

BVGer C-4564/2020 vom 3. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4564_2020_d20200703

FR: TAF C-4564/2020 du 3 juillet 2020

IT: TAF C-4564/2020 del 3 luglio 2020

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Neuanmeldung Rentenanspruch (Verfügung vom 3. Juli 2020)

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

C-4564/2020 Seite 5

E. 1.2

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

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Instruktionsrichter hat den Beschwerdeführer von der Pflicht zur Leistung eines Kostenvorschusses befreit (Art. 65 Abs. 1 VwVG; BVGer-act. 10). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2.1

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. 2.2

Das Verwaltungs- sowie das erstinstanzliche sozialversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 Bst. c ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6, 137 V 210 E. 1.2.1, 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den

Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 405 E. 4.4, 138 V 218 E. 6).

E. 2.3

Am 1. Januar 2022 sind Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 und (neben weiteren) des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten (Weiterentwicklung der IV;

C-4564/2020 Seite 6 AS 2021 705; BBl 2017 2535). Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 466 E. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier:

E. 3

Juli 2020 geltenden materiellrechtlichen Bestimmungen anwendbar (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

E. 3.1

Gemäss Art. 40 Abs. 1 IVV (SR 831.201) ist bei versicherten Personen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, grundsätzlich die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Entsprechend hat die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 3. Juli 2020 im Rahmen ihrer Zuständigkeit erlassen. Da der Versicherte nicht mehr im grenznahen Ausland wohnt, war die Vorinstanz unbestritten auch für die Abklärung zuständig (vgl. Art. 40 Abs. 2 IVV, art. 189, 190). Diese Verfügung vom 3. Juli 2020, mit der das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente zu Recht verneint hat.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland. Er hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im

C-4564/2020 Seite 7 Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012

vom 16. Januar 2013 E. 4). Denn nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

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

C-4564/2020 Seite 8 Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Zusätzlich kumulativ zu erfüllende Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (davon mindestens ein Jahr AHV/IV-Beiträge in der Schweiz), was vorliegend unbestritten der Fall ist (Art. 6 VO [EG] Nr. 883/2004; BGE 131 V 390 E. 5 ff.; Kreisschreiben über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL], gültig ab 4.4.2016, S. 25 f Ziff. 3005; vgl. IK-Auszug Schweiz [act. 45], und IK-Auszug Deutschland, [act. 94]).

E. 4.3

Der Rentenanspruch entsteht 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. Altersjahrs folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 4.4

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer anspruchserheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2, 117 V 198 E. 3a m.H., SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 4.5

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Eine Revision kann unter anderem aufgrund einer Änderung des Gesundheitszustandes oder wegen veränderten Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich notwendig sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revidierenden Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.3, 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 4.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.w.H.).

E. 4.7

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, 133 V 450 E. 11.1.3, 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.8

Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zu- erkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m. w. H.). Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutach- tens gemäss Verfahren nach Art. 44 ATSG im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf vom Versicherungsträger intern eingeholte me- dizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdi- gung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur

C-4564/2020 Seite 10 geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versiche- rungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzu- nehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2, 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2, Urteil C-5025/2018 vom 24. September 2020 E. 4.5.3).

E. 4.9

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somato- forme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Lei- den (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systemati- sierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tat- sächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1, 145 V 361 E. 3.1).

E. 5

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom

E. 5.1

In der bereits rechtskräftigen, leistungsabweisenden Verfügung vom 20. Juni 2014 hielt die Vorinstanz fest, vom 16. Mai 2012 bis zum 29. April 2013 habe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der Ausübung sämt- licher Tätigkeiten bestanden. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei ab dem 30. April 2013 eine gewinnbringende Tätigkeit in rentenausschlies- sender Weise wieder zumutbar gewesen, weshalb keine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. In medizinischer Hin- sicht basiert die Verfügung vom 20. Juni 2014 im Wesentlichen auf folgen- den ärztlichen Berichten und Unterlagen:

C-4564/2020 Seite 11

E. 5.1.1

Vom 27. Oktober 2009 bis 19. Januar 2010 (act. 11) befand sich der Beschwerdeführer in stationärer psychotherapeutischer Behandlung in der C._____ Klinik. Im Bericht vom 28. Januar 2010 wurden folgende Diag- nosen gestellt: - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) - Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Alkoholmissbrauch (F10.1) - Bandscheibenprolaps zervikal (M50.2) - Zustand nach dreifacher Jochbeinfraktur (S02.4Z) - Zustand nach Trümmerbruch linke Hand (S62.8Z) Bei reduziertem Allgemeinzustand

seien der klinische, internistische und neurologische Befund unauffällig. Beim psychiatrischen Befund habe sich der Beschwerdeführer wach, bewusstseinsklar, allseits voll orientiert, in Auffassung und mnestischen Funktionen ungestört gezeigt. Der Beschwerdeführer schildere Konzentrationsstörungen, die auch in der Untersuchungssituation objektivierbar gewesen seien. Das Denken sei kohärent, es bestehe kein Anhalt für Wahn, Sinnestäuschung oder Ich-Täuschung. Im Affekt sei der Beschwerdeführer dysphorisch. Es beständen Zweifel bei depressiver Grundstimmung. Psychomotorisch sei er verlangsamt. Der Beschwerdeführer habe über Suizidgedanken berichtet, könne sich aber klar von akuter Suizidalität distanzieren. Er habe eine erhebliche Selbstwertproblematik und ausgeprägte Schuldgefühle. Der Beschwerdeführer habe sichtlich einen hohen Leidensdruck. Insbesondere hätten sich Folgen der schweren Gewalttraumatisierungen in seiner Kindheit sowie die damit verbundenen Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht gezeigt, die er angesichts des sexuellen Missbrauchs seiner Tochter durch eine nahe Bezugsperson und deren milder Bestrafung erneut erlebt habe. Zudem habe er deutliche dissoziative Phänomene, so zum Beispiel Flucht Tendenzen in die Natur, die von einer teilweisen Amnesie begleitet würden. In der Nacht seien vermehrt Panikattacken aufgetreten, begleitet von Pseudohalluzinationen (er habe Stimmen gehört, habe sich jedoch inhaltlich davon distanzieren können). Sein Beruf, der fast ausschliessliche Arbeiten im Keller beinhalte, sei für den naturverbundenen und freiheitsliebenden Beschwerdeführer extrem belastend. Mit Enge und geschlossenen Räumen habe er grosse Schwierigkeiten, unter anderem sei dies auch auf seinen schweren Tauchunfall vor einigen Jahren zurückzuführen.

C-4564/2020 Seite 12 Der somatische Verlauf sei weitgehend unkompliziert gewesen. Es habe sich – bei Auftreten unspezifischer Schmerzen der Fingergrundgelenke rechts, des linken Knies und der linken Ferse (kein Erguss, keine Rötung) trotz vorausgegangenen bekannten Zeckenbissen im Mai 2009 – kein Hinweis auf Borrelioseinfektion gezeigt. Aufgrund des Bandscheibenprolapses im Bereich der Halswirbelsäule mit Bewegungseinschränkung und Myogelosen sei eine intensive physikalische Therapie durchgeführt worden.

E. 5.1.2

Vom 3. August bis 19. Oktober 2010 erfolgte erneut eine stationäre psychotherapeutische Behandlung in der C._____ Klinik (act. 13). Der Bericht vom 25. Oktober 2010 hält folgende Diagnosen fest: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), Differentialdiagnose: Klaustrophobie (ICD-10: F40.2) - Bandscheibenprolaps cervical (ICD-10: MS0.2) - Zustand nach dreifacher Jochbeinfraktur (ICD-10: 502.42) - Arthrose Knie (ICD-10: M17.9) - Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2) - Myogelosen (ICD-10: -) - Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0) - Transaminasenerhöhung (ICD-10: R74.0) - Zustand nach Gichtanfall bei Hyperurikämie (ICD-10: M10.99) - Allergie gegen Antibiotika in der Eigenanamnese (ICD-10: Z88.1) Beim psychischen Befund wurde der Beschwerdeführer als in allen Qualitäten sicher orientiert und ohne Hinweise auf Wahrnehmungs-, Denk- oder Gedächtnisstörungen wahrgenommen. Im Antrieb sei er vermindert, ebenso in der Schwingungsfähigkeit. Der Affekt sei stark depressiv gefärbt. Der Beschwerdeführer sei labil, weine immer wieder und eine starke Verzweiflung werde spürbar. Im Bericht sei er, obwohl er die Bezugstherapeutin schon kenne,

eher zurückhaltend, unsicher und schüchtern.

E. 5.1.3

Im Sozialmedizinischen Gutachten vom 15. November 2010, das vom deutschen Krankenversicherungsträger erstellt worden war, wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach zwei Klinikaufenthalten aus medizinischer Sicht auf Zeit weiter arbeitsunfähig sei und eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliege (act. 10).

C-4564/2020 Seite 13

E. 5.1.4

Am 16. Mai 2012 verunfallte der Beschwerdeführer mit seinem Motorrad im alkoholisierten Zustand. Dabei erlitt er gemäss Bericht ein Poly-trauma mit - Lendenwirbelkörper 1 Querfortsatzfraktur - Processi spinosi Brustwirbelkörper 6-9 Fraktur - Rippenserienfraktur 6-9 Rippe links - Commotio cerebri - Vordere Beckenringfraktur links - Verdacht auf traumatische Knorpelläsion Hüfte links - C2OH Abusus

E. 5.1.5

Nach einer offenen Arthrotomie des linken Hüftgelenks zur Knorpel-flakeentfernung am 24. Mai 2012 hielt er sich bis zum 31. Mai 2012 im D._____-Klinikum, Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie auf (act. 12, vgl. dazu auch act. 39).

E. 5.1.6

Nach einem arthroskopischen Eingriff vom 27. Juli 2012 wegen der Diagnosen eines Impingementsyndroms und einer ACG-Arthrose der rechten Schulter hielt sich der Beschwerdeführer bis am 3. August 2012 stationär in der Klinik E._____ in (...) auf (act. 9, 156-158).

E. 5.1.7

Vom 28. November 2012 bis 30. April 2013 absolvierte der Versicherte eine Suchtentwöhnungs-Therapie in der Klinik F._____. Als Diagnosen hielten Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin und I._____, Diplom Psychologe und psychologischer Psychotherapeut der Klinik F._____ ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.0), eine rezidivierende depressive Störung (F33.9) sowie eine Gicht (M10.99) fest. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Betriebs-handwerker liege bei drei bis unter sechs Stunden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Beschwerdeführer mittelschwere körperliche Tätigkeiten überwiegend im Stehen, Gehen oder Sitzen verrichten, wobei er in der geistigen/psychischen Belastbarkeit, hinsichtlich des Bewegungs- und Haltungsapparates und der Gefährdungs- und Belastungsfaktoren eingeschränkt sei. Zu vermeiden seien Tätigkeiten unter der Erde und in engen Räumen, Überkopfarbeiten, Arbeiten mit starker Stressbelastung, zum Beispiel durch Zeit- und Arbeitsdruck sowie Überkopfarbeiten beidseits, häufiges, schweres Heben von über 15kg und gebückte Zwangshaltungen

C-4564/2020 Seite 14 der Wirbelsäule. Ebenso seien Tätigkeiten mit erhöhter Griffnähe von Suchtmitteln zu vermeiden (act. 15).

E. 5.1.8

Am 5. Juni 2013 berichtete Dr. med. J. _____ (Fachrichtung unbekannt), die Leistungsbeurteilung von der Klinik F. _____ sei nachvollziehbar und in einem Jahr zu kontrollieren (act. 14).

E. 5.1.9

Mit Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 30. Januar 2014 äusserte sich Dr. K. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, zur vorerwähnten medizinischen Aktenlage (vgl. oben E. 5.1.1- 5.1.8). Als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.0) und eine rezidivierende depressive Störung (F40.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben die Nebendiagnosen einer Alkoholabhängigkeit (F10.02), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), und das Polytrauma vom 16. Mai 2012. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab 16. Mai 2012 vollumfänglich arbeitsunfähig und ab 30. April 2013 wieder vollumfänglich arbeitsfähig. Ab 30. April 2013 sei auch eine Verweistätigkeit vollumfänglich zumutbar. Der Beschwerdeführer habe ein Polytrauma mit dem Motorrad am 16. Mai 2012 erlitten. Aufgrund der Beurteilung der Klinik F. _____ (stationäre Entzugsbehandlung vom 28. November 2012 bis 30. April 2013) bestehe eine drei- bis sechsstündige Arbeitsunfähigkeit für mittel-schwere Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten aus psychiatrischer Sicht. Aus Sicht des medizinischen Dienstes seien die psychiatrische Symptomatik und Befunde bereits bei Klinik-Eintritt am 28. November 2012 geringgradig gewesen (einzig Angabe von subdepressiver Stimmungslage, Antriebslage reduziert). Der Alkoholismus sei ein invalidenfremdes Problem und die festgestellte Agoraphobie mit Panikstörung limitiere nur die Tätigkeiten unter der Erde und in engen Räumen. Zusammenfassend habe bei Klinik-Austritt am 30. April 2013 keine wesentliche psychiatrische Invalidität bestanden. Trotz des Schulterengpasssyndroms sei damals auch schon eine angepasste mittelschwere Arbeit zumutbar gewesen. Angepasste Arbeiten im angestammten Beruf als Betriebsmechaniker an der B. _____ seien vollschichtig zumutbar (act. 53).

E. 5.1.10

Nachdem die Vorinstanz dem Beschwerdeführer im Vorbescheid vom 13. Februar 2014 eine Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht gestellt hatte, erhob dieser am 12. März 2014 Einsprache und wies auf einen bevorstehenden Aufenthalt in der C. _____-Klinik hin (act. 54 f.). Die stationäre Behandlung in dieser Klinik erfolgte vom 25. März bis zum 13. Mai 2014 (act. 61, 81). Der Beschwerdeführer reichte

C-4564/2020 Seite 15 der Vorinstanz insbesondere einen Zwischenbericht der C. _____-Klinik vom 30. April 2014 ein (act. 61). Darin wurden folgende Diagnosen aufgelistet: - Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.0), Differentialdiagnose: Klaustrophobie (ICD-10: F40.2) - Alkoholabhängigkeitssyndrom, derzeit abstinent (ICD-10: F10.20) - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Zustand nach Polytrauma 2012 (ICD-10: T07) - Bandscheibenprolaps zervical (ICD-10: M50.2) - Zustand nach dreifacher Jochbeinfraktur (ICD-10: S02.4Z) - Arthrose Knie und beide Schultern (ICD-10: M17.9/M19.91) - Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2) - Myogelosen (ICD-10: M62.8) - Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0) - Transaminasenerhöhung (ICD-10: R74.0) - Zustand nach Gichtanfall bei Hyperurikämie (ICD-10: M10.99) - Allergie gegen Antibiotika

in der Eigenanamnese (ICD-10: Z88.1) Durch mehrere belastende Ereignisse (Suizid eines guten Freundes und Tod der Mutter in der Weihnachtszeit) sei es erneut zu einer Destabilisierung und depressiven Dekompensation gekommen. Seither leide der Beschwerdeführer wieder verstärkt an Schlafstörungen, grosser Schwermut, starker Anspannung und Gereiztheit. Er habe wieder verstärkt Ängste in engen Räumen, wache nachts oft mit Schweissausbrüchen auf, habe auch wieder Alpträume von seinem lange zurückliegenden Tauchunfall. Ausserdem leide er wieder vermehrt an Kopfschmerzen und befürchte einen Sucht-Rückfall, da er sich zurzeit so instabil fühle. Seit dem 16. Mai 2012 sei er abstinente von Alkohol, nachdem er in stark alkoholisiertem Zustand einen schweren Motorradunfall gehabt habe. Seit 2008 sei er in ambulanter Psychotherapie, aktuell bei L._____. Zudem beständen regelmässige Kontakte zu Dr. M._____. Der allgemein klinische und internistische Befund war – abgesehen von einer Fehlstatik der Wirbelsäule nach links, einer leichten kyphotischen Fehlhaltung, einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der linken Schulter in allen Ebenen und den zervikalen Myogelosen – normal. Auch der neurologische Befund war unauffällig – abgesehen von Sensibilitätsstörungen des linken Oberschenkels frontal (pel-

C-4564/2020 Seite 16 zig). Bei der psychischen Befunderhebung fiel einzig auf, dass der Beschwerdeführer sich fassadär und fröhlich gestimmt zeigte, aber selbst eine dahinter versteckte Traurigkeit benannt habe. Er habe im Verlauf des Gesprächs angestrengt gewirkt und Kopfschmerzen geäussert. Ansonsten sei er in allen Qualitäten sicher orientiert und es ergäben sich keine Hinweise auf Wahrnehmungs-, Denk- oder Gedächtnisstörungen. Im Kontakt sei er mit der ihm schon vertrauten Bezugstherapeutin offen zugewandt, die Schwingungsfähigkeit sei erhalten, psychomotorisch wirke er etwas unruhig.

E. 5.1.11

In der Stellungnahme vom 17. Mai 2014 hielt Dr. K._____ im Wesentlichen fest, aufgrund der Angaben im Zwischenbericht der C._____ - Klinik vom 30. April 2014 seien aus Sicht des medizinischen Dienstes die gestellten Diagnosen auf Grund der ICD-10-Kriterien nicht nachvollziehbar. Der psychische Befund sei keineswegs eindrücklich und erfülle gar nicht die Kriterien für ein F31.1; die alleinige Feststellung einer psychomotorischen Unruhe und versteckten Traurigkeit sei keine Beschreibung einer nachvollziehbaren wesentlichen psychischen Störung. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung F43.1 würden nicht geschildert und die bekannte Agoraphobie und Panikstörung ständen in diesem Zwischenbericht nicht im Vordergrund. Zusammenfassend seien die somatischen und psychiatrischen Befunde keineswegs eindrücklich und somit könne keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Die vorherige Stellungnahme vom 30. Januar 2014 müsse nicht geändert werden.

E. 5.2

Nachdem die Vorinstanz mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. Juni 2014 das Rentenbegehren des Beschwerdeführers abgelehnt hatte (act. 65), gingen folgende medizinischen Berichte bei der Vorinstanz ein:

E. 5.2.1

Im Arztbericht vom 16. Dezember 2013 schloss Dr. med. N._____, Facharzt für Kardiologie, eine strukturelle Herzerkrankung und eine Belastungskoronarinsuffizienz aus (act. 79).

E. 5.2.2

Der von Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädie, im Bericht vom 22. April 2014 (act. 80) geäußerte Verdacht auf einen partiellen Riss der Supraspinatussehne der linken Schulter bestätigte sich im MRT vom 19. Mai 2014 (act. 82).

E. 5.2.3

Ein undatiertes, handschriftliches und nicht unterzeichnetes psychiatrisches Bericht (von der C._____
Klinik, vgl. act. 72 Ziff. 11), der sich auf

C-4564/2020 Seite 17 eine letzte Untersuchung vom 29. April 2014 bezieht, hielt die ICD-Diagnosen F43.1, F33.1, F45.4, F10.20, F40.0 oder F40.2 fest. Der Beschwerdeführer leide derzeit an emotionaler Labilität, Anspannung, Hyperarousal, Reizüberflutung, Ängsten (Agoraphobie, Klaustrophobie), Konzentrationsstörungen, Erschöpfbarkeit, Suchtrückfallgefährdung, psychosomatischen Schmerzen und medizinisch begründeten Schmerzen, Dissoziation, Inklusionen, Flashbacks und anderen Beschwerden. Er könne sich in geschlossenen Räumen nicht länger aufhalten, nicht Bus fahren etc., nicht länger mit vielen Menschen zusammen sein, sich nicht länger konzentrieren beziehungsweise die Aufmerksamkeit halten, ermüde schnell und komme rasch in Überforderung (act. 72).

E. 5.2.4

In einem Arztbericht vom 9. Februar 2015 an den deutschen Versicherungsträger, stellte Dr. M._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen rezidivierende depressive Störung (F33.1), Zustand nach Alkoholabusus (F10.2) sowie Angst- und Panikstörung (F41.9). Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer sich niedergeschlagen, lustlos, antriebslos, müde und erschöpft fühle. Nach einem Motorradunfall im Alkoholrausch am 16. Mai 2012 habe der Beschwerdeführer ein Polytrauma erlitten. Zudem beständen multiple Schmerzen, ausgeprägte Konzentrationsstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen und innere Unruhe. Derzeit sei der Beschwerdeführer glaubhaft abstinent. Sein Gesundheitszustand habe sich seit März 2014 verschlechtert, die weitere Prognose sei ungünstig und es müsse mit einer weiteren Verschlechterung gerechnet werden (act. 77).

E. 5.2.5

Vom 18. November 2015 bis 26. Januar 2016 befand sich der Beschwerdeführer zum vierten Mal in stationär psychotherapeutischer Behandlung in der C._____
Klinik (Kurzentlassungsbericht vom 26. Januar 2016 [act. 87], Bescheinigung über die stationäre Behandlung [act. 107], Entlassungsbericht vom 8. Februar 2016 [act. 118]). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt: - F43.1: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung - F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - F40.2: Klaustrophobie - F10.2: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeits- syndrom, abstinent seit 16.5.2012 - F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - M17.9: Gonarthrose, nicht näher bezeichnet

C-4564/2020 Seite 18 - M54.10: Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule - E79.0: Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht - M62.81: Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion (Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk) - R20: 1 Hypästhesie der Haut

E. 5.2.6

Am 9. Februar 2016 wurde am linken Knie des Beschwerdeführers eine unicondyläre mediale Schlittenprothese implantiert (act. 88).

E. 5.2.7

Wegen anteromedialer Arthrose war eine Operation des rechten Kniegelenks geplant (act. 89).

E. 5.2.8

Beruhend auf dieser medizinischen Aktenlage (vgl. oben E. 5.2.1- 5.2.7) hielt Dr. K._____ vom medizinischen Dienst der IVSTA in der Stellungnahme vom 20. Juni 2018 fest, im Vergleich zu den vorherigen Stellungnahmen habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich geändert (act. 91).

E. 5.3

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 6. März 2018 (übermittelt am

E. 5.3.1

Im Bericht vom 19. Januar 2017 wurde erneut eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen (act. 148).

E. 5.3.2

Am 14. Februar 2017 wurde wegen Gonarthrose rechts eine Teilprothese am rechten Kniegelenk implantiert (act. 102). Es folgte ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt vom 21. Februar bis 14. März 2017 (act. 103, 150).

E. 5.3.3

Im Bericht vom 23. Oktober 2017 äusserte Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie, einen Verdacht auf Polyneuropathie (act. 176).

E. 5.3.4

Des Weiteren begab sich der Beschwerdeführer am 19. Februar 2018 wegen einer Nierenkolik und eines Nierensteinabgangs rechts in Behandlung (act. 151).

E. 5.3.5

Zudem klagte der Beschwerdeführer ab Juni 2017 über Kribbelparästhesien in den Beinen, am Körperstamm und der oberen Extremität, die sich nur teilweise mit den zunehmend degenerativen Entwicklungen der Lendenwirbelsäule mit einer Spinalkanalstenose L3/4 erklären liessen

C-4564/2020 Seite 19 (act. 178, act. 152; noch im MRT LWS vom 27. Oktober 2015: relative spinale Enge L3/4 beidseits [act. 128]). Des Weiteren wurden in einem MRT der Lendenwirbelsäule vom 21. März 2018 zervikale und lumbale Spindylarthrosen (act. 175) sowie im MRT HWS und BWS vom 15. März 2019 ausgeprägte degenerative Veränderungen der Hals- und Brustwirbel festgestellt (act. 173 f., 167).

E. 5.3.6

Im Bericht vom 21. Dezember 2018 hielt Dr. M._____ gegenüber der Vorinstanz die Diagnosen einer posttraumatischen Erlebnisreaktion, eine somatoforme Störung und eine depressive Störung fest. Seit seinem letzten stationären Aufenthalt in der C._____ Klinik sei der Beschwerdeführer weiterhin regelmässig in seiner ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gewesen. Der Beschwerdeführer klage

über Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, allgemeine Schwäche und Erschöpfung, Kopfschmerzen / Migräne, Reizmagen, Ängste, Panikattacken, Überforderung, Antriebslosigkeit, innere Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen. Er fühle sich nicht belastbar und leistungsfähig. Dr. M. _____ erhob zum psychischen Befund des Beschwerdeführers, dass dieser zu Zeit, Ort, Person und Situation orientiert sei, eine depressive Stimmungslage aufweise, wobei die affektive Schwingungsfähigkeit depressiv eingeengt und wenig schwingungsfähig sei. Er leide unter massiven Angst- und Panikattacken sowie Zukunftsängsten. Er somatische und sei im Antrieb vermindert. Im formalen Denken beständen Grubelzwänge, aber keine inhaltliche Denkstörung, keine nach aussen gerichtete Aggressivität und keine suizidalen Ideen. (act. 117).

E. 5.3.7

Gemäss Arztbericht vom 12. Dezember 2018 von Dr. Q. _____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, trat nach einem Verdrehtrauma mit Sturz auf das rechte Kniegelenk am 26. April 2018 keine Beschwerdeverbesserung ein. Ausserdem bestünden Schmerzen und eine Schwellung sowie noch ein etwas erschwertes Treppengehen (act. 126). Dr. Q. _____ nahm seine Beurteilung in Kenntnis des MRT-Berichts des rechten Kniegelenks vom 20. September 2018 vor (act. 127).

E. 5.3.8

Am 16. Dezember 2018 stellte sich der Beschwerdeführer bei Hämatocritie unter NRSA-Einnahme notfallmässig im R. _____-Klinikum vor (act. 125).

E. 5.3.9

Am 3. Februar 2019 berichtete Dr. med. S. _____, Allgemeinmediziner, dass der Beschwerdeführer unter Restbeschwerden von Seiten des C-4564/2020 Seite 20 rechten Knies leide. Die Nierenproblematik habe sich wieder beruhigt und die Alkoholabstinenz sei glaubhaft stabil (act. 146).

E. 5.3.10

Die Vorinstanz holte nachträglich einen Bericht der Klinik T. _____ vom 22. November 2011 ein, wonach sich der Beschwerdeführer vom

E. 5.4.1

In der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 ging die Vorinstanz von einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebshandwerker von 70% sowie einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus. Dabei stützte sie sich in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen vom 8. Juni 2019 von Dr. U. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (act. 193) und vom 10. September 2019 von Dr. V. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (act. 194), die ihrerseits auf der zuvor dargelegten medizinischen Berichterstattung der behandelnden Arztpersonen beruhten (vgl. oben E. 5.3.1-5.2.10):

E. 5.4.2

In der Stellungnahme vom 8. Juni 2019 hielt Dr. U. _____ fest, dass viele neue Berichte (teilweise bereits bekannt und in doppelter Ausführung) eingereicht worden seien. Viele der alten medizinischen Unterlagen hätten die bereits im ersten Gesuch behandelten Einschränkungen betroffen. Selbst wenn sich diese Dokumente zu jenem

Beurteilungszeitpunkt nicht im Dossier befunden hätten, könnten sie die Einschätzung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers im Jahr 2014 nicht ändern. In psychiatrischer Hinsicht bleibe es nach einem weiteren Aufenthalt in der C._____-Klinik bei denselben Diagnosen. Dr. M.______ bestätige eine psychiatrische Weiterbehandlung. Eine strukturelle Herzerkrankung sei am

E. 5.4.3

Dr. V.______ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. September 2019 fest, dass sich seit der Abweisung des letzten Gesuchs am 20. Juni 2014 im Dossier lediglich zwei neue psychiatrischen Berichte befänden. Der Bericht vom 21. Dezember 2018 (von Dr. M._____) fasse den Be-

C-4564/2020 Seite 22 richt vom 8. Februar 2016 (Entlassbericht C._____-Klinik vom 8. Februar 2016 [act. 118]) kurz zusammen und bringe ansonsten nicht Neues. Im Grunde werde ein einziger neuer psychiatrischer Bericht vorgelegt, der bereits fast drei Jahre alt sei. Aus dem Bericht gehe hervor, dass der Beschwerdeführer – wie all die Jahre zuvor – einzig Promethazin 50mg (ein sehr schwach wirkendes Neuroleptikum, das zur Beruhigung eingesetzt werde; statt eines Benzodizepins) einnehme. Dieses habe er auch noch selbständig abgesetzt. Es werde eine Posttraumatische Belastungsstörung F43.1, eine Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F33.1, eine Klaustrophobie F40.2, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, abstinent seit 16.5.2012 F10.2 (richtig wäre F10.20) und eine Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 – alle Diagnosen auch schon im Bericht vom 25.10.2010 erwähnt – gestellt, mit dem Unterschied, dass sich die Depression anscheinend gebessert habe, sei doch im Bericht vom 25.10.2010 eine schwere Episode der Rezidivierenden depressiven Störung F33.2 diagnostiziert worden. Dementsprechend habe sich die Situation also gebessert – zumindest sicher nicht verschlechtert. Auch hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs sei seit dem Bericht vom 28. Januar 2010 eine Besserung eingetreten, da der Beschwerdeführer seit dem 16. Mai 2012 abstinent sei. Trotz der einmaligen Hospitalisation müsse erkannt werden, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit den Jahren gebessert habe. Somit sei seit der Abweisung des ersten Antrags am 20. Juni 2014 keine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustands eingetreten.

E. 5.4.4

Nachdem der Beschwerdeführer gegen den daraufhin erlassenen Vorbescheid vom 11. Oktober 2019 Einwand erhoben hatte, äusserte sich Dr. V.______ erneut mit Stellungnahme vom 20. April 2020 (act. 202). Seit dem Bericht vom 26. Januar 2016 finde sich kein einziger psychiatrischer Bericht im Dossier und gemäss den somatischen Berichten nehme der Beschwerdeführer auch keine Antidepressiva ein. Es sei davon auszugehen, dass in den Jahren seit Anfang 2016 keine Psychotherapie stattgefunden habe. Somit gebe es keine Hinweise auf eine massgebliche psychiatrische Störung.

E. 5.5

Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer keine neuen medizinischen Berichte oder Unterlagen eingereicht.

C-4564/2020 Seite 23

E. 5.6

Im Hinblick auf ihre Vernehmlassung im Beschwerdeverfahren holte die Vorinstanz die nachfolgenden Beurteilungen ihres medizinischen Dienstes ein:

E. 5.6.1

In ihrer Beurteilung vom 25. März 2021 stellte Dr. X._____, Fach-ärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie fest, dass insgesamt wenige psychiatrische Berichte vorlägen. Der Beschwerdeführer habe weiterhin regelmässig die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. M._____ in Anspruch genommen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ab 2014 könne anhand der medizinischen Informationen nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Es bestehe ein erheblicher psychiatrischer Beschwerdekomples seit Jahren mit eingetretener Chronifizierung, was mit Schwankungen der Beschwerden einhergehen könne. Ab 2014 lägen keine psychiatrischen Untersuchungsberichte vor, die unabhängig von den involvierten Behandlungspersonen erstellt worden seien. Aus fachärztlicher Sicht seien die Unterlagen durch eine Behandler-unabhängige, ausführliche psychiatrische Untersuchung (in der Schweiz oder in Deutschland) zu ergänzen zur Klärung des Schweregrads des psychiatrischen Beschwerdekomples und den damit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen im Quer- und Längsschnitt.

E. 5.6.2

In ihrer Stellungnahme vom 14. April 2021 befand Dr. med Y._____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, über den psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hinaus seien zusätzliche Informationen zur somatischen Gesundheitssituation notwendig. Im neurologischen Bereich sei eine aktuelle, komplette Begutachtung notwendig, um zu erfahren, ob die Diagnose einer Polyneuropathie seit 2017 bestätigt worden sei oder ob sich in der Zwischenzeit eine andere Diagnose ergeben habe. Zudem sei der Beschwerdeführer einer rheumatologischen oder orthopädischen Begutachtung zu unterziehen, samt Beschreibung der unterschiedlichen funktionellen Einschränkungen (Knie, Schulter, etc.). Darüber hinaus sei das Dossier hinsichtlich der Begutachtungsergebnisse und der zwischenzeitlich erfolgten Konsultationen zu aktualisieren. Aufgrund der Berichte der behandelnden (Fach-)Ärzte sowie der beiden letzten Stellungnahmen der Ärztinnen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz liegen Hinweise dafür vor, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 20. Juni 2014 verschlechtert hat. Da sich in den medizinischen Akten aber keine aktuellen noch lückenlose psychiatrische, rheumatologische beziehungsweise orthopädische und neurologische Untersuchungsbefunde finden, war es

C-4564/2020 Seite 24 den versicherungsinternen Ärztinnen nicht möglich, ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu erlangen. Aus diesem Grund ist nachvollziehbar, dass Psychiaterin Dr. X._____ mit Verweis auf die insgesamt wenigen, ausschliesslich von den behandelnden Ärzten beziehungsweise Ärztinnen verfassten psychiatrischen Berichte seit 2014 weitere medizinische Abklärungen als notwendig erachtet. Gestützt auf die derzeitige Aktenlage vermochte sie keine eigene Beurteilung des psychiatrischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und zur daraus folgenden allfälligen Arbeitsunfähigkeit zu erheben. Bereits der IV-interne Psychiater Dr. V._____ hielt fest, ihm lägen nur zwei Berichte seit der Abweisung am 20. Juni 2014 vor (act. 194). Allerdings zog er fälschlicherweise daraus den Schluss, dass in

den Jahren seit Anfang 2016 keine Psychotherapie stattgefunden habe (act. 202). Mit Blick auf den ihm vorgelegten Bericht von Dr. M. _____ vom 21. Dezember 2018 (act. 118), wonach der Beschwerdeführer regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen beanspruche, erweist sich diese Aussage als aktenwidrig. Ebenso nachvollziehbar ist die Einschätzung von Dr. Y. _____, weitere Abklärungen seien auch im neurologischen und rheumatologischen oder orthopädischen Fachbereich angebracht und das Dossier sei hinsichtlich der Begutachtungsergebnisse, aber auch in Bezug auf die zwischenzeitlich erfolgten Konsultationen zu aktualisieren. Festzuhalten ist, dass der Allgemeinmediziner Dr. U. _____ aufgrund degenerativer Entwicklungen des Knies und des Rückens – diejenigen der Schultern befand er als vorbestehend – eine teilweise Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Umfang von 30% in der angestammten Tätigkeit aus somatischer Sicht und insofern eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bereits erkannt hatte, obwohl die Aktenlage lückenhaft war (act. 193). Weiter befand Dr. Y. _____ hinsichtlich der in den Akten gestellten Verdachtsdiagnose einer Polyneuropathie eine komplette Begutachtung im neurologischen Bereich als unerlässlich. Ein komplettes Bild ergebe sich erst, wenn über die psychiatrische Begutachtung hinaus auch neurologische, rheumatologische oder orthopädische Begutachtungen durchgeführt würden. Wie Dr. Y. _____ zutreffend festhält, ist eine gesamtheitliche Würdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erst nach Vervollständigung und Aktualisierung des medizinischen Dossiers möglich. Dabei wird im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens insbesondere die Frage zu klären sein, ob eine erhebliche Änderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, und falls ja, seit wann und mit welcher Auswirkung auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Für das Bundesverwaltungsgericht sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb

C-4564/2020 Seite 25 dem übereinstimmenden Antrag der Vorinstanz und des Beschwerdeführers auf Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht entsprochen werden sollte.

E. 5.7

Aufgrund der Berichte der behandelnden (Fach-)Ärzte sowie der beiden letzten Stellungnahmen der Ärztinnen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz liegen Hinweise dafür vor, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 20. Juni 2014 verschlechtert hat. Da sich in den medizinischen Akten aber keine aktuellen noch lückenlose psychiatrische, rheumatologische beziehungsweise orthopädische und neurologische Untersuchungsbefunde finden, war es den versicherungsinternen Ärztinnen nicht möglich, ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu erlangen. Aus diesem Grund ist nachvollziehbar, dass Psychiaterin Dr. X. _____ mit Verweis auf die insgesamt wenigen, ausschliesslich von den behandelnden Ärzten beziehungsweise Ärztinnen verfassten psychiatrischen Berichte seit 2014 weitere medizinische Abklärungen als notwendig erachtet. Gestützt auf die derzeitige Aktenlage vermochte sie keine eigene Beurteilung des psychiatrischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und zur daraus folgenden allfälligen Arbeitsunfähigkeit zu erheben. Bereits der IV-interne Psychiater Dr. V. _____ hielt fest, ihm lägen nur zwei Berichte seit der Abweisung am 20. Juni 2014 vor (act. 194). Allerdings zog er fälschlicherweise daraus den Schluss, dass in den Jahren seit Anfang 2016 keine Psychotherapie stattgefunden habe (act. 202). Mit Blick auf den ihm vorgelegten Bericht von Dr. M. _____ vom 21. Dezember 2018 (act. 118),

wonach der Beschwerdeführer regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen beanspruche, erweist sich diese Aussage als aktenwidrig. Ebenso nachvollziehbar ist die Einschätzung von Dr. Y._____, weitere Abklärungen seien auch im neurologischen und rheumatologischen oder orthopädischen Fachbereich angebracht und das Dossier sei hinsichtlich der Begutachtungsergebnisse, aber auch in Bezug auf die zwischenzeitlich erfolgten Konsultationen zu aktualisieren. Festzuhalten ist, dass der Allgemeinmediziner Dr. U._____ aufgrund degenerativer Entwicklungen des Knies und des Rückens - diejenigen der Schultern befand er als vorbestehend - eine teilweise Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Umfang von 30% in der angestammten Tätigkeit aus somatischer Sicht und insofern eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bereits erkannt hatte, obwohl die Aktenlage lückenhaft war (act. 193). Weiter befand Dr. Y._____ hinsichtlich der in den Akten gestellten Verdachtsdiagnose einer Polyneuropathie eine komplette Begutachtung im neurologischen Bereich als unerlässlich. Ein komplettes Bild ergebe sich erst, wenn über die psychiatrische Begutachtung hinaus auch neurologische, rheumatologische oder orthopädische Begutachtungen durchgeführt würden. Wie Dr. Y._____ zutreffend festhält, ist eine gesamtheitliche Würdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erst nach Vervollständigung und Aktualisierung des medizinischen Dossiers möglich. Dabei wird im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens insbesondere die Frage zu klären sein, ob eine erhebliche Änderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, und falls ja, seit wann und mit welcher Auswirkung auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Für das Bundesverwaltungsgericht sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb dem übereinstimmenden Antrag der Vorinstanz und des Beschwerdeführers auf Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht entsprochen werden sollte.

E. 5.8

Es ist hier unbestritten, dass sich der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 als nicht rechts- genügend abgeklärt erweist. Damit ist eine umfassende Abklärung des me- dizinischen Sachverhalts, wie Dr. Y._____ zutreffend erkannt hat, in Form eines polydisziplinären Gutachtens, welches auch den Anforderun- gen an ein Revisionsgutachten zu genügen hat, zu veranlassen, um die gesamtmedizinische Situation seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 20. Juni 2014 rechtsgenügend zu erfassen und beurteilen zu können, ob eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist oder nicht (vgl. auch Urteile des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 und C-4344/2019 vom 7. Dezember 2020 E. 4.3). 6. Insgesamt erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 in medizinischer Hinsicht als nicht rechtsgenü- gend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversi- cherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrchein- lichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 6

März 2018 (übermittelt am 11. Oktober 2018; vgl. act. 95) eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiel- len Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 verneint (act. 207). Damit hat das Bundesverwaltungsgericht die Eintretensfrage nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Zu prüfen ist nachfolgend, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der ersten

rentenabnehmenden Verfügung vom 20. Juni 2014 (act. 65) und der angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 (act. 207) eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 6.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und in Gutheissung des übereinstimmenden Antrags der Verfahrensbeteiligten zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn – wie vorliegend – im aktuellen Neuanmeldeverfahren noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug verwehrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

C-4564/2020 Seite 26

E. 6.2

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 E. 2.1 in fine). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat) erforderlich. Sollten sich im Rahmen der Begutachtung allfällige Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers ergeben, wäre auch diesbezüglich eine genaue Prüfung angezeigt (vgl. Urteile des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 7 und C-2159/2018 vom

E. 6.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-2517/2020 vom 12. Januar 2022 E. 8.3 m.w.H.) und vorliegend keine

C-4564/2020 Seite 27 Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 7. Im Ergebnis ist die Beschwerde im Eventualantrag dahingehend gutzuheissen, dass die

Verfügung vom 3. Juli 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

8. 8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Bei diesem Ergebnis kommt die gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Zug. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da der Beschwerdeführer als obsiegend gilt, kommt die gewährte unentgeltliche Verbeiständung nicht zum Zug. Denn der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat bei Obsiegen Anspruch auf eine Parteientschädigung, die die Vorinstanz zu leisten hat. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Kenntnisse des Rechtsvertreters aus dem vorinstanzlichen Einwandverfahren, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des

C-4564/2020 Seite 28 vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von pauschal CHF 2'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE; vgl. auch Urteil BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen) angemessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE). Der unterliegenden Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

C-4564/2020 Seite 29

E. 7

Im Ergebnis ist die Beschwerde im Eventualantrag dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 3. Juli 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Bei diesem Ergebnis kommt die gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Zug. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da der Beschwerdeführer als obsiegend gilt, kommt die gewährte unentgeltliche Verbeiständung nicht zum Zug. Denn der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat bei Obsiegen Anspruch auf eine Parteientschädigung, die die Vorinstanz zu leisten hat. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Kenntnisse des Rechtsvertreters aus dem vorinstanzlichen Einwandverfahren, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von pauschal CHF 2'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE; vgl. auch Urteil BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen) angemessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE). Der unterliegenden Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

E. 11

Oktober 2018) gingen bereits bekannte und auch weitere medizinische Unterlagen ein, weshalb nur letztere nachfolgend aufzuführen sind:

E. 16

Dezember 2013 und am 19. Januar 2017 ausgeschlossen worden. Aus orthopädischer Sicht habe im Bericht vom 22. April 2014 von Dr. O. _____ der Verdacht auf eine partielle Supraspinatusläsion bestan-

C-4564/2020 Seite 21 den, der im MRT vom 19. Mai 2014 bestätigt worden sei. Eine Beeinträchtigung der Schulter sei bereits bekannt gewesen. Zu einer allfälligen Weiterbehandlung fehlten die Informationen. Nach der Knieoperation links am 9. Februar 2016 habe sich die Situation positiv entwickelt. Nach einer Knieoperation rechts am 14. Februar 2017 habe ein Reha-Aufenthalt – ohne klare Indikation – stattgefunden. Des Weiteren zeigten ein MRT vom 27. Oktober 2015 degenerative Entwicklungen mit Spinalkanalstenose L3/4. Ein orthopädischer Bericht vom 12. Dezember 2018 dokumentiere Knieschmerzen. Ein Bericht des Zentrums W. _____ vom 30. April 2018 zeige eine zervikale und lumbale Spondylarthrose, wobei eine Operation nicht empfohlen worden sei. Der behandelnde Hausarzt Dr. S. _____ berichte am 3. Februar 2019 über Restbeschwerden im rechten Knie und erachte die Alkoholabstinenz als glaubhaft. Gastroenterologische Untersuchungen im Zusammenhang mit analem Blutverlust zeigten abgesehen von Hämorrhoiden keine in Frage kommende Pathologie. Zudem sei am

E. 19

Februar 2018 eine Nierenkolik dokumentiert worden. Ein neurologischer Bericht vom 23. Oktober 2017 äussere die Verdachtsdiagnose einer Polyneuropathie (als Folge der langjährigen Alkoholabhängigkeit?). Dr. U. _____ nannte als Hauptdiagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu definierende psychiatrische Probleme des Beschwerdeführers. Als Nebendiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er die beidseitige Gonarthrose, den Zustand nach beidseitiger Implantation einer Teilprothese und die

Spondylarthrose der Wirbelsäule auf. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die vormalige Alkoholsucht, die Periarthropathie der Schulter, die Hämorrhoiden, der Verdacht auf eine alkoholbedingte Poly- neuropathie und der Zustand nach Polytrauma im Jahr 2012. Die Hauptproblematik des Beschwerdeführers bleibe psychiatrisch, weshalb eine entsprechende interne fachärztliche Einschätzung einzuholen sei. Aus somatischer Sicht würden degenerative Entwicklungen des Knies, des Rückens und – bereits vorbestehend – der Schulter bestehen. Diese rechtfertigten eine teilweise Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, in welcher der Beschwerdeführer ab 9. Februar 2016 noch zu 70% arbeitsfähig sei. In leichten leidensadaptierten Tätigkeiten bleibe die Arbeitsfähigkeit vollumfänglich intakt.

E. 23

September 2020 E. 6.2.1 ff.). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachterpersonen zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; Urteil des BVer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8). Das Gutachten hat sich zudem ausreichend zum neu anmelderechtlichen Beweisthema – erhebliche Änderung des Sachverhalts – zu äussern (vgl. Urteil des BGer 9C_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1). Vorliegend ist die Frage, ob eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers verglichen mit jenem im Juni 2014 eingetreten ist, und wenn ja, inwiefern, seit wann und in welchem medizinisch objektivierbaren Ausmass mit welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu behandeln. Dabei haben die Gutachterpersonen betreffend den zu beurteilenden Zeitraum die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 20. Juni 2014 bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinander zubeziehen und zu beurteilen.

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