. Die (unterliegende) Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

## **E. 13**

Februar 2015 E. 3.2 m.H.). 7.2.3 7.2.3.1 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten auf- zustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). 7.2.3.2 So sind Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allge- mein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.). In diesem Zu- sammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzun- gen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind. Vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswür- digung zu berücksichtigen, zumal die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Er- kenntnisse hervorzubringen vermag (vgl. Urteile des BGer 4A\_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4; 9C\_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3; 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). 7.2.3.3 Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG einge- holten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforde- rungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweis- wert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässig- keit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.). 7.2.3.4 Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Un- tersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, so- fern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sach- verhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom

C-445/2021 Seite 12 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, 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. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; 9C\_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1 in fine; 9C\_196/2014 vom

## **E. 18**

Juni 2018 was folgt (IV-act. 9.78): Zustand nach (Z. n.) Auffahrtskollision mit: - zervikospondylogenen Schmerzen - Zervikobrachialgie links bei breitbasiger Diskushernie sowie neuroforaminaler Stenose C5/C6 - linksseitiger Zervikobrachialgie. Die Klinik führte aus, der Beschwerdeführer zeige hartnäckige zervikale Schmerzen nach einem Beschleunigungstrauma der HWS. Aktuell sei das Auftreten einer Zervikobrachialgie links C6 (am ehesten entsprechend) zu verzeichnen. Diese sei durch die Unkovertebralarthrose und breitbasige Diskusprotrusion C5/C6 beidseits erklärbar. Da die physikalische Therapie aktuell keine Fortschritte mache, werde zusätzlich eine periradikuläre Infiltration C6 links vorgeschlagen. Die erste Infiltration wurde am 6. Juli 2018 durchgeführt (IV-act. 9.54), eine zweite erfolgte am 29. August 2018 (IV-act. 9.36). Am 2. Oktober 2018 berichtete die F. \_\_\_\_\_ Klinik, die erste Infiltration habe eine Woche gut geholfen, die zweite habe nur noch einen Tag eine Beschwerdelinderung bewirkt (IV-act. 9.44). Eventuell sei an eine operative Massnahme zu denken (vgl. dazu auch Operationsempfehlung in IV-act. 9.32 und 9.42). Die Korrelation zwischen Unfall und aktueller Schmerzsituation sei eindeutig (IV-act. 9.43). Die empfohlene Operation fand am 25. Januar 2019 statt (IV-act. 22 [S. 17]).

C-445/2021 Seite 14 7.3.5 Der Versicherungsmediziner der G. \_\_\_\_\_ stellte Mitte Oktober 2018 fest, unfallbedingte organisch-strukturelle Folgen seien nicht dokumentiert (IV-act. 9.33; vgl. auch die Beurteilung vom 17. Dezember 2018 in IV-act. 9.13). Hingegen seien vorbestehende, teils schwere degenerative Veränderungen ausgewiesen. 7.3.6 Mit Bericht vom 11. März 2019 stellte die F. \_\_\_\_\_ Klinik dem Beschwerdeführer die folgenden Diagnosen (IV-act. 14.1 [S. 4 ff.]): - Status nach (St. n.) Mikrochirurgischer ventraler Diskektomie und Fusion mit Cage und Platte C5/C6 mit Dekompression der C6 Wurzel beidseits (bds.) - bei persistierenden Nackenschmerzen mit linksseitigen Brachialgien und St. n. Schleudertrauma am 28. Februar 2018 und traumatischer Diskushernie C5/C6 - Schleudertrauma WAD Klassifikation Typ 3. Am 17. April 2019 gab die Klinik an, der Beschwerdeführer berichte weiterhin von ausgeprägten Schmerzen (IV-act. 14.1 [S. 2 f.]). Die Belastung im Alltag sei sehr reduziert. Deutlich verbessert habe

sich hingegen die Schlafqualität. Im Vordergrund stehe die Schleudertraumasymptomatik, welche sich sehr hartnäckig bezüglich der konservativen Therapie zeige. Auch deren psychologische Aspekte seien besprochen worden. Vom 13. Mai 2019 bis zum 7. Juni 2019 besuchte der Beschwerdeführer eine medizinische Rehabilitation in der Klinik H. \_\_\_\_\_ in (...), aus der er als weiterhin arbeitsunfähig entlassen wurde (IV-act. 14.1 [S. 1], 19 [S. 4 ff.]). 7.3.7 Am 5. Juli 2019 diagnostizierte die F. \_\_\_\_\_ Klinik, Abteilung Neurologie (IV-act. 27.8 [S. 3 ff.]), dem Beschwerdeführer was folgt: - Chronisches, belastungsbetontes zerviko-zephalisches und -brachiales Schmerzsyndrom bei/mit - Ätiologisch: Differentialdiagnose (DD) myofascial, spondylogene - Klinisch-neurologisch: Ausgeprägte myogelotische Veränderungen im Nacken-Schultergürtelbereich beidseits, keine Hinweise für eine myeläre, zerviko-radikuläre oder periphere Neuropathie an den oberen Extremitäten (Untersuchung vom 3. Juli 2019) - Elektrophysiologisch: Normale Neurographie Nn. medianus und ulnaris im Seitenvergleich, normale Nadel-elektromyographische Untersuchung Mm. deltoideus, brachio-radialis und pronator teres rechts (Untersuchung vom 3. Juli 2019) - Status nach mikrochirurgischer ventraler Diskektomie und Fusion mit Cage und Platte C5/6 mit Dekompression Wurzel C6 beidseits vom 25. Januar 2019.

C-445/2021 Seite 15 Gemäss der F. \_\_\_\_\_ Klinik bestehe postoperativ ein günstiger Verlauf hinsichtlich der belastungsbetonten Brachialgien, die nicht mehr aufgetreten seien. Die stationäre Rehabilitation in Süddeutschland habe nur kurzfristig bei manual-therapeutischen Behandlungen eine leichte Linderung der Nacken-Kopfschmerzen gebracht, ohne anhaltende Wirkung. Der Beschwerdeführer sei seit der Operation arbeitsunfähig. Er sei freundlich, allseits orientiert, kooperativ und psychisch sowie neuropsychologisch unauffällig. Aus neurologischer Sicht zeigten sich klinisch wie auch elektrophysiologisch keine Hinweise für eine periphere Neuropathie an den oberen Extremitäten, eine zerviko-radikuläre Ausfallsymptomatik oder ein myeläres Ausfallssyndrom. Ätiologisch seien die Beschwerden zumindest einer ausgeprägten myofascialen Komponente zuordbar mit spannungstypähnlichen Kopfschmerzen. Differentialdiagnostisch komme eine mögliche spondylogene Mitbeteiligung in Frage. Aus therapeutischer Sicht empfehle sich ein Weiterführen der physiotherapeutischen Behandlung, zusätzlich die Gabe hochdosierten Magnesiums und allenfalls eine schmerzdistanzierende Basistherapie. 7.3.8 Mit Bericht vom 23. August 2019 (IV-act. 27.4) stellte das I. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen: - Persistierendes myofaszial-spondylogenes zervikozephalisches und -brachiales Syndrom bei: - HWS-Distorsion (QTF 3) und Verdacht auf Commotio cerebri (Kopfanprall links) nach Auffahrunfall am 28. Februar 2018 und traumatischer Diskushernie C5/C6 - St. n. Mikrochirurgischer ventraler Diskektomie und Fusion mit Cage und Platte C5/C6 mit Dekompression der C6 Wurzel bds am 25. Januar 2019 (Dr. J. \_\_\_\_\_, WS-Chirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie F. \_\_\_\_\_ Klinik) aktuelle Symptome: - Verdacht auf Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz, zugrundeliegender posttraumatischer Kopfschmerz offen (DD zervikogen, DD Spannungstyp) - Zervikozephalisches und -brachiales Syndrom mit myofaszialer und biomechanischer Komponente - Konzentrations-, Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Merkfähigkeit - Ein- und Durchschlafstörungen, allgemeine Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, Erschöpfung. Das I. \_\_\_\_\_ empfahl, den Schwerpunkt der multimodalen Therapie auf die Verbesserung der Schmerzsituation zu legen. Das bedeute eine konsequente Reduktion des Akutanalgetika-Gebrauchs, das Weiterführen der

C-445/2021 Seite 16 Kopfschmerzbasisprophylaxe mit Amitriptylin, die Weitergabe des hochdosierten Magnesiums und des Mydocalms sowie das konsequente Umsetzen nicht-medikamentöser Massnahmen wie Entspannungsverfahren, Ausdauersport, kognitive Verhaltenstherapie und Biofeedback sowie eine muskuloskelettale HWS/BWS-fokussierte sportphysiotherapeutische Behandlung. Im Bericht vom 21. November 2019 führte das I. \_\_\_\_\_ aus, die Nackenverspannungen mit Kopfschmerzen könnten in der Arbeitstätigkeit belastend sein (IV-act. 36 [S. 17; Bericht nur teilweise in den Akten enthalten]). Vor allem gebe es Probleme mit der Konzentration, langen stehenden oder sitzenden Tätigkeiten oder langen Computerarbeiten. Wünschenswert wäre eine langsame Integration in das Arbeitsumfeld mit initial zwei Stunden am Tag und langsamer Steigerung der Aufgaben, abhängig von der Konzentrationsfähigkeit und der Schmerzsymptomatik. Es lägen keine nicht-medizinischen Probleme vor. 7.3.9 Dr. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte dem Beschwerdeführer in der medizinischen Beurteilung vom 22. November 2019 zuhanden des Krankenversicherers folgende Diagnosen (IV-act. 32 [S. 12 f.]): - Status nach Operation am 25. Januar 2019; bei Diskushernie in Höhe HWK 5/6 erfolgte eine ventrale Diskektomie mit Implantation Cage/Platte; gutes postoperatives Ergebnis, kein neurologisches Defizit - Status nach Auffahrunfall am 28. Februar 2018 mit Distorsion der HWS, Fallabschluss durch die Unfallversicherung per 28. Oktober 2018 - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur; beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur - Aufhebung der Aussenrotation linke Schulter bei ansonsten freien Funktionen nach Entfernung eines Lipoms - Status nach Arthroskopie rechtes Kniegelenk - Status nach Bandnaht rechtes Oberschenkelgelenk (OSG). Die Fachärztin hielt fest, der Beschwerdeführer sei bisher nicht in psychiatrischer Therapie gestanden (S. 6). In der kommenden Woche habe er einen ersten Vorstellungstermin. Unter Vorgabe von Beschwerden wie Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Nervosität und/oder Traurigkeit, berichte der Beschwerdeführer, dass er seit der Kündigung seiner Arbeitsstelle irritiert sei. Es stünden Beschwerden des neurologischen Fachgebietes im Vordergrund (S. 12 - 14). Aus orthopädischer Sicht sei per 1. Januar

C-445/2021 Seite 17 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten im Büro zu erwarten (S. 14). Die subjektiv geklagten Beschwerden könnten objektiviert werden. Die Prognose sei gut. 7.3.10 Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. L. \_\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis M. \_\_\_\_\_, vom 18. Dezember 2019 heisst es (zitiert in IV-act. 35 [S. 5 f.]), die Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ erschienen nicht konsistent und vor allem hinsichtlich der Prognostik und Umsetzbarkeit der therapeutischen Ratschläge nicht realistisch. Der Beschwerdeführer sei seit dem 18. November 2019 in der Gemeinschaftspraxis in Behandlung, und er werde weiterhin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben, wegen einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1). 7.3.11 Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiater und Psychotherapie, stellte in der bidisziplinären medizinischen Kurzbeurteilung vom 14. Januar 2020 (IV-act. 35) insbesondere fest, der Beschwerdeführer erzähle nachvollziehbar, ohne Aggravationsneigung und ohne Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung von seinen anhaltenden körperlichen Beschwerden (S. 15). Er sei seit November 2019 in ambulanter psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung. Der Beschwerdeführer berichte mit gutem affektivem Rapport und deutlichem, aber adäquatem Leidensdruck (sowohl psychisch als auch somatisch [S. 16]).

Es bestehe ein ausgeprägtes depressives somatisches Syndrom. Der Beschwerdeführer habe keine Lebensfreude mehr und ziehe sich sozial zurück. In der Hamilton Depressionsskala erreiche der Beschwerdeführer eine Punktzahl, die einer schweren Depression gleichkomme und mit dem klinischen Eindruck übereinstimme (S. 17). Dabei sei allerdings zu berücksichtigen, dass diese Punktzahl den schlechteren Tagen des Beschwerdeführers entspreche und es auch bessere gebe, mit etwas leichter Symptomatik. Somit sei der Beschwerdeführer nur mittelschwer depressiv. Dessen Zustand schwanke demnach zwischen mittelschwerer und schwerer Depression und die Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit sei dementsprechend eingeschränkt. Es bestünden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anhaltende depressive Episode, gegenwärtig zwischen mittelschwer und schwergradig schwankend, mit ausgeprägtem somatischem Syndrom, aber ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.11/F32.2) - im Sinne einer emotionalen bzw. depressiven Reaktion / Anpassungsstörung auf die psychischen, körperlichen und sozialen Unfallfolgen mit negativen Rechtsentscheidungen, anhaltender Arbeitsunfähigkeit, Stellenverlust und

C-445/2021 Seite 18 beruflicher Perspektivlosigkeit mit Existenz- und Zukunftsängsten (ICD-10 F43.21, Z56, Z59) bei - St. n. Auffahrunfall am 29. Oktober 2018 mit Schleudertraumafolgen und HWS-Verletzung mit operativer Sanierung in der F. \_\_\_\_\_ Klinik am 25. Januar 2019 und anschließender Reha in Deutschland im Mai 2019 (vgl. diesbezüglich das orthopädische Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 22. November 2019). Der Gutachter schilderte, der Beschwerdeführer habe nach dem Auffahrunfall ein Schleudertrauma 3. Grades erlitten (S. 19). Später sei ein Bandscheibendefekt im Bereich C5/C6 festgestellt worden, der operativ saniert und mit einem Rehaaufenthalt im Mai 2019 in Deutschland behandelt worden sei. In der Folge hätten weiterhin anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen bestanden, sobald der Beschwerdeführer länger als eine halbe bis Dreiviertelstunde am Computer gearbeitet oder TV geschaut habe. Ferner hätten sich anhaltende Konzentrationsstörungen sowie zunehmend auch eine depressive Entwicklung ergeben. Psychiatrisch-diagnostisch handle es sich bei der vorliegenden depressiven Symptomatik primär um eine emotionale Reaktion / Anpassungsstörung auf die vorgenannten Unfallfolgen, mit anhaltenden somatischen und kognitiven Beschwerden und Defiziten sowie dem Verlust der Arbeitsstelle und der damit verbundenen aktuellen Arbeitslosigkeit mit Existenz- und Zukunftsängsten, bei persistierender Unfallfolgesymptomatik (mit Nacken- und Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und depressiver Entwicklung [S. 20]). Die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund der vorliegenden ausgeprägten depressiven Symptomatik, der anhaltenden Konzentrationsstörungen sowie der Nacken- und Kopfschmerzen nach wie vor in erheblichem Masse eingeschränkt. Die vom behandelnden Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% sei somit begründet und ausgewiesen. Therapeutisch bestehe Handlungsbedarf (regelmässige ambulante psychiatrische Begleitung und Therapie, antidepressive Psychopharmakotherapie, Schlafmedikation). Alle subjektiv beklagten Beschwerden könnten objektiviert werden (S. 22). Es liege eine zumindest mittelschwere, teilweise sogar schwergradige depressive Störung mit ausgeprägten somatischen Symptomen, aber ohne psychotische Symptome, vor. Grundsätzlich sei die Prognose mittelfristig gut, und es sei von einer vollständigen Wiederherstellung auszugehen. Aufgrund seiner (ausgeprägten) depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer in seinen emotionalen Funktionen (Stimmung, Stabilität, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Ausdauer), den kognitiven Funktionen (Merkfähigkeit,

Konzentration, Aufmerksamkeit) wie auch den somatischen Funktionen (Antrieb, Tatkraft, Energie, Vitalgefühl)

C-445/2021 Seite 19 und damit in seiner Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit zurzeit erheblich eingeschränkt, und zwar aktuell zu 100% (S. 23). Dem Beschwerdeführer sei derzeit keine Tätigkeit zumutbar. 7.3.12 Der Psychiater des regionalen ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) erklärte am 20. April 2020, das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ sei mehrheitlich nachvollziehbar (IV-act. 39). Die Schwere der depressiven Symptome, von denen Dr. N.\_\_\_\_\_ ausgehe, könne er aber nicht ohne weiteres stützen. Aus Sicht des RAD liege beim Beschwerdeführer (lediglich) ein mittelschweres depressives Syndrom vor. Diese Einschätzung werde unter anderem durch die Tatsache unterstützt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Autofahre. Das Autofahren im Strassenverkehr erfordere eine relativ hohe Aufmerksamkeit und Konzentration, zudem einen gewissen Antrieb, eine gewisse Motivation, ein Durchhaltevermögen, Vorausplanung und Koordination und sei daher nicht mit einem schwer depressiven Zustand vereinbar. Die Annahme, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei vollumfänglich aufgehoben, sei versicherungsmedizinisch im vorliegenden Fall nicht haltbar. Der RAD gehe davon aus, dass beim Beschwerdeführer ein reaktives depressives Geschehen vorliege. Das heisse, die depressive Entwicklung sei massgeblich von psychosozial belastenden Umständen (IV-fremden Gründen) getriggert und aufrechterhalten worden. Es liege kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, der längerdauernd oder dauerhaft eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit begründe. Dennoch sei aber festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit November 2019 aufgrund seiner depressiven Reaktion (nach Erhalt der Kündigung der Arbeitsstelle) arbeitsunfähig geschrieben werde. Die Orthopädin des RAD legte, ebenfalls am 20. April 2020, dar, aus orthopädischer Sicht sei per 1. Januar 2020 eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten im Büro zu erwarten (IV-act. 38). Aus psychiatrischer Sicht liege IV-medizinisch gesehen kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, der längerdauernd oder dauerhaft eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit begründe. Laut orthopädischem Gutachten sei die angestammte Tätigkeit als angepasst zu bezeichnen. Die depressive Entwicklung sei massgeblich von psychosozial belastenden Umständen (IV-fremden Gründen) getriggert und aufrechterhalten worden. 7.3.13 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. O.\_\_\_\_\_, gab am 29. Oktober 2020 an, der Beschwerdeführer sei von November 2019 bis September 2020 bei ihr (bzw. in ihrer (Praxis) M.\_\_\_\_\_) in fachärztlich-psychiatrischer ambulanter Behandlung gestanden (IV-act. 46). Es hätten

C-445/2021 Seite 20 psychotherapeutische Gespräche stattgefunden, unterstützt von einer medikamentösen Einstellung mit Antidepressiva und Neuroleptika. Der Beschwerdeführer habe über Ein- und Durchschlaf-Störungen, Grübeln, Gedankenkreisen, Gefühle der Rat- und Hilflosigkeit, der Wut, Niedergeschlagenheit, des sozialen Rückzugs, Konzentrationsstörungen, Energieverlust sowie Schmerzen im Rücken und in den Extremitäten geklagt. Bewerbungs-Versuche nach dem Verlust des Arbeitsplatzes seien frustrierend gewesen, was zusätzlich zu Konflikten in der Familie und Selbstzweifeln geführt habe. Von einer Stabilisierung von Stimmung und Affekten lasse sich noch nicht sprechen. Ende August 2020 sei dem Beschwerdeführer dringend empfohlen worden, sich stationär fachpsychiatrisch und psychosomatisch behandeln zu lassen; die entsprechende Zuweisung in die Klinik P.\_\_\_\_\_ sei bereits ausgestellt worden. Aufgrund einer fehlenden Kostenzusage habe die Therapie in der M.\_\_\_\_\_ leider beendet werden

müssen; die Kostenübernahme für die stationäre Therapie sei aufgrund dessen auch abgelehnt worden. Aus fachärztlicher Sicht sei mit Blick auf die ausgeprägten psychischen und psychovegetativen Symptome im Zeitpunkt der Beendigung der Therapie eine Arbeitstätigkeit weder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch im erlernten Beruf zumutbar gewesen. Es bestünden folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach dem Arbeitsunfall 2018 und Arbeitsverlust 2019 (ICD-10 F45.41). 7.3.14 Der Psychiater des RAD meinte in der Folge am 6. November 2020, im Bericht von Dr. O. \_\_\_\_\_ würden Symptome bzw. Beschwerden oder Auffälligkeiten aufgeführt, welche nicht die Kernsymptome einer schweren depressiven Erkrankung darstellten, sondern vielmehr Begleitbeschwerden bzw. Nebensymptome seien, wobei zudem nicht alle genannten Symptome als depressionstypisch gälten (IV-act. 50). Auch was die Diagnose der chronischen Schmerzstörung anbelange, werde diese nicht differenziert und nachvollziehbar hergeleitet. Ein möglicher Zusammenhang bzw. ein möglicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werde ebensowenig aufgezeigt. Schliesslich lasse sich nicht erkennen, ob die psychische Symptomatik sich verselbstständigt habe bzw. inzwischen von einem eigenständigen Krankheitsbild, losgelöst von psychosozial belastenden Umständen, auszugehen sei. Insofern liefere der Bericht keine neuen wesentlichen Informationen, die zu einer Änderung der Stellungnahmen des RAD vom

## **E. 20**

April 2020 führen würden.

C-445/2021 Seite 21 7.3.15 Die neu behandelnde Q. \_\_\_\_\_ stellte dem Beschwerdeführer am 2. Dezember 2020 die (Verdachts-)Diagnosen einer anhaltenden depressiven Symptomatik, mit Zusammenhang zum Wegeunfall im Februar 2018 (ICD-10 F33.2 G, ICD-10 F45.41 V; IV-act. 52 [S. 3]). Es werde eine ambulante Psychotherapie, eine fachärztliche Abklärung in den Bereichen Psychiatrie und Neurologie sowie eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Am 3. Dezember 2020 diagnostizierte die Q. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer was folgt (BVGer-act. 1 [Beilage 3]): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2 G) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 V). Es sei von einer depressiven Störung und einer wahrscheinlich psychisch mitbedingten Schmerzsymptomatik auszugehen. Die Depression habe sich etwas gebessert, sei aber noch nicht als remittiert einzuschätzen. Die ambulante Psychotherapie sei weiterzuführen, die antidepressive Medikation fortzusetzen, und es habe eine fachärztlich neurologische Mitbehandlung zu erfolgen. Die voraussichtliche Wartezeit für die Psychotherapie betrage 11 Monate. 7.3.16 Am 23. Februar 2021 berichtete der Hausarzt Dr. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, beim Beschwerdeführer liege eine psychische Erkrankung im Sinne einer mittelschweren bis schweren Depression vor (BVGer-act. 7 [Beilage 5]). Bezüglich der dringend notwendigen Behandlung warte der Patient bisher nach wie vor vergeblich auf einen Therapieplatz. Die Erkrankung bedinge schwere bis schwerste Einschränkungen in allen Bereichen des täglichen Lebens. Am 10. Mai 2021 bestätigte die Q. \_\_\_\_\_ die bisherigen Diagnosen, wobei bezüglich depressiver Störung gegenwärtig von einer mittelgradigen Episode ausgegangen werde (BVGer-act. 11 [Beilage 7]). Der Beschwerdeführer sei für die ambulante Behandlung hoch motiviert. Aufgrund der geschilderten Beschwerden und Belastungen sei eine ambulante Psychotherapie dringend

indiziert. Mit Bericht vom 19. Juli 2021 bestätigte die Q.\_\_\_\_\_ weiterhin die bisherigen Diagnosen (BVGer-act. 15 [Beilage 9]). Es werde ein stationärer Aufenthalt bzw. eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung befürwortet, zu welcher der Beschwerdeführer sich ausgesprochen motiviert

C-445/2021 Seite 22 und ausreichend belastbar zeige. Die ambulante Psychotherapie soll anschliessend fortgesetzt werden. Am 18. August 2021 wurde dem Beschwerdeführer eine fünfwöchige stationäre Rehabilitation in der S.\_\_\_\_\_ bewilligt (BVGer-act. 15 [Beilage 10]). Der RAD äusserte sich zu diesen Berichten inhaltlich nicht mehr (BVGer-act. 6, 9, 13, 17 [Beilagen]). 7.4 7.4.1 Die Vorinstanz stützte sich bei ihrer Beurteilung vornehmlich auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte vom 20. April 2020 und 6. November 2020, wonach eine massgebende Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2020 nicht mehr ausgewiesen sei (IV-act. 38, 39, 50). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, er sei Vater von zwei Kindern, habe eine glückliche Ehe geführt, mit seiner Familie in einem eigenen Haus gewohnt und sei beruflich erfolgreich gewesen (BVGer-act. 1, 11, 15). Durch den Auffahr-Autounfall vom 28. Februar 2018 sei er aus dem Leben gerissen worden. Seither sei er arbeitsunfähig, wodurch er die Arbeitsstelle verloren habe. Die IV habe ohne weitere Abklärungen, insbesondere ohne persönliche Untersuchung und ohne Bezug eines Berichts der behandelnden Psychiaterin, sowie gestützt auf längst überholte Beurteilungen einen ablehnenden Vorbescheid erlassen. Die Beurteilungen des RAD-Arztes seien sodann nicht schlüssig, umfassten nur knapp eine Seite und widersprächen den Einschätzungen von Dr. N.\_\_\_\_\_, Dr. O.\_\_\_\_\_ und der Q.\_\_\_\_\_, obwohl diese diagnostisch weitgehend übereinstimmten. Zudem führe der RAD-Arzt die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers ohne Begründung auf IV-fremde Ursachen zurück. Dieser habe sich bis zum (relativ leichten) Auffahrunfall sehr erfolgreich im Leben bewegt. Er habe keinen Grund, dies aufs Spiel zu setzen, wenn er nicht wirklich schwerwiegend erkrankt wäre. Zusammenfassend habe die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz missachtet und halte die Beurteilung des RAD-Arztes den strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung nicht stand. Es bestünden mehr als nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Vielmehr vermöchten die oben genannten Ausführungen erhebliche Zweifel an der RAD-Beurteilung zu erwecken. Die vorliegende Problematik sei, in Verletzung von Art. 43 ATSG, weder in tatsächlicher noch in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Namentlich sei in Verletzung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer sei daher zwingend versicherungsextern

C-445/2021 Seite 23 psychiatrisch zu begutachten. Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses habe kein medizinischer Endzustand vorgelegen, und ein solcher liege immer noch nicht vor. Ob und wann der Beschwerdeführer wieder arbeiten könne, sei offen. Er sei anhaltend arbeitsunfähig. 7.4.2 Die RAD-Ärzte haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht. Ferner fehlt eine umfassende, sorgfältige Würdigung der gesamten Aktenlage und eine einlässliche Auseinandersetzung mit dem medizinischen Sachverhalt. Dabei ist offensichtlich, dass eine ausreichende medizinische Beurteilung, mit Blick auf ein IV-Dossier von nahezu 800 Seiten, welches nicht nur IV-Akten, sondern auch Unterlagen der Unfallversicherung und der Krankenversicherung enthält, und in der psychische wie auch somatische Leiden zu würdigen sind, in den wenigen Zeilen umfassenden, sich teilweise wiederholenden Stellungnahmen (vgl. IV-act. 38, 39, 50) gar nicht erfolgen kann. Ausserdem lassen sich die Beurteilungen der RAD-Ärzte in weiten Teilen nicht

nachvollziehen. So führte der RAD-Psychiater am 20. April 2020 aus, der Einschätzung des Gutachters Dr. N.\_\_\_\_\_ könne 'mehrheitlich gefolgt werden'. Er wich dann aber – ohne zureichende Begründung – doch von dessen Beurteilung betreffend die Schwere der depressiven Symptome und der Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig sei, ab. Dies lässt sich nicht rechtfertigen. Ohnehin erscheint die Argumentation des RAD-Psychiaters, wonach eine schwere Depression nicht vorliegen könne, weil der Beschwerdeführer noch Autofahre (vgl. dazu IV-act. 39), als offensichtlich zu kurz gefasst und unzureichend. Diese Begründung erweist sich als umso fehlerhafter, als der Beschwerdeführer zur Begutachtung bei Dr. K.\_\_\_\_\_ von seinem Vater chauffiert werden musste, also gar nicht selber fuhr (vgl. dazu IV-act. 32 [S. 5 und 7]). Der RAD-Arzt führte sodann die Problematik des Beschwerdeführers auf invaliditätsfremde Ursachen zurück. Dabei handelt es sich aber um eine blosser Behauptung, begründete der RAD-Arzt doch seine Einschätzung nicht. Ferner ist festzustellen, dass sowohl der begutachtende Psychiater Dr. N.\_\_\_\_\_ als auch die behandelnde Psychiaterin Dr. O.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bescheinigen und dies auch – weitgehend im Einklang mit der Beurteilung der aktuell behandelnden Q.\_\_\_\_\_ – begründeten. Der RAD-Arzt teilte diese Beurteilung nicht, unterliess es aber wiederum, seine abweichende Haltung (nachvollziehbar und einlässlich) zu begründen. Nicht gewürdigt wurde ferner, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Unfall zahlreichen Behandlungen, Eingriffen und Therapien unterzog und weiterhin unterzieht (z.B. Infiltrationen, Rückenoperation, Physiotherapie, Psychotherapie, medikamentöse Behandlungen), die bislang aber allesamt nicht nachhaltig

C-445/2021 Seite 24 erfolgreich waren. Wenn der RAD-Arzt schliesslich ausführt (vgl. dazu IV-act. 50), 'es lasse sich nicht erkennen, ob die psychische Symptomatik sich verselbstständigt habe bzw. ob inzwischen von einem eigenständigen Krankheitsbild, losgelöst von psychosozial belastenden Umständen, auszugehen sei' und 'ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werde nicht aufgezeigt', scheint er – in Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes – davon auszugehen, der Beschwerdeführer müsse seine Invalidität vollumfänglich selber beweisen. Die IV-Stelle trifft aber eine Prüfungs- wie auch eine Abklärungspflicht (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 28a Rz. 182 ff.). Bestehen Anhaltspunkte, z.B. dass eine verselbständigte psychische Symptomatik oder eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegen könnte, ist es Aufgabe der IV-Stelle (und nicht des Beschwerdeführers), dies einlässlich abzuklären. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass (wie auch nachfolgend in E. 7.4.3 f. aufgezeigt wird) weder ein feststehender medizinischer Sachverhalt vorliegt, noch beweistaugliche Unterlagen vorhanden sind, noch die RAD-Berichte als zuverlässig und schlüssig eingestuft werden können. Auf diese darf im vorliegenden Verfahren daher nicht abgestellt werden (vgl. dazu E. 7.2.3.4 hiervor). Vielmehr sind ergänzende Abklärungen erforderlich (vgl. z.B. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_524/2017 vom

## **E. 21**

März 2018 E. 5.1; Urteil des BVer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6). 7.4.3 Auch anderweitig finden sich in den Akten keine medizinischen Unterlagen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zuließen. So ist der Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_\_, wonach aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, entgegen zu halten, dass die Ärztin selber ausführt, beim

Beschwerdeführer stünden neurologische Beschwerden im Vordergrund (IV-act. 32 [S. 12]; so auch Dr. N. \_\_\_\_\_ in IV-act. 35 [S. 7]). Eine neurologische Abklärung wurde aber nicht veranlasst. Ebenso erhob die Ärztin keine vollständige Anamnese, sondern beschränkte sich (ohne Begründung) auf eine Auswahl an medizinischen Unterlagen (vgl. IV-act. 32 [S. 2]). Insbesondere fehlen die Berichte von Dr. D. \_\_\_\_\_, diverse Berichte der F. \_\_\_\_\_ Klinik bis Ende 2018 und neuere Unterlagen des I. \_\_\_\_\_. Um eine umfassende medizinische Beurteilung handelt es sich mithin nicht. Zum Gutachten von Dr. N. \_\_\_\_\_ ist erstens anzumerken, dass dieses zwar auf einer persönlichen Untersuchung, aber ebenfalls auf einer

C-445/2021 Seite 25 unvollständigen Anamnese beruht, schreibt der Arzt doch selber, dass diverse Akten fehlten bzw. lediglich zwei Dokumente vorlägen (IV-act. 35 [S. 5]). Zweitens leuchtet seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer – entgegen der in der Hamilton Depressionsskala erreichten Punktzahl und des damit übereinstimmenden klinischen Eindrucks – an keiner schweren Depression leide, allein in der Annahme, dieser habe ‘auch bessere Tage’ (S. 17), nicht ein bzw. erscheint die Begründung als zu wenig substantiiert. Drittens fehlt eine Auseinandersetzung mit den bereits im Jahr 2018 geschilderten Panikattacken (vgl. IV-act. 9.90); solche werden vom Gutachter nicht einmal erwähnt. Viertens finden sich im Gutachten keine ausführlichen Darlegungen zur Frage, ob der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 leidet, welche keiner invalidisierenden Krankheit entsprechen würde, oder ob beim Beschwerdeführer eine selbstständige depressive Entwicklung bzw. allenfalls eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach ICD-10 F43.21 besteht, welche durchaus eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung bewirken könnte (vgl. dazu Urteil des BGER 9C\_436/2022 vom 26. Januar 2023 E. 3.2.1, in: SVR 7/2023 IV Nr. 31 S. 103 [soweit der Gutachter dem Beschwerdeführer die Diagnose ICD-10 F43.21 stellt, wäre nach der Rechtsprechung jedenfalls ein potentiell invalidisierendes Leiden gegeben]). Dr. N. \_\_\_\_\_ bezeichnet seinen Bericht fünftens als ‘bidisziplinäre’ Beurteilung (IV-act. 32); eine Konsiliarbeurteilung ist darin aber nicht enthalten. Insgesamt erweist sich das Gutachten bzw. die Kurzbeurteilung als unvollständig und nicht schlüssig (wobei schon die Bezeichnung ‘Kurzbeurteilung’ auf keine umfassende Begutachtung hindeuten dürfte), womit auf diese ebenfalls nicht abgestellt werden kann. Nicht (einlässlich) geklärt wurden in den vorliegenden medizinischen Unterlagen sodann die Wechselwirkungen zwischen den körperlichen und psychischen Beschwerden. So lässt sich den Akten eindrücklich entnehmen, wie der Beschwerdeführer anfänglich als kooperativ, freundlich und psychisch unauffällig beschrieben wurde (IV-act. 27.8 [vgl. aber die bereits in IV-act. 9.90 beschriebenen Panikattacken]), und davon berichtet wurde, dass er sich in einem guten Allgemeinzustand befand (IV-act. 9.36, 9.54, 32 [S. 8]), wobei das Bestehen nichtmedizinischer Probleme verneint wurde (IV-act. 36 [S. 18]). Mit der Zeit traten dann aber, bei – trotz zahlreicher Behandlungen und hoher Therapiemotivation (IV-act. 32 [S. 8]; BVGer-act. 11 [Beilage 7], 15 [Beilage 9]) – persistierenden Beschwerden, zunehmend behandlungsbedürftige psychische Symptome wie beispielsweise Ängste, der Verlust der Lebensfreude, Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen auf (IV-act. 32 [S. 6], 35 [S. 9]; BVGer-act. 15

C-445/2021 Seite 26 [Beilage 9]). Schliesslich geriet das Leben des Beschwerdeführers vollends aus den Fugen. So verlor er, der vor dem Unfall einen angesehenen Beruf ausgeübt, gut verdient und nach den Akten ein intaktes Familienleben geführt hatte, seine

Arbeitsstelle und es entwickelten sich finanzielle Probleme sowie partnerschaftliche Konflikte (BVGer-act. 1 [Beilage 3], 15 [Beilage 9]), wobei sich der Beschwerdeführer weiterhin, aber erfolglos, um neue Arbeitsstellen bemühte (vgl. IV-act. 32 [S. 5], 35 [S. 11]). Wie ein- gangs festgestellt, lässt sich den Akten keine Auseinandersetzung mit den Fragen entnehmen, ob und inwiefern sich die körperlichen und psychi- schen Leiden des Beschwerdeführers beeinflussten. Insbesondere mit Blick auf die in den Akten festgehaltene chronische Schmerzstörung (vgl. IV-act. 46; BVGer-act. 1 [Beilage 3]) wäre eine eingehende Würdigung die- ser Wechselwirkungen aber zwingend notwendig gewesen (vgl. Urteil des BVGer C-1250/2020 vom 19. November 2021 E. 7.5.3). Der Sachverhalt erweist sich mithin auch in dieser Hinsicht als unzureichend abgeklärt. Schliesslich fehlen Unterlagen, die sich nachvollziehbar und ausführlich zum Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts (bzw. der effektiven Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdefüh- rers per Anfang 2020) äussern (vgl. dazu E. 7.1 hiervor). 7.4.4 Geht es – wie hier – um psychische Erkrankungen, sind für die Be- urteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlau- ben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2 ff.; 143 V 418 E. 6 ff.; Urteil des BVGer C-3253/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.6). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine lege artis gestellte, psychiatrische Diag- nose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Im Übrigen systematisierte das Bundesgericht die für die Beurteilung der Arbeitsfähig- keit erwähnten Indikatoren wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behand- lungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten], Persön- lichkeit [Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychi- sche Funktionen] und sozialer Kontext) und Kategorie «Konsistenz»/«Ge- sichtspunkte des Verhaltens» (mit den Komplexen gleichmässige Ein- schränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebens-berei- chen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiese- ner Leidensdruck).

C-445/2021 Seite 27 Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann ausnahmsweise dort von ei- nem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteil des BVGer C-3780/2020 vom

## **E. 24**

Januar 2023 E. 3.4.4 m.H.). Entbehrlich bleibt es beispielsweise, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen von einer bloss leichtgradigen, nicht chronifizierten depressiven Störung (ohne Komorbiditäten) auszuge- hen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines struktu- rierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Vorliegend lässt sich ein Verzicht mit Blick auf die diagnostizierten Leiden und die fehlenden be- weiskräftigen medizinischen Unterlagen nicht begründen. Folglich wird das strukturierte Beweisverfahren noch nachzuholen sein. 8.

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