

BVGer C-6357/2020 vom 28. September 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6357_2020

FR: TAF C-6357/2020 du 28 septembre 2022

IT: TAF C-6357/2020 del 28 settembre 2022

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b 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 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. November 2020, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbe-

C-6357/2020 Seite 8 gründender Invalidität abgelehnt hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist vorliegend Prozessthema respektive streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 3.1

Mit Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2; 127 II 264 E. 1b).

E. 3.3

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr je nach Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (Urteil des BGer 8C_448/2020 vom 3. März 2021 E. 2.4.1).

E. 4.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies

C-6357/2020 Seite 9 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 zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in C._____ (im Kanton D._____) erwerbstätig und hatte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, seinen gesetzlichen Wohnsitz in K._____ (Deutschland), wo er noch heute lebt. Wie in der IV-Anmeldung angegeben, hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der IV-Anmeldung zusätzlich einen Nebenwohnsitz in der Schweiz (vgl. IV-act. 9 S. 1, 95 S. 5). Er war somit in jenem Zeitpunkt ein Wochenaufenthalter in der Schweiz, was aufgrund des Fahrtwegs zwischen seiner damaligen Arbeitsstelle in C._____ und seinem Wohnsitz in K._____ von 5 Stunden und 50 Minuten einleuchtet. Der Wohnsitz des Beschwerdeführers liegt denn auch mit einer Distanz bis zur Schweizer Grenze (Zollamt L._____) von rund 460 Kilometern (entsprechend einer Fahrtzeit von über fünf Stunden) – entgegen Art. 40 Abs. 2 IVV – eindeutig nicht im grenznahen Ausland. Es liegt damit aufgrund der Distanz des Wohnortes zur Grenze keine "klassische" Grenzgänger-Konstellation vor (vgl. hierzu Urteil des BVer C-7270/2018 vom 12. Oktober 2020 E. 3.2). Dennoch ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer zu Recht aufgrund der Grenzgänger-Regelung gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV bei der Sozialversicherungsanstalt D._____ zum Leistungsbezug angemeldet hat, da er im Zeitpunkt der IV-Anmeldung effektiv ein Grenzgänger war, der jeweils am Wochenende zurück zu seinem Wohnsitz in Deutschland (resp. zu der dort wohnhaften Familie, vgl. z. B. IV-act. 72 S. 22 und 27) gefahren ist. Die IV-Anmeldung des Beschwerdeführers bei der kantonalen IV-Stelle ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden. Die Zuständigkeit der kantonalen IV-Stelle zur Entgegennahme (und Prüfung) der Anmeldung wurde überdies von keiner Partei bestritten. Da sich schliesslich auch im Falle der Zuständigkeit der IVSTA für die Vornahme der IV-Abklärungen an deren Zuständigkeit auch für den Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung sowie an der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Behandlung der vorliegenden

Beschwerde nichts ändern würde, erübrigen sich im vorliegenden Beschwerdeverfahren weitere Abklärungen diesbezüglich (siehe jedoch zur vorfrageweisen Prüfung der Zuständigkeit der Vorinstanz unten E. 8.4).

E. 5.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-

C-6357/2020 Seite 10 folgenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 12. November 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535) insbesondere des IVG und des ATSG finden demgegenüber vorliegend noch keine Anwendung.

E. 5.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. November 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen vorliegend 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 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).

E. 6

August 2015 E. 5.3). Gleiches gilt für die psychiatrische Exploration. Den medizinischen Sachverständigen eröffnet sich praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich,

C-6357/2020 Seite 15 zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteile des BGer 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.5 m. w. H.; 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1). Weiter ist dem Unterschied zwischen

Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C_397/2015 E. 5.3), dies auch dann, wenn es um psychische Beeinträchtigungen geht (Urteil des BGer 9C_585/2016 E. 3.3).

E. 6.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann

C-6357/2020 Seite 11 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. 6.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (im Sinne von Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (im Sinne von Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative 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, was vorliegend unbestrittenermassen der Fall ist (vgl. Sachverhalt Bst. A und Auszug aus individuellem Konto [IK] in IV-act. 13).

E. 6.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

E. 6.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine

C-6357/2020 Seite 12 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen

Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Regelung gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004 und bis 31. März 2012 Art. 2 der Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 6.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 m. w. H.). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d. h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d. h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m. w. H.). Damit diese vom Rechtsanwender zuverlässig nachvollzogen werden können, hat sich der medizinische Sachverständige bei seiner Einschätzung und Beurteilung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 [vgl. hierzu insbes. BGE 141 V 281 E. 5.2.1 bis 5.2.3]). 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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

C-6357/2020 Seite 13

E. 6.6

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So darf das Gericht den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m. w. H.). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweis insbesondere auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings

dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entsprechende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit Hinweis). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee; vgl. auch BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m. w. H.). Die Stellungnahmen des RAD, 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. w. H.).

E. 6.7

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. hierzu z. B. Urteil des BVerG C-534/2019 vom 18. Januar 2021 E. 5.4.1.1; vgl. auch BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418) eine rentenbegründende Invalidität zu begrün-

C-6357/2020 Seite 14 den vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.; vgl. insbes. auch BGE 148 V 49).

E. 6.7.1

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

E. 6.7.2

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und

Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 6.7.3

Hinzuweisen bleibt darauf, dass die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge aufweist (BGE 145 V 361 E. 3.2.1 und 137 V 210 E. 3.4.2.3 je m. w. H.; Urteile des BGer 9C_585/2016 vom 29. November 2016 E. 3.3, 9C_397/2015 vom

E. 7

Es ist vorliegend unbestritten und aus den Akten ersichtlich, dass der Beschwerdeführer nach dem Erhalt der Kündigung seiner Arbeitsstelle Ende Januar 2017 sowie aufgrund einer familiären Konfliktsituation (Ehekrise) eine psychische Krise erlitten hatte und in der Folge wiederholt stationär und teilstationär psychiatrisch behandelt wurde. Darüber hinaus hatte der Beschwerdeführer bereits seit 2013 das Vorliegen von beruflichen Schwierigkeiten geschildert. Die Firma "(...)" sei damals an ein deutsches Unternehmen verkauft worden. Diese Umstrukturierung habe für ihn zu erheblichen Problemen, insbesondere zu einer beruflichen Rückstufung vom Produktionsleiter zum Abteilungsleiter geführt, was auch mit finanziellen Einbussen verbunden gewesen sei. Seine Mietwohnung in der Schweiz, welche er für sich und seine Frau auch als Ferienwohnung habe nutzen können, habe er daher aufgeben und in eine kleinere Wohnung umziehen müssen. Das grösste Problem und die grösste Kränkung sei aber gewesen, wie der neue Geschäftsleiter mit ihm umgegangen sei (IV-act. 40 S. 6 ff.; ausführlich zur zunehmenden Belastungssituation durch die dauerhafte Überlastung am Arbeitsplatz [v. a. Fahrten zwischen Deutschland und der Schweiz, Konflikte am Arbeitsplatz und in der Ehe, die Androhung von Trennung durch die Ehefrau, Kündigung und teilweise Gratifikationskrise], vgl. Entlassungsbericht der Rehaklinik M._____ vom 7. Februar 2018, IV-act. 84 S. 23 ff.). Während in den Vorakten die Gesundheitsstörung anfänglich teilweise auch mit der Diagnose einer depressiven Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) umschrieben wurde (vgl. z. B. IV-act. 25 S. 6, 40 S. 12), wird sie in den neueren Arztberichten einhellig – sowohl durch die behandelnden Ärzte als auch den mit dem Dossier befassten Gutachter Dr. med. G._____ – als eine rezidivierende depressive Störung klassifiziert (vgl. insbes. IV-act. 72 S. 24, 82 S. 4, 84 S. 24, 106 S. 3). Hierbei variiert indessen der angegebene Schweregrad der jeweiligen gegenwärtigen depressiven Episode. Daneben sind mehrere somatische Beschwerden des Beschwerdeführers dokumentiert (vgl. insbes. auch den vom Beschwerdeführer angegebenen somatischen Krankheitsgrund bei der IV-Anmeldung oben in Sachverhalt Bst. A sowie

C-6357/2020 Seite 16 den Entlassungsbericht der N._____ vom 28. Oktober 2016 zur Reha nach Hüft-TEP vom 26. September 2016, IV-act. 84 S. 15 ff.). Zur Klärung des (ausschliesslich psychischen) Gesundheitszustands des Beschwerdeführers hat die kantonale IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. G._____ veranlasst, auf welche die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung abgestellt hat. Der

Beschwerdeführer bestreitet im vorliegenden Beschwerdeverfahren die Beweiskraft dieses Gutachtens, wobei er sich auf verschiedene, im vorinstanzlichen Verfahren eingereichte Berichte seiner behandelnden Ärzte beruft. Nachfolgend ist daher vorerst das Gutachten von Dr. med. G. _____ zusammenfassend wiederzugeben sowie anschliessend, unter Prüfung der vom Beschwerdeführer erhobenen Rügen, dessen Beweiskraft zu prüfen.

E. 7.1

Im Gutachten vom 29. April 2019 gab Dr. med. G. _____ zunächst die ihm vorliegenden medizinischen Akten zusammenfassend wieder. Anschliessend hielt er fest, die Befragung des Versicherten habe ergeben, dass der Versicherte erstmals 2014 eine Krise gehabt habe (im Geschäft habe es damals viele Belastungen gegeben). Er habe drei Monate nicht arbeiten können und sei in Konstanz psychotherapeutisch behandelt worden.

Anschliessend habe er die Arbeit wieder aufgenommen. Im September 2016 sei links eine Hüftprothese eingesetzt worden. Als er danach im Januar 2017 die Arbeit wieder aufgenommen habe, habe er die Kündigung erhalten. Dies habe ihn belastet. Seit Januar 2017 habe er nicht mehr gearbeitet. Im Jahr 2017 sei er zweimal stationär psychiatrisch behandelt worden. Ende 2017/Anfangs 2018 habe er an einer Rehabehandlung teilgenommen. Anfangs 2019 sei er erneut stationär psychiatrisch behandelt worden. Nun befinde er sich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. O. _____ (unter Verordnung der Medikamente durch Dr. med. J. _____). Als aktuelle Beschwerden gebe er an, er sei noch immer wenig belastbar, leicht reizbar und aggressiver als früher. Auch habe er wenig Antrieb. Seit vier Monaten werde er monatlich mit einer Testosteron-Injektion behandelt, da bei der Abklärung einer Prostatavergrösserung ein deutlich erniedrigter Testosteron-Spiegel festgestellt worden sei. Seit er nun mit Testosteron behandelt werde, gehe es ihm besser und er habe mehr Energie. Dennoch lebe er eher zurückgezogen, meide grössere Ansammlungen und fühle sich unter vielen Menschen nicht wohl. Er sei auch irgendwie emotionslos geworden, könne sich nicht mehr richtig freuen und auch nicht weinen. Er werde unterstützt von seiner Ehefrau, die viel Verständnis aufbringe, obwohl auch sie gesundheitlich angeschlagen sei. Die Psychotherapeutin besuche er alle zwei Wochen. Im Rahmen des psychia-

C-6357/2020 Seite 17 trischen Untersuchungsbefundes gab Dr. med. G. _____ an, die Stimmung sei während der Untersuchung herabgesetzt, klagsam und leichtgradig depressiv gewesen bei vermindertem Antrieb. Der affektive Kontakt zum Gutachter sei gut gewesen. Das Denken sei von depressiven Inhalten geprägt gewesen, der Versicherte habe aber einen wachen Eindruck gemacht und sei bewusstseinsklar gewesen mit zeitlicher, örtlicher, situativer und zur eigenen Person guter Orientierung. Er habe sich differenziert ausgedrückt. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Während der Untersuchung habe der Versicherte keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt und gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen ohne Gedankenabreissen oder Gedankenleere. In seinen Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar gewesen. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden gewesen. Der Versicherte habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person gehabt und sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Er habe keine Zwangsgedanken geäussert, Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Auch habe er nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidimpulse berichtet. Insgesamt stellte Dr.

med. G. _____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es lägen keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Gutachten S. 24). Im Rahmen der Herleitung dieser Diagnose hielt er fest, der Antriebsvermögen sei leicht vermindert; der Versicherte empfinde wenig Freude, zeige einen sozialen Rückzug, sei lärmempfindlich, habe ein leichtes Gedankenkreisen und erwache frühmorgens. Es liege keine schwere Episode vor. Der Versicherte lebe zusammen mit seiner Ehefrau. Am Morgen habe er keine Probleme aufzustehen. Tagsüber verrichte er leichtere Arbeiten im Haushalt, unternahme Spaziergänge, fahre Fahrrad und leiste gelegentlich auch leichtere Gartenarbeiten. Autofahren sei möglich. Er sei auch bemüht, wieder vermehrt soziale Kontakte zu pflegen. Regelmässig besuche er seine Therapien und nehme an einem Reha-Sportprogramm teil. Bereits 2014 habe der Versicherte unter einer depressiven Episode gelitten, so dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden könne. Der Versicherte habe nie unter einer ausgeprägten Suizidalität gelitten, was bei schweren depressiven Episoden immer vorhanden sei, weshalb die von den Vorbehandlern und Behandlern gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht bestätigt werden könne. Ausserdem sei der Versicherte zu einigen Aktivitäten in der Lage und jeweils nur während einigen Wochen

C-6357/2020 Seite 18 stationär behandelt worden, womit keine therapieresistente, chronifizierte depressive Störung vorliege. Gemäss dem letzten Austrittsbericht leide der Versicherte sodann vor allem unter psychosozialen Belastungen (Arbeitslosigkeit, fehlende Aussichten, eine Stelle zu finden, Konflikte mit Ehefrau). Im Gegensatz zu jenem Bericht habe der Versicherte in der vorliegenden Untersuchung angegeben, dass die Beziehung zu seiner Ehefrau gut sei. Damit hätten vor allem psychosoziale Belastungen zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Depression geführt. Der Versicherte habe daraufhin in gebessertem Zustand aus der Klinik entlassen werden können. Im Rahmen der Begutachtung habe nur eine leichte depressive Verstimmung festgestellt werden können. Entgegen der Begutachtung von Dr. med. E. _____ seien in der psychiatrischen Untersuchung auch keine Hinweise auf anankastische Persönlichkeitszüge aufgefallen. Auch sei der Gedankengang im Gegensatz zur psychiatrischen Untersuchung vom 16. April 2018 (Gutachten von Dr. med. E. _____) nicht eingengt, die Mimik nicht verarmt oder gehemmt und der Versicherte emotional schwingungsfähig gewesen. Die Depression habe sich damit seit der letzten Begutachtung deutlich gebessert. Das Denk- und Konzentrationsvermögen sei nicht beeinträchtigt. Die Schlafstörungen seien geringgradig ausgeprägt. Somit könne nur noch eine leichte Episode diagnostiziert werden, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Es fänden sich damit keine Hinweise auf eine therapieresistente, schwere depressive Störung. Unter dem Titel "Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation sowie in der Alltagssituation" hielt Dr. med. G. _____ fest, der Versicherte besuche eine Psychotherapie und werde antidepressiv behandelt. Er habe von einer leichten Antriebsverminderung, von leichten depressiven Verstimmungen und einem sozialen Rückzug berichtet. Die Einschränkungen seien gleichmässig geschildert worden. Er nehme regelmässig an den Therapien teil und gehe einigen Aktivitäten im Alltag nach. Gleichzeitig sehe er sich aber als nicht arbeitsfähig an, was sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen lasse. Aus psychiatrischer Sicht bestehe nur eine geringgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Unter Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte Dr. med. G. _____ einen leichten sozialen Rückzug auf, wobei der Versicherte von seiner Ehefrau und seinem Sohn unterstützt werde. Er wies

darauf hin, dass der Versicherte leichtere Arbeiten im Haushalt und im Garten leiste, Autofahre und sich regelmässig auf niedrigem Niveau sportlich betätige. Er sei jedoch belastet durch den Verlust der Arbeitsstelle sowie die ungewisse berufliche und finanzielle Zukunft. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest, der Versicherte könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in leitender Funktion

C-6357/2020 Seite 19 noch während sechs bis acht Stunden anwesend sein. Dabei sei die Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Verstimmungen, der leicht verminderten psychischen Belastbarkeit und des leicht verminderten Antriebs beeinträchtigt. Insgesamt bestehe damit in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Diese Arbeitsfähigkeit habe sich zeitlich wie folgt entwickelt: Von Februar 2017 bis Juni 2018 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowie ab Juli 2018 eine solche von 70 % bestanden. Gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 16. April 2018 habe nur noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden können, wobei Dr. med. E. _____ davon ausgegangen sei, dass eine Reintegration in den Arbeitsmarkt innert zwei bis drei Monaten möglich sein sollte. Als angepasste berufliche Tätigkeit nannte Dr. med. G. _____ die Tätigkeit als Ingenieur ohne Leitungsfunktion. In dieser Tätigkeit sei eine Präsenz von 8.5 Stunden pro Tag möglich. Hierbei bestehe keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Damit liege in einer angepassten beruflichen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Retrospektiv habe (in angepasster Tätigkeit) von Februar 2017 bis Juni 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % sowie ab Juli 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden (IV-act. 72).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde geltend, das Gutachten von Dr. med. G. _____ sei nicht verwertbar. So habe Dr. med. G. _____ einerseits ein leichtgradiges depressives Zustandsbild beschrieben, unter Ausschluss einer schweren depressiven Episode, sowie an einer anderen Stelle des Gutachtens von einem zurzeit mittelgradig ausgeprägten Zustandsbild gesprochen. Die von den Vorbehandlern und Behandlern gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode habe Dr. med. G. _____ ausschliesslich mit der Begründung, dass nie eine ausgeprägte Suizidalität vorgelegen habe, nicht bestätigt. Diese Herleitung der gestellten Diagnose lasse eine fundierte Auseinandersetzung mit den diagnostischen Kriterien zur Abgrenzung der leichten, mittleren oder schweren depressiven Episode völlig vermissen. Insbesondere habe Dr. med. G. _____ zu Unrecht nicht in Erwägung gezogen, dass – neben einer leichten oder schweren Episode – auch eine mittelschwere Episode vorliegen könnte. Mit den entsprechenden Arztberichten der behandelnden Ärzte habe sich der Gutachter nicht hinreichend auseinandergesetzt. Auch habe Dr. med. G. _____ keine widerspruchsfreie Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen, indem er einerseits erklärt habe, dass durch die nur noch leichte Episode die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt sei und er andererseits in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von nur 70 % festgestellt habe. Ausserdem bringe der Beschwerdeführer vor, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung verändert, da es seither

C-6357/2020 Seite 20 zu zwei weiteren, schwer depressiven Episoden gekommen sei. Schliesslich führt der Beschwerdeführer aus, Dr. med. G. _____ habe sich mit dem kurz vor dessen Begutachtung datierenden Austrittsbericht des P. _____ Klinikums vom 9. April 2019 betreffend den stationären Aufenthalt vom 24. Januar bis 21. Februar 2020 (recte: 2019) nicht auseinandergesetzt. Dr. med. G. _____ habe lediglich ausgeführt, die Depressionen hätten sich jeweils in den stationären Therapien gebessert (keine Thera-

pieresistenz). Diese immer wieder gutachterlich aufgeführte Therapieresistenz (sic) sei weder ein Kriterium zur Beurteilung des Schweregrads einer Depression noch Voraussetzung für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Insgesamt ist der Beschwerde zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Hauptsache – gestützt auf die Berichte seiner behandelnden Ärzte – auf den Standpunkt stellt, er leide an einer durchgehend mittelgradigen depressiven Störung mit teilweise schweren Episoden, und die von Dr. med. G. _____ festgestellte leichtgradige Episode (mit teilweisen Verschlechterungen) ohne eine (wesentliche; vgl. hierzu unten E. 7.5) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestreitet, ohne jedoch zu behaupten, dass er im Zeitpunkt der Untersuchung von Dr. med. G. _____ an einer schweren depressiven Episode gelitten hätte. Streitig ist damit vorliegend im Wesentlichen die Beurteilung des Schweregrads der depressiven Episoden im Rahmen der beim Beschwerdeführer unbestrittenermaßen vorliegenden rezidivierenden depressiven Störung und deren IV-rechtliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 7.3

Vorliegend hat Dr. med. G. _____, wie von RAD-Psychiater Dr. med. H. _____ in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2020 zu Recht festgehalten (vgl. IV-act. 107 S. 6), die von ihm gestellte Diagnose an Hand verschiedener Symptome und Kriterien hergeleitet. Es trifft damit – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht zu, dass Dr. med. G. _____ die Diagnose lediglich aufgrund des Merkmals der beim Beschwerdeführer nicht vorliegenden Suizidalität gestellt hätte. Zwar führt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde zu Recht aus, dass ausschliesslich aufgrund des Fehlens von Suizidalität eine schwere Episode nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. ICD-10 F32.- i. V. m. F32.2; siehe auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl., 2015, S. 174). Jedoch sind bei der Diagnosestellung auch die Ausprägung der vorhandenen Symptome zu berücksichtigen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a. a. O., S. 172 f.). So hat Dr. med. G. _____ bezüglich verschiedener zu berücksichtigender Symptome

C-6357/2020 Seite 21 eine lediglich leichtgradige Ausprägung (leichtgradiges depressives Zustandsbild, leicht verminderter Antrieb, Empfinden von nur wenig Freude) festgestellt. Aufgrund der im Gutachten festgestellten nur leichten psychopathologischen Symptome im Untersuchungszeitpunkt erscheint damit, entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, die Darstellung und Beurteilung, warum Dr. med. G. _____ gegenwärtig von einer leichten Episode ausgeht, durchaus plausibel und nachvollziehbar. Dass Dr. med. G. _____ hingegen nicht alle unter der ICD-10 F32.- aufgeführten möglichen Symptome (vgl. auch die in der Literatur in diesem Zusammenhang aufgeführten typischen und anderen Symptome in: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a. a. O., S. 169 f.) explizit geprüft hat, ändert nichts an dieser Schlussfolgerung, da dem Gutachter ein zulässiger Ermessensspielraum bei der Erhebung und Beurteilung der Befunde zuzugestehen ist (vgl. oben E. 6.7.3).

E. 7.4

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers führt sodann auch der Umstand, dass Dr. med. G. _____ im Gutachten mehrfach ein leichtgradiges depressives Zustandsbild festgestellt und hiervon abweichend auf S. 25 angegeben hat, dass das depressive Zustandsbild zurzeit mittelgradig ausgeprägt sei, nicht (ohne Weiteres) zu einer

Unverwertbarkeit des Gutachtens. Vielmehr steht für das Bundesverwaltungsgericht fest, dass es sich bei der einmaligen Nennung eines mittelgradig ausgeprägten Zustandsbildes um ein Versehen handeln muss. Dasselbe gilt für den vom Beschwerdeführer aufgezeigten Widerspruch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. So wird auf der S. 24 des Gutachtens die Diagnose rezidivierende depressive Störung, ggw. leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) als eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Hiervon abweichend steht im Gutachten auf der S. 26, es könne nur noch eine leichte Episode diagnostiziert werden, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Diese offensichtlichen Fehler lassen das Gutachten zwar teilweise als unsorgfältig und oberflächlich verfasst erscheinen, führen aber nicht per se zu dessen Unverwertbarkeit.

E. 7.5

In seiner Beschwerde macht der Beschwerdeführer sodann zu Unrecht geltend, das Vorliegen eines therapeutischen Potentials sei kein massgebendes Kriterium zur Beurteilung der Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden anzunehmen sei. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang die (wenn auch erst nach der Beschwerde vom 15. Dezember 2020 ergangene) Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als

C-6357/2020 Seite 22 schwere psychische Krankheit definieren lässt. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 [Urteil des BGer 8C_280/2021 vom 17. November 2021] E. 6.2.2).

E. 7.5.1

Damit ist das Vorliegen eines therapeutischen Potentials durchaus ein massgebendes Kriterium zur Beurteilung der Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden anzunehmen ist. So betont BGE 148 V 49 die Bedeutung der Therapierbarkeit (sowie auch der Komorbidität, hierzu unten in E. 7.6 ff.) auch für den vorliegenden Fall. Der Beschwerdeführer schreibt in seiner Beschwerde (Ziff. 16) in diesem Zusammenhang zu Unrecht, dass Dr. med. G. _____ immer wieder von Therapieresistenz gesprochen habe (vgl. aber auch den korrekten Hinweis des Beschwerdeführers auf die fehlende Therapieresistenz im selben Absatz der Beschwerde). Tatsächlich hat Dr. med. G. _____ im Gutachten vielmehr festgestellt, dass die stationären Therapien jeweils eine Besserung der Depression gebracht hatten ("Es ist auch zu erwähnen, dass sich die Depression in den stationären Therapien jeweils besserte, auch der Exlorand berichtete zum jetzigen Zeitpunkt davon, dass ihm der letzte psychiatrische Aufenthalt geholfen habe, seinen Gesundheitszustand zu verbessern"; vgl. Gutachten S. 25; vgl. hierzu auch unten E. 7.5.2). Dem Gutachten ist ferner zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine Psychotherapeutin alle zwei Wochen besuche und er vorübergehend auch eine Gruppentherapie während einigen Monaten besucht habe (Gutachten S. 20). Als bisherige Behandlung gab der Gutachter an, der Beschwerdeführer sei wiederholt stationär psychiatrisch behandelt worden, befinde sich in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und nehme regelmässig ein Antidepressivum ein (Gutachten S. 23). Er besuche seine Therapien regelmässig und nehme auch an einem Reha-Sportprogramm teil (Gutachten S. 25). Die beim Beschwerdeführer festgestellte depressive Störung bezeichnete

er sodann explizit als nicht therapieresistent (Gutachten S. 25 letzter Satz). Im Gutachten fehlt hingegen eine Auseinandersetzung mit der im damaligen Zeitpunkt und seit 2014 vom Beschwerdeführer wahrgenommenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapie sowie der von ihm eingenommenen Medikation. Insbesondere fehlt auch eine Einschätzung, ob damit die beim Beschwerdeführer vorliegende psychische Problematik hinreichend sowie lege artis behandelt wurde und wird.

C-6357/2020 Seite 23

E. 7.5.2

Im Zusammenhang mit der vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Therapie ist den Akten sodann zu entnehmen, dass dieser während den nachfolgend angegebenen Zeiträumen stationär-psychiatrisch behandelt wurde: - vom 6. Juni 2017 bis zum 11. Juli 2017 im Krankenhaus Q._____ (vgl. Austrittsbericht vom 30. August 2017 in IV-act. 25 S. 6 f.); - vom 6. September bis zum 4. Oktober 2017 im P._____ Klinikum (...) (vgl. Austrittsbericht vom 17. Oktober 2017 in IV-act. 29 S. 1-6); - vom 12. Dezember 2017 bis zum 30. Januar 2018 in der Rehabilitationseinrichtung (psychosomatische Fachklinik) M._____ (vgl. ärztlicher Entlassungsbericht vom 7. Februar 2018 in IV-act. 84 S. 24 ff.); - vom 24. Januar 2019 bis zum 21. Februar 2019 im P._____ Klinikum (...) (vgl. Entlassungsbericht vom 9. April 2019 in IV-act. 70). Abgesehen vom zweiten Spitalaufenthalt von September/Oktober 2017 (vgl. IV-act. 29 S. 3 unten) konnte jeweils im Zeitpunkt der Entlassung des Beschwerdeführers aus den stationären Aufenthalten eine Besserung seines psychischen Zustands festgestellt werden. So habe der Beschwerdeführer nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Q._____ im Juli 2017 entspannter und zuversichtlicher gewirkt, besonders bezüglich der Krise mit seiner Ehefrau (vgl. IV-act. 25 S. 7). Nach der Rehabilitation von Dezember 2017/Januar 2018 habe sich der Versicherte entlastet erlebt und einen Fortschritt erreicht, welchen er in ambulanter Psychotherapie fortsetzen wolle (IV-act. 84 S. 38). Im Verlauf des stationären Settings von Januar/Februar 2019 sei es schliesslich zu einer mässiggradigen affektiven Stabilisierung gekommen, die allerdings an einzelnen Wochenenden im Rahmen der Belastungserprobungen (dies im Rahmen der auch familiären Konfliktsituation) wieder etwas rückläufig gewesen sei (IV-act. 70 S. 4). Dass der Beschwerdeführer nach dem Gesagten nach den stationären Aufenthalten jeweils in der Regel in einem gebesserten Zustand hatte entlassen werden können, untermauert die von Dr. med. G._____ festgestellte fehlende Therapieresistenz (vgl. oben E. 7.5.1). Dass der letzte stationäre Aufenthalt im Februar 2019 schliesslich abgebrochen wurde, damit der Beschwerdeführer die in der Schweiz angeordnete Begutachtung wahrnehmen konnte ("Aufgrund von anstehenden Gutachten im Hinblick auf eine mögliche Berentung [...] kamen wir im Einvernehmen mit Hr. G. zu der Entscheidung, die stationäre Behandlung zu begrenzen und haben ihm empfohlen, diese anstehenden Dinge zunächst zu klären, um sich dann – sofern notwendig – zu einem späteren Zeitpunkt vielleicht besser

C-6357/2020 Seite 24 auf eine psychotherapeutische Behandlung einlassen zu können"; vgl. IV-act. 70 S. 4) spricht ferner nicht für eine besondere Dringlichkeit der stationär-psychiatrischen Therapie. Obwohl der Beschwerdeführer gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte von einer mindestens mittelschweren depressiven Störung mit schweren Episoden auszugehen scheint (vgl. oben E. 7.2 Abs. 2), fehlt jedoch auch im Rahmen der retrospektiven Arbeitsfähigkeitsbeurteilung eine einlässliche Auseinandersetzung des Gutachters mit den Berichten der behandelnden Ärzte und ihrer

Einschätzung der jeweiligen depressiven Episoden auch auf der Grundlage der jeweils erhobenen Befunde.

E. 7.5.3

Mit Verweis auf den erwähnten Entlassungsbericht vom 9. April 2019 hat Dr. med. G. _____ im Gutachten ferner darauf hingewiesen, dass der Versicherte vor allem unter psychosozialen Belastungen leide. So habe der Versicherte in der Klinik berichtet, dass ihn die Arbeitslosigkeit, die fehlenden Aussichten, eine Stelle zu finden, und die Konflikte mit seiner Ehefrau belasteten. Es hätten damit vor allem psychosoziale Belastungen dazu geführt, dass es vorübergehend zu einer Verschlechterung der Depression gekommen sei (vgl. vorne E. 7.1; Gutachten S. 26). Eine weitergehende psychiatrische Auseinandersetzung mit diesen invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren als Auslöser für die wiederholt auftretenden Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, insbesondere die Prüfung eines hiervon unabhängigen (verselbständigten) Leidens im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG, fehlt indes im Gutachten ebenfalls. Es wäre diesbezüglich zu prüfen gewesen, ob die psychosozialen Faktoren selbständig und insofern direkte Ursache der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, womit keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vorläge, oder ob diese Umstände, wie vom Gutachter implizit angenommen, zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität geführt haben, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhielten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmerten, womit sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken konnten (vgl. Urteil des BGer 9C_161/2009 Urteil vom 18. September 2009 E. 2.2).

E. 7.6

Für die Auslegung der Tragweite der in BGE 148 V 49 (vgl. oben E. 7.5) erwähnten (psychiatrischen) Komorbiditäten ist die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Indikatorenprüfung (vgl. oben E. 6.7.2) heranzuziehen. Hiernach sind die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und

C-6357/2020 Seite 25 "körperliche Begleiterkrankungen" zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, ist nicht Komorbidität, sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Damit umfasst der Indikator "Komorbidität" sowohl psychiatrische als auch somatische Komorbiditäten (vgl. hierzu unten E. 7.7). Ob die in den Vorakten erwähnte Essstörung (vgl. z. B. IV-act. 84 S. 24) Krankheitswert aufweist und als psychiatrische Komorbidität beachtlich ist, wurde von Dr. med. G. _____ im Gutachten jedoch nicht diskutiert. Die in den medizinischen Vorakten teilweise festgestellten akzentuierten Persönlichkeitsmerkmale des Beschwerdeführers sind demgegenüber gemäss der erwähnten Rechtsprechung lediglich im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik von Bedeutung. Diesbezüglich hat Dr. med. G. _____ jedoch die in dem von der Krankentaggeldversicherung eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 16. April 2018 (IV-act. 40) gestellte Verdachtsdiagnose einer anankastischen beziehungsweise rigiden Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) im Gutachten verneint ("Im Rahmen der

psychiatrischen Untersuchung fielen keine anankastischen Persönlichkeitszüge auf"; vgl. Gutachten S. 26). Auch Dr. med. F._____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sprach sich im Privatgutachten vom 16. August 2018 gegen das Vorliegen einer rigiden akzentuierten Persönlichkeit aus und ging stattdessen von einer beim Beschwerdeführer vorliegenden von Ängsten und Selbstunsicherheit getragenen zwanghaften Persönlichkeit im Sinne von ICD-10 F60.5 aus (IV-act. 52 S. 13 ff.), was Dr. med. G._____ wiederum in Zweifel zog mit der Begründung, dass Dr. med. F._____ dies nicht näher ausgeführt habe.

E. 7.7

Wie den vorliegenden medizinischen Unterlagen zu entnehmen ist, liegen beim Versicherten sodann – neben der depressiven Störung – auch verschiedene somatische Erkrankungen vor. So waren im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. G._____ vom 19. März 2019 (Untersuchungszeitpunkt) insbesondere eine Coxarthrose links bei Zustand nach Hüftgelenksprothese (vgl. ärztlicher Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung M._____ vom 7. Februar 2018 in IV-act. 84 S. 24 ff.), eine mediale Gonarthrose beidseits (vgl. Bericht des Zentrums für Orthopädie R._____ vom 23. Juli 2018 in IV-act. 82 S. 16), ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (behandelt mit CPAP-Maske; vgl. z. B. Bericht von Dr. med. S._____, Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, vom

C-6357/2020 Seite 26 13. Juni 2013 in IV-act. 82 S. 23 f.), eine arterielle Hypertonie (vgl. z. B. Bericht von Dr. med. T._____, Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 20. November 2012 in IV-act. 82 S. 25 f.), eine Akne inversa (vgl. Bericht von Priv.-Doz. Dr. med. U._____, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, vom 1. Juni 2017 in IV-act. 82 S. 22) und eine chronisch venöse Insuffizienz beider Beine bei Zustand nach Venenstripping (vgl. Bericht von Dr. med. V._____, Facharzt für Phlebologie/Allgemeinmedizin, vom 11. Oktober 2018 in IV-act. 82 S. 21) bereits bekannt, ebenso eine somatoforme autonome Funktionsstörung von Herz und Kreislauf (vgl. RAD-Stellungnahme vom 26. September 2017 in IV-act. 76 S. 4 ff.). Die somatischen Erkrankungen hat Dr. med. G._____ in seinem Gutachten nicht berücksichtigt, obschon die Leitlinien für psychiatrische Begutachtungen vorsehen, dass die somatischen Beeinträchtigungen vorab abzuklären sind (vgl. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage vom 16. Juni 2016, S. 14).

E. 7.8

Bei der von Dr. med. G._____ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, ggw. leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) mit – im Ergebnis leichten – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Gutachten S. 28) handelt es sich schliesslich um eine psychische Erkrankung, bezüglich welcher das vorangehend bereits dargestellte strukturierte Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (Standardindikatoren) zur Prüfung, ob in einer Gesamtbetrachtung vorliegend von einer erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung der Funktions- und Arbeitsfähigkeit, und gegebenenfalls in welchem Ausmass, auszugehen ist, zwingend durchzuführen ist (sog. Standardindikatoren; vgl. oben E. 6.7 ff. und 7.6). Vorliegend hat Dr. med. G._____ in seinem Gutachten vom 29. April 2019 jedoch nur wenige dieser Standardindikatoren und dann auch nur ansatzweise geprüft.

So hat er die Fragen zur Konsistenz und Plausibilität der vom Versicherten geltend gemachten Einschränkungen sowie zu Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen lediglich in drei kurzen Abschnitten beantwortet. Eine fundierte Auseinandersetzung mit dem vom Bundesgericht aufgestellten normativen Prüfungsraaster fehlt demgegenüber im Gutachten. Insbesondere fehlen, wie bereits dargelegt, jegliche Angaben und Beurteilungen zu allfälligen Komorbiditäten (vgl. oben E. 6.7.2; siehe hierzu oben E. 7.6 f.), weshalb auch die vom Gutachter vorgenommene Beurteilung der funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen vermag.

C-6357/2020 Seite 27

E. 7.9

Nach dem Gesagten erfüllt das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G._____ vom 29. April 2019 insgesamt die versicherungsmedizinischen Qualitätsanforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht. Dies bereits deshalb nicht, weil Dr. med. G._____ entgegen den bundesgerichtlichen Vorgaben die vorliegend relevanten Standardindikatoren, insbesondere jene der Komorbidität, überhaupt nicht und andere nicht einlässlich geprüft hat (vgl. oben E. 7.8). Er hat entsprechend auch nicht hinreichend dargetan, inwiefern die von ihm diagnostizierte rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig leichter Episode unter Einbezug der erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit einschränkt, weshalb ein triftiger Grund vorliegt, dass auf das Gutachten vom 29. April 2019 nicht abgestellt werden kann (vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.1). Indem das Gutachten darüber hinaus auch teilweise unsorgfältig und oberflächlich verfasst wirkt (vgl. oben E. 7.4) und eine eingehendere psychiatrische Auseinandersetzung insbesondere mit den medizinischen Vorakten (vgl. oben E. 7.7), den psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. oben E. 7.5.3) und der erfolgten Therapie (vgl. oben E. 7.5.1 letzter Satz) fehlt, liegen weitere Indizien im Sinne von Art. 44 ATSG vor, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. oben E. 6.6). Insgesamt mangelt es vorliegend besonders auch an einer interdisziplinären Gesamtbetrachtung unter Einbezug aller geklagten gesundheitlichen Leiden. In den vorliegenden Akten fehlt sodann eine medizinische Auseinandersetzung mit den vom Beschwerdeführer beschwerde-weise geltend gemachten, seit der Begutachtung vom 19. März 2019 (Untersuchungszeitpunkt) eingetretenen Verschlechterungen seines Gesundheitszustands. Die Vorinstanz durfte daher für die Prüfung, ob eine rentenerhebliche Invalidität gegeben ist, rund eineinhalb Jahre nach Erstellung des Gutachtens vom 29. April 2019 nicht unbeschleunigt auf dieses abstellen. Die von der kantonalen IV-Stelle nachträglich bei Dr. med. G._____ eingeholten Stellungnahmen vom 7. Juni 2019 (IV-act. 75, vgl. Sachverhalt Bst. B.b i. f.) und 29. Mai 2020 (IV-act. 102, vgl. Sachverhalt Bst. B.d) ändern nichts an dieser Schlussfolgerung, nachdem sich diese Stellungnahmen weder mit den vorangehend aufgeführten Widersprüchen und Unvollständigkeitsstellen des Gutachtens vom 29. April 2019 noch mit den vom Beschwerdeführer geltend gemachten, seit der Begutachtung aufgetretenen Verschlechterungen seines Gesundheitszustands befassen. Unter diesen Umständen erübrigt sich auch die Prüfung der weiteren vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten erhobenen Rügen. Dasselbe gilt für die in den vom Beschwerdeführer mit Einwandbegründung vom 16. September 2019 (vgl. Sachverhalt Bst. B.c) eingereichten Stellungnahmen von Dres. med.

C-6357/2020 Seite 28 I._____ und J._____ dargelegten Kritiken des psychiatrischen Gutachtens (insbesondere die [als falsch bezeichneten] Aussagen, welche der Versicherte

gemäss Gutachten vom 29. April 2019 gegenüber Dr. med. G._____ gemacht habe, vgl. IV-act. 82 S. 4 ff. und S. 7 ff.). Wie es sich schliesslich mit der in einer der erwähnten Stellungnahmen aufgestellten Behauptung, die Untersuchung habe weniger lange gedauert als vom Gutachter angegeben (vgl. IV-act. 82 S. 7), verhält, kann dahingestellt bleiben, zumal es gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Aussagengehalt eines medizinischen Berichts nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr darauf, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des BGer 8C_264/2020 vom 17. August 2020 E. 3.2.3.2), was vorliegend gerade nicht der Fall ist.

E. 7.10

Im vorinstanzlichen Verfahren hat der Beschwerdeführer sodann mit Eingabe vom 16. September 2019 weitere Arztunterlagen mit Hinweisen auf somatische Erkrankungen eingereicht, die teilweise erst nach der Begutachtung durch Dr. med. G._____ – jedoch noch vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. November 2020 – datieren (vgl. oben E. 5.2). Aus diesen geht – neben den bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. G._____ bekannten somatischen Beschwerden (vgl. oben E. 7.7) – eine bezüglich des rechten Kniegelenks vorliegende Chondropathia patellae Grad I bis II sowie eine Chondromalacia Grad I bis II im unteren lateralen Kniegelenkskompartiment (vgl. MRT-Bericht von Dr. med. W._____, Facharzt für Radiologie, vom 2. Juli 2019 in IV-act. 82 S. 18 f.), ein Karpaltunnelsyndrom beidseits (vgl. Bericht von Dr. med. X._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 6. August 2019 in IV-act. 82 S. 14) sowie eine Osteochondrose in der Höhe LWK 5/SWK 1 mit Retrospondylose und darüber hinausragendem Bandscheibenprolaps (vgl. MRT-Bericht von Dr. med. W._____ vom 8. August 2019 in IV-act. 82 S. 12 f.) hervor. RAD-Arzt Dr. med. Y._____ hat diese vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 16. September 2019 eingereichten medizinischen Unterlagen in seiner Stellungnahme vom 27. September 2019 zusammengefasst. Hierbei hat er jedoch unvollständig festgestellt, es würden beim Versicherten radiologische Veränderungen lediglich im Bereich der Lendenwirbelsäule und des rechten Knies beschrieben (vgl. IV-act. 107 S. 2 f.). Denn in den vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichten wurde neben den Arthrosen im Bereich des unteren Rückens und beider Kniegelenke insbesondere auch eine Arthrose der linken Hüfte (Coxarthrose, vgl. oben E. 7.7) diagnostiziert. Keine Erwähnung in dieser Stel-

C-6357/2020 Seite 29 lungnahme finden sodann die weiteren, vorliegend möglicherweise relevanten somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers (Schlafapnoe und somatoforme autonome Funktionsstörung von Herz und Kreislauf, vgl. oben E. 7.7). Wenn Dr. med. Y._____ gestützt auf die (unvollständige) Zusammenfassung der somatischen Beschwerden sodann folgert, ein IV-relevanter Gesundheitsschaden sei wenig wahrscheinlich, vermag die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der RAD-Stellungnahme vom 27. September 2019 nicht zu überzeugen (vgl. oben E. 6.5 letzter Satz und 6.6). Und obschon der RAD-Arzt das Fehlen eines in somatischer Hinsicht vorliegenden IV-relevanten Gesundheitsschadens lediglich als eine Vermutung formuliert hat, hat die Vorinstanz in der Folge diesbezüglich keine weiteren Abklärungen in die Wege geleitet, sondern in der angefochtenen Verfügung lediglich erklärt, es sei in somatischer Hinsicht keine IV-relevante gesundheitliche Einschränkung ausgewiesen. Tatsächlich kann jedoch gerade im Zusammenhang mit den von den behandelnden Ärzten des Versicherten beschriebenen degenerativen Erkrankungen der linken Hüfte, der beiden Knie und des

Rückens, der Schlafapnoe sowie auch der somatoformen autonomen Funktionsstörung von Herz und Kreislauf eine rechtserhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. In die gutachterliche Beurteilung hätten daher auch die Auswirkungen relevanter somatischer Beeinträchtigungen einbezogen werden müssen, was entsprechend eine vorgängige somatische Abklärung voraussetzt.

E. 7.11

Weiter ist eine direkte Leistungszusprache gestützt auf die beiden im Recht liegenden psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2018 (das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 16. April 2018 [IV-act. 40] und das Privatgutachten von Dr. med. F. _____ vom 16. August 2018 [IV-act. 52 S. 13 ff.]) sowie auf die Angaben der behandelnden Ärzte insbesondere in den vom Beschwerdeführer mit Einwand vom 16. September 2019 ins Recht gelegten Arztberichten (IV-act. 81 f.) vorliegend nicht möglich. Die beiden erwähnten, im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung bereits zwei Jahre alten psychiatrischen Gutachten betreffen lediglich einen Teil der vorliegend zu beurteilenden Zeitperiode und enthalten auch keine umfassende interdisziplinäre medizinische Beurteilung des Gesundheitszustands, weshalb sie von vornherein nicht alle Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Entscheidungsgrundlage erfüllen. Zudem handelt es sich beim Privatgutachten von Dr. med. F. _____ im Wesentlichen um eine kritische Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. E. _____. Der Be-

C-6357/2020 Seite 30 schwerdeführer beantragt denn auch zu Recht nicht, es sei für die Leistungszusprache auf die beiden erwähnten psychiatrischen Gutachten oder die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen. Vielmehr beantragt er eine weitere psychiatrische Abklärung. Auch anhand der Berichte der behandelnden Ärzte, welche sich teilweise in Kritik am Gutachten von Dr. med. G. _____ erschöpfen, lässt sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hinsichtlich der Auswirkungen auf die funktionelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit – sowohl in psychischer als auch in somatischer Hinsicht – nicht abschliessend, auch nicht im Längsverlauf, beurteilen. Im Weiteren ist zu beachten, dass die behandelnden Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zum Versicherten stehen und sich daher in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht daher sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. oben E. 6.7.3 letzter Satz) als auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 6.6, zum Ganzen: BGE 135 V 465 E. 4.5). Gerade betreffend die Einschätzungen des Schweregrads des psychischen Leidens lässt sich wie dargestellt nicht ausschliessen, dass die behandelnden Psychiater im Rahmen der von ihnen erhobenen Befunde und Beurteilungen unkritisch die Sichtweise des Beschwerdeführers übernommen haben, weshalb auch ein abschliessendes Abstellen auf diese Berichte nicht möglich ist.

E. 7.12

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2020 in medizinischer Hinsicht als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und

gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 8

Da die Vorinstanz den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ff. ATSG (vgl. auch BGE 136 V 376 E. 4.1 sowie Art. 12 VwVG) offensichtlich mangelhaft abgeklärt hat und daher die entscheidungswesentlichen Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Da es an einer IV-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sowie dessen Verlaufs gänzlich fehlt und die Vorinstanz

C-6357/2020 Seite 31 trotz Vorliegens von somatischen und psychischen Leiden bisher lediglich ein psychiatrisches Gutachten eingeholt hat, welches zudem die Anforderungen an die Prüfung der Standardindikatoren – insbesondere hinsichtlich Komorbidität, Therapierbarkeit und Konsistenz – offensichtlich nicht erfüllt, und in somatischer Hinsicht zu Unrecht noch keine Abklärungen getroffen hat, sodass unklar ist, ob und gegebenenfalls inwiefern somatischerseits funktionelle Einschränkungen vorliegen und beachtlich sind, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens vorliegend abzusehen. Ausserdem litte bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, könnte doch die Verwaltung von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Auch bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen, wenn wie vorliegend eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert würde (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies wäre damit auch der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Im Weiteren liegen in casu insbesondere auch nicht umfassende und an sich beweiskräftige Gutachten vor, welche indessen zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen, so dass sich die Frage nach der Anordnung eines Obergutachtens stellen würde (vgl. BGE 136 V 156 E. 3.3, 125 V 351 E. 3b/aa mit Hinweisen). Entsprechend ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines Gerichtsgutachtens, auf welches kein Anspruch besteht (BGE 139 V 339 E. 4.3), abzuweisen und – da vorliegend trotz auch bestehender somatischer Erkrankungen im Verwaltungsverfahren bisher noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt worden ist, es daher alleine mit einer vom Beschwerdeführer beantragten psychiatrischen Begutachtung jedenfalls nicht sein Bewenden haben könnte – der Eventualantrag auf Rückweisung an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung in dem Sinne gutzuheissen, dass ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen ist.

E. 8.1

Aufgrund des Ausgeführten ist die Vorinstanz in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der

C-6357/2020 Seite 32 medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, dies eventuell in den Fachbereichen Rheumatologie, Neurologie und Pneumologie, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen. Denn es ist grundsätzlich Sache der beauftragten Sachverständigen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden, da sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär zu erstellenden Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BVGer C-4634/2014 vom 5. September 2016 E. 7.2 in fine). Im Rahmen der neuerlichen Begutachtung werden zunächst die somatischen Beeinträchtigungen abzuklären (vgl. oben E. 7.7 letzter Satz) sowie in der Folge, unter Einbezug der somatischen Abklärungsergebnisse, eine psychiatrische Beurteilung lege artis mit der entsprechenden Indikatorenprüfung im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung (einschliesslich einer Gesamtbeurteilung) vorzunehmen sein. Aufgrund eines in den Vorakten enthaltenen Hinweises auf ein aggravierendes Verhalten seitens des Beschwerdeführers (vgl. Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 16. April 2018: "Er [...] neigt leider zur Aggravation seiner Symptomatik" [vgl. IV-act. 40 S. 16]) haben die Gutachter schliesslich bei weiterhin festgestellten Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und den unter Berücksichtigung der normativen Vorgaben erhobenen objektivierten medizinischen Befunden auch dazu Stellung zu nehmen, ob und falls ja, in welchem Umfang die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aus medizinischer (insbesondere psychiatrischer) Sicht auf bewusstseinsnahe Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung zurückzuführen sind (vgl. Urteil des BVGer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7.2, 5.7.3 und 7.3).

E. 8.2

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m. w. H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach

C-6357/2020 Seite 33 dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und es sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 8.3

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 12. November 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.

Angesichts der vorliegend fehlenden "klassischen" Grenzgänger-Konstellation (vgl. oben E. 4.2) wird die Vorinstanz hierbei vorfrageweise zu prüfen haben, ob sie selbst (anstelle der kantonalen IV-Stelle) für die Durchführung der ergänzenden Abklärungen respektive die Anordnung der durchzuführenden Begutachtung zuständig ist.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis 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 beschwerdeführenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Der Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.– gerechtfertigt.

C-6357/2020 Seite 34

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