

BVGer C-6833/2018 vom 5. Juni 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6833_2018

FR: TAF C-6833/2018 du 5 juin 2020

IT: TAF C-6833/2018 del 5 giugno 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). 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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 21a Abs. 1 und 2, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 1. November 2018, mit der die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente zu Recht verneint hat.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 1. November 2018) 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).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger. Gemäss Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (nachfolgend Abkommen; SR 0.831.109.763.1) sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei sowie deren Angehörige und Hinterlassene, soweit diese ihre Rechte von den genannten Staatsangehörigen ableiten, in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei den Staatsangehörigen dieser Vertragspartei gleichgestellt, soweit das Abkommen und sein Schlussprotokoll nichts anderes bestimmen (Art. 2 Ziff. 1 des Abkommens). Da das Abkommen insbesondere bezüglich des IVG anwendbar ist (Art. 1 Ziff. 1 Bst. B), ist auf vorliegenden Sachverhalt demnach das schweizerische Recht anzuwenden.

E. 4.1

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

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch 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, entsteht.

E. 4.3

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1; vgl. auch Art. 69 Abs. 2 IVG). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunft- und Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen; er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

E. 4.4

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des

Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 4.5

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

E. 4.6

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung oder ein Suchtleiden eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 145 V 215; 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

E. 4.6.1

Ausgangspunkt dieser Prüfung und 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 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich 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. 4.6.2

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. 5

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 5.1

Der Beschwerdeführer wurde auf Zuweisung seines behandelnden Psychiaters Dr. C. _____ am 25. März 2015 stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses D. _____ aufgenommen. Im Hospitalisationsbericht, mitunterzeichnet vom leitenden Arzt Dr. med. E. _____, vom 13. April 2015 wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2) genannt. Weiter wurden eine Fibromyalgie mit mehreren Lokalisationen (M79.70) und eine gutartige Neubildung der Hirnhäute (D32.0) diagnostiziert. Es wurde festgehalten, dass die depressive Episode vor rund fünf Monaten durch einen Beziehungskonflikt ausgelöst worden sei, bei dem es zur Trennung von der Partnerin und den beiden gemeinsamen Kindern gekommen sei. Es bestünden eigenanamnestische Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer seit einem Arbeitsunfall im Jahr 2006 unter depressiver Verstimmung und diffusen Schmerzen, vorwiegend ohne somatisches Korrelat, leide. Aufgrund der anamnestisch erhobenen Daten und klinischen Befunde sei diagnostisch zudem von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Im Rahmen der diagnostischen Abklärungen wurde bei einer MRT-Untersuchung ein Hirntumor (fronto-temporales Meningeom rechts; WHO-Grad I) festgestellt (act. 38, act. 42).

E. 5.2

In der Folge wurde der Beschwerdeführer am 10. April 2015 in die Klinik für Neurochirurgie des Klinikums F. _____ verlegt, wo das Meningeom am 13. April 2015 ohne Komplikationen operativ reseziert wurde. Am 20. April 2015 wurde er bei unauffälligem Verlauf und ohne fokal-neurologische Defizite entlassen (act. 29, act. 31) und in die Klinik für Geronto- und Neuropsychiatrie des Zentrums G. _____ verlegt, wo er bis 24. April 2015 stationär behandelt wurde. Im Bericht vom 23. April 2015 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2), eine gutartige Neubildung der Hirnhäute (D32.0) und postoperative Kopfschmerzen genannt (act. 45).

E. 5.3

Von 24. April bis 6. Mai 2015 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses D. _____ stationär weiterbehandelt. Laut Bericht vom 6. Mai 2015 wurde er mit einer mittelschweren Depression aufgenommen. Es wurde erwähnt, dass schon seit mehreren Jahren chronifizierte, äusserst schmerzhaft Missemphindungen bestünden, weshalb der Verdacht auf eine Fibromyalgie vorliege. Der Beschwerdeführer habe über starke rechtsseitige Kopfschmerzen sowie ein rechtsseitiges Schwächegefühl und Kribbelparästhesien geklagt, bei der neurologischen Untersuchung seien aber keine fokalneurologischen Defizite festgestellt worden. Bei anhaltenden Kopfschmerzen sei der Beschwerdeführer in der neurochirurgischen Ambulanz des Klinikums F. _____ überstellt worden, wo kein somatischer Grund für die Schmerzsymptomatik habe festgestellt werden können. Bei der Entlassung sei der somatopsychische Zustand zwar leicht gebessert, der Beschwerdeführer aber weiterhin arbeitsunfähig gewesen (act. 39, act. 43).

E. 5.4

Der Beschwerdeführer war von 7. Mai bis 10. Juni 2015 zwecks einer neurologischen Rehabilitation im Klinikum H._____ hospitalisiert. Im Bericht vom 17. Juni 2015 wurde festgehalten, er beklage Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, eine Schwäche in den Extremitäten rechts, Vergesslichkeit und eine psychomotorische Verlangsamung. Mittelfristig sei von einer negativen Erwerbsprognose auszugehen (act. 40).

E. 5.5

Dr. med. I._____ hielt in seinem in der Zwischenzeit zuhanden der Bundesagentur für Arbeit erstellten Aktengutachten vom 22. April 2015 fest, der Beschwerdeführer leide an einem schwergradigen Schmerzzustand, einer psychischen Minderbelastbarkeit schwerer Ausprägung sowie einer Funktionsstörung der Wirbelsäule. Die letzte Tätigkeit könne er nicht mehr ausüben (act. 18).

E. 5.6

Rund einen Monat nach der Operation des Hirntumors klagte der Beschwerdeführer über eine Lähmung der rechten Körperseite, die nach einem nächtlichen Krampfanfall aufgetreten sei (act. 14) sowie über starke Kopfschmerzen und Müdigkeit (act. 21 S. 4), weshalb weitere Abklärungen im Klinikum F._____, Klinik für Neurochirurgie, durchgeführt wurden. Im Bericht vom 30. Juli 2015 wurde festgehalten, dass die im Rahmen des stationären Aufenthalts von 24. bis 30. Juli 2015 durchgeführte Diagnostik, unter anderem mit MRT von Schädel und HWS, Lumbalpunktion sowie Elektrophysiologie, keine Erklärung für die rechtsseitige Hemiparese und sensible Hemisymptomatik geliefert habe (act. 29). Zur weiteren Ursacheneingrenzung wurde der Beschwerdeführer sodann von 3. bis 6. August 2015 in der Klinik für Neurologie des Klinikums F._____ abgeklärt. Im Entlassungsbericht vom 6. November 2015 wurde festgehalten, dass die Ursache der seit Mitte Mai bestehenden Hemiparese rechts, der Kopfschmerzen, der allgemeinen Müdigkeit und Gedächtnisstörung am ehesten eine somatoforme Schmerzstörung (F45.40) sowie eine dissoziative Bewegungsstörung (F44.4) auf dem Boden psychosozialer Belastungsfaktoren sei (act. 20).

E. 5.7

Aufgrund einer depressiven Dekompensation mit Entwicklung passiver Suizidgedanken wurde der Beschwerdeführer von 17. bis 29. August 2015 im Krankenhaus J._____ der Kliniken K._____ in (...) kriseninterventionell stationär behandelt. Im Entlassungsbericht vom 22. September 2015 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten: Psychophysische Dekompensation mit Verschlechterung der Depression (F33.2), Zustand nach Resektion eines rechts fronto-temporalen Meningeoms WHO-Grad I am 13.04.2015 (D32.0), Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (F44.7), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40), Hemiparese rechts (G81.1), Hypästhesie der rechten Körperhälfte (R20.1) und deutliche soziale Belastung (Z73). Bei der Entlassung sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig gewesen (act. 35). Von 22. Oktober 2015 bis 5. Januar 2016 erfolgte eine weitere Hospitalisation im Krankenhaus J._____ der Kliniken K._____ in (...), in der Abteilung psychotherapeutischen Neurologie. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 11. Januar 2016 wurde unter Nennung der bekannten Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. 21, act. 47).

E. 5.8

Der behandelnde Psychiater Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Psychosomatische Medizin, berichtete am 26. Januar

2016, dass der Zustand des Beschwerdeführers unverändert sei. Als Diagnosen hielt er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2G), eine Dysthymie (ICD-10: F34.1G) sowie eine gutartige Neubildung der Hirnhäute (ICD-10: DF32.0G) fest (act. 23).

E. 5.9

Im Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Klinikums F. _____ vom 21. Januar 2016 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer weiterhin über eine hochgradige rechtsseitige Hemiparese unklarer Genese sowie über Kopfschmerzen klagt. Zudem habe er über ein- bis zweimal wöchentlich auftretende Bewusstlosigkeiten berichtet. Die durchgeführte CT-Untersuchung habe keine neuen Auffälligkeiten gezeigt (act. 22, act. 30).

E. 5.10

Im zuhanden der deutschen Rentenversicherung erstellten ärztlichen Formulargutachten E 213 vom 2. Juni 2016 diagnostizierte Dr. med. L. _____, Arzt für Innere Medizin und Rettungsmedizin, eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode (F33.2), eine ausgeprägte Hemiparese rechts, differentialdiagnostisch am ehesten schwere dissoziative Bewegungsstörung mit progredientem Verlauf (F44.7), eine anhaltende schwere somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.4) und ein Status nach Resektion eines fronto-temporalen Meningeoms rechts 4/2015 (D32.0). Der Gutachter kam zum Schluss, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers seit Oktober 2015 aufgrund der Komplexität und des negativen Zusammenwirkens der Krankheitsbilder konkret auf unter 3 Stunden pro Tag abgesunken sei. Diese Einschätzung gelte sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch für angepasste Tätigkeiten (act. 57).

E. 5.11

Die RAD-Ärztin Dr. med. M. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fasste in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2016 die medizinischen Akten zusammen und hielt die folgenden Hauptdiagnosen fest: - Rezidivierende depressive Störung (F33.2) - erste Episode 2001 - erneute Dekompensation, schwere Episode Februar 2015 - mittelschwere Episode April/Mai 2015 - schwere Episode August 2015 - ab Oktober 2015 unklar - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Entwicklung nach Unfall 2006 (wahrscheinlich Rückenprellung) - Dissoziative Bewegungsstörung mit Halbseitensymptomatik rechts - ab ca. Mai 2015 Die RAD-Ärztin ging davon aus, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit von 25. März bis 10. Juni 2015, von 24. Juli bis 29. August 2015 und von 22. Oktober bis 5. Januar 2016 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. In der der bisherigen Tätigkeit bestehe ab 22. Oktober 2015 wahrscheinlich eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 51).

E. 5.12

Der IV-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 28. November 2016 als Hauptdiagnose den Verdacht auf eine psychische und organische dissoziative Störung (F06.8) fest. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach Resektion eines Meningeoms, als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische somatoforme Schmerzstörung (F45.40). Der IV-Arzt ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit seit 25. März 2015 aus. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei ein neurologisch-psychiatrisches

Gutachten mit neuropsychologischer Untersuchung einzuholen (act. 59).

E. 5.13

Im Jahr 2017 wurde der Beschwerdeführer drei Mal in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses D._____ stationär behandelt: - Im Bericht vom 13. März 2017 betreffend Behandlung von 22. Februar bis 9. März 2017 wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome genannt (F33.2). Weiter wurden dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine gutartige Neubildung der Hirnhäute (D32.0) sowie eine psychische Störung und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (F11.2) diagnostiziert (act. 77). - Von 5. April bis 26. Mai 2017 wurde die stationäre Behandlung fortgeführt. Im Bericht vom 26. Mai 2017 wurden neben der Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F 33.2) und den bereits bekannten Diagnosen neu dissoziative Anfälle (F44.5), eine Dysthymie (F 34.1), ein Entzugssyndrom (F 11.3) sowie ein schädlicher Gebrauch von Alkohol diagnostiziert (F 10.1). Bei der Entlassung sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (act. 102). - Nach einer weiteren stationären Behandlung vom 4. Juli bis 23. August 2017 wurde am 23. August 2017 vom Vorliegen einer gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2), einer Dysthymie (F34.1), dissoziativen Bewegungsstörungen (F44.4), dissoziativen Krampfanfällen (F44.5), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) und einer gutartigen Neubildung der Hirnhäute nach einer Meningeom-OP 2015 (D32.0) berichtet. Bei der Entlassung sei der Beschwerdeführer weiterhin arbeitsunfähig gewesen (act. 130).

E. 5.14

Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädie, hielt im IV-Arztbericht vom 20. Juni 2017 fest, dass er den Beschwerdeführer anfangs 2014 behandelt habe (vgl. Bericht vom 3. Februar 2014 [act. 111]). Damals habe er folgende Diagnosen gestellt: Ganzkörperschmerz (R52.2 G), Cervicobrachialgie beidseits (M53.1 G), Thorakoverbrales Schmerzsyndrom (M54.6 G), HWS-Beschleunigungstrauma (S13.4 G), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 G), Chronische Schmerzen (F45.41 G), Spondylarthrose (M47.82 G), Uncovertebralarthrose (M47.89 G) und Segmentale Funktionsstörungen (M99.89 G). Eine Arbeitsunfähigkeit sei von ihm nicht bescheinigt worden (act. 105).

E. 5.15

Im weiteren Verlauf wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Vorinstanz durch Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär neurologisch-psychiatrisch begutachtet. Das entsprechende Gutachten datiert vom 15. Juni 2018 (act. 165).

E. 5.15.1

Gegenüber den Gutachtern beklagte der Beschwerdeführer, der im Rollstuhl zu den Untersuchungen erschienen sei, starke und ständige Kopfschmerzen, wiederkehrende Bewusstlosigkeiten, Probleme beim Gehen und eine seit der Operation des Hirntumors bestehende Lähmung der rechten Körperseite. Infolge der Fehlbelastung durch die Lähmung habe er auch Rückenschmerzen. Er habe aber auch bereits vor der Operation an Schmerzen gelitten, die sich bisher nicht gebessert hätten.

E. 5.15.2

Im neurologischen Teilgutachten wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Zustand nach Meningeom-Operation im April 2015 rechts frontal - organisch nicht zuordenbare Lähmung sowie Gefühlsstörung im Bereich der rechten Körperhälfte mit deutlichen Hinweisen auf eine ausgeprägte Aggravation - organisch nicht zuordenbare Müdigkeit bei im Hinblick auf Müdigkeit/Schläfrigkeit unauffälligem elektroencephalographischen Befund - organisch nicht zuordenbare kognitive Beeinträchtigung bei deutlichen Hinweisen auf eine Aggravation und Hinweisen auf eine bewusste Verzerrung der Ergebnisse bei einem Antwortverhalten weit unter dem Zufallsniveau Im Rahmen der neurologischen Begutachtung führte Dr. med. P. _____ unter Beizug der Psychologin R. _____ eine neuropsychologische Untersuchung durch. Hierzu wurde zusammenfassend festgehalten, dass die testpsychologische Untersuchung durch die stark demonstrierte Müdigkeit des Beschwerdeführers geprägt und limitiert gewesen sei. So sei er plötzlich zur Seite oder nach vorne gekippt und habe seine Augenlider beinahe geschlossen gehabt. Zudem habe er immer wieder lautstark geweint und habe gefragt, warum er denn nur krank sei. Es hätten sich deutliche Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsmotivation ergeben. In einem Beschwerdevalidierungsverfahren habe der Beschwerdeführer ein Antwortverhalten gezeigt, das weit unter dem Zufallsniveau liege, weshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer aktiven Verzerrung des Antwortverhaltens auszugehen sei. Auch in einem weiteren Beschwerdevalidierungsverfahren habe sich dies gezeigt, weshalb die erhobenen testpsychologischen Untersuchungsbefunde allesamt als invalide betrachtet werden müssten. Eine Aussage über die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers sei in keiner Weise möglich. Der neurologische Experte hielt weiter fest, dass sich in der klinischen Untersuchung keine konsistenten Befunde gefunden hätten, welche eine Beeinträchtigung der rechten Körperhälfte oder der Kognition erklären würden. Es sei von einer ausgeprägten Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation auszugehen. Er kam zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Aus neurologischer Sicht habe vorübergehend nach der Operation des Meningeoms während eines halben Jahres eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Nach dieser Zeit sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Da keine sichere Beeinträchtigung aus neurologischer und verhaltensneurologischer/neuropsychologischer Sicht abgegrenzt werden könne, seien dem Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten, die seiner Konstitution und seinem Ausbildungsniveau angepasst seien, zumutbar.

E. 5.15.3

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde unter Hinweis auf eine unklare psychopathologische Befundlage keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Differentialdiagnostisch nannte der Gutachter einen Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0). Er kam zum Schluss, dass kein depressives Zustandsbild und keine dissoziative Störung vorliegen würden. Ebenfalls bestünden keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Die entwickelten Symptome wie die Lähmung und allfällige Bewusstseinsstörungen seien mit grosser Wahrscheinlichkeit willentlich gesteuert, folgten sie doch einem subjektiven Bild und nicht einer anatomisch oder physiologisch erklärbaren Zustandsänderung. Die Funktionseinbussen und die Symptomdarstellung seien

insgesamt inkonsistent. Aus gutachterlicher Sicht könne aufgrund der stark willentlich überlagerten Problematik keine definitive Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im letzten Beruf als LKW-Chauffeur oder in einer weniger potentiell gefährdenden Tätigkeit einfacherer Art vorgenommen werden.

E. 5.15.4

Anlässlich der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund des inkonsistenten Verhaltens während der psychiatrischen, der neurologischen sowie der verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Untersuchung von einer ausgeprägten Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation ausgegangen werden müsse. Es liessen sich aktuell keine Befunde erheben, welche eine erhebliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens des Beschwerdeführers begründen und eine Arbeitsunfähigkeit mit sich bringen könnten. In der Gesamtbeurteilung könne dementsprechend keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert werden.

E. 5.16

Einwandweise reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, vom 25. September 2018 ein. Dieser hielt fest, dass die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters in keiner Weise nachvollziehbar seien. Im Gutachten werde der Eindruck erweckt, dass die in Deutschland tätigen Fachärzte nicht kompetent genug seien, bestimmte gesundheitliche Einschränkungen differenziert diagnostisch einzuschätzen und zu beurteilen. Die Gutachter seien nur aufgrund ihrer aktuellen Untersuchungsergebnisse zu ihren diagnostischen Schlussfolgerungen gekommen, ohne dabei die verschiedenen Untersuchungsbefunde und Untersuchungsergebnisse vieler Neurologen und Psychiater aus Deutschland kritisch zu würdigen. Der psychiatrische Gutachter stelle das Vorliegen einer seit vielen Jahren bestehenden depressiven Störung völlig in Frage, was falsch sei. Die Gutachter hätten auch die komplexe, chronifizierte, erheblich fixierte somatopsychische Beschwerdesymptomatik so dargestellt, als ob dies erst nach der «harmlosen Meningeom-Operation» begonnen hätte, obwohl die komplizierte psychosoziale Problemlage bereits vor vielen Jahren begonnen habe. Die Diagnose eines Hirntumors (auch wenn dieser gutartig sei) mit anschliessend notwendiger Operation stelle für viele Menschen eine grosse psychische Belastung dar. Dies sei auch beim Beschwerdeführer der Fall, der bereits im Vorfeld seelisch sehr angeschlagen gewesen sei und ein deutlich gestörtes psychosomatisches Gleichgewicht gehabt habe. Es liege mit Sicherheit keine Aggravation oder eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz vor, sondern eine erheblich gestörte Erlebnisverarbeitung im Rahmen eines deutlich labilisierten psychosomatischen Gleichgewichtes vor dem Hintergrund einer seit vielen Jahren schleichenden depressiven Erkrankung (act. 171).

E. 6

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass beim Beschwerdeführer keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur (und auch in Verweistätigkeiten) vorliegt bzw. ob sie den in medizinischer Hinsicht erheblichen Sachverhalt rechtsgenügend im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG abgeklärt hat.

E. 6.1

Die angefochtene Verfügung basiert in medizinischer Hinsicht auf dem bidisziplinären Gutachten vom 15. Juni 2018, wonach keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers attestiert werden könne. Gemäss der gemeinsamen Einschätzung des medizinischen Dienstes und des Rechtsdienstes der Vorinstanz erfüllt dieses Gutachten die Beweisanforderungen, weshalb gestützt darauf ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abzulehnen sei (Stellungnahme vom 15. August 2018 [act. 168]).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass zur Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht auf das bidisziplinäre Gutachten vom 15. Juni 2018 abgestellt werden darf. Das psychiatrische Teilgutachten sei in keiner Weise nachvollziehbar. Insbesondere fehle es an einer kritischen Würdigung der vielen verschiedenen Untersuchungsbefunde der behandelnden Neurologen und Psychiater aus Deutschland. Es sei auch nicht beachtet worden, dass die Psychopharmakotherapie zu einer gewissen Verbesserung der Psychopathologie während den Untersuchungen geführt habe. In seiner Replik kritisiert der Beschwerdeführer zudem, dass sich die Vorinstanz bzw. der medizinische Dienst nicht rechtsgenügend mit der Stellungnahme des Klinikarztes Dr. med. E. _____ vom 25. September 2018 auseinandergesetzt habe.

E. 6.3

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. P. _____ und Dr. med. Q. _____ vom 15. Juni 2018, das die Fachrichtungen der Neurologie und der Psychiatrie umfasst, beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die beiden Gutachter verfügen über Facharztstitel im Bereich Neurologie bzw. Psychiatrie und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt. Das Gutachten stützt sich zudem auf eine neuropsychologische Untersuchung, die Dr. med. P. _____ unter Beizug einer Neuropsychologin durchgeführt hat. Es erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Insoweit ist das Gutachten mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiswertige Expertise nicht zu beanstanden.

E. 6.4

Vorweg stellt sich die Frage, ob der strittige Rentenanspruch gestützt auf das freihändig vergebene, bidisziplinäre Gutachten in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie abschliessend beurteilt werden kann, zumal die Vorinstanz zunächst ein polydisziplinäres Gutachten als erforderlich erachtete und auch in Auftrag gab, den Auftrag später aber wieder annullierte.

E. 6.4.1

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär, das heisst unter Einbezug von drei und mehr Fachdisziplinen, anzulegen. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete

beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen sind vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt (BGE 139 V 349 E. 3.2; zur Interdisziplinarität der Beurteilung vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Polydisziplinäre medizinische Gutachten sind nach dem Zufallsprinzip an eine Gutachterstelle zu vergeben (vgl. Art. 72bis IVV). Bei mono- und bidisziplinären Gutachten bestimmt hingegen die IV-Stelle (in der Regel aufgrund der Empfehlung des RAD) die medizinischen Sachverständigen, wobei auch hier die mit BGE 137 V 210 gestärkten Partizipationsrechte der Versicherten zu beachten sind (BGE 139 V 349). Die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip neutralisiert - zusammen mit den weiteren Vorgaben nach BGE 137 V 210 - generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1). Die Vergabe von mono- und bidisziplinären Gutachten darf nicht als Vehikel zur Umgehung des zufallsbasierten Zuweisungssystems missbraucht werden (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.4; 142 V 551 E. 7.3.2.3).

E. 6.4.2

Seitens der IV-Stelle obliegt es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich dem RAD bzw. dem IV-ärztlichen Dienst, eine umfassende Einordnung vorzunehmen, welche Fachdisziplinen an einer erforderlichen Beurteilung zu beteiligen sind (Urteil des BGer 9C_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 6.1 mit Hinweisen). Indes besteht im Rahmen von Beurteilungen keine absolute Bindung an die von der IV-Stelle gewählten Fachdisziplinen. Mithin steht es den Gutachtern frei, die von der IV-Stelle bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3; vgl. Urteil des BGer 9C_744/2016 vom 11. Oktober 2017 E. 2).

E. 6.4.3

Vorliegend geht es um die Erstbeurteilung des im Verfügungszeitpunkt rund 54½ Jahre alt gewesenen Beschwerdeführers, bei der eine direkte Erteilung eines Beurteilungsauftrags die Ausnahme darstellt. Aus den Akten ergibt sich, dass die medizinische Situation zwar auf neurologische und psychiatrische Fragen fokussiert erscheint, von einer vollends gesicherten Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik bzw. einer offenkundig auf höchstens zwei Fachgebiete beschränkten Problematik aber nicht ausgegangen werden kann. So handelt es sich gemäss der IV-Ärztin Dr. med. S. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, um ein komplexes Dossier mit Unklarheiten und Widersprüchen (Interne Notiz vom 6. September 2017 [act. 118]). Neben einer neurologischen und psychiatrischen Beurteilung erscheint insbesondere eine internistische Abklärung der vom Beschwerdeführer beklagten Symptome wie Kopfschmerzen, Bewusstlosigkeiten, Übelkeit und Schwindel erforderlich, wie dies auch der behandelnde Neurochirurg Dr. med. T. _____ vom Klinikum F. _____ in seinem Bericht vom 21. Januar 2016 ausdrücklich empfohlen hat (act. 22). Angesichts der wiederholt beklagten Rückenschmerzen (act. 35, act. 36), die der Beschwerdeführer im Jahr 2014 (orthopädisch) abklären liess, und angesichts der von verschiedenen involvierten Ärzten gestellten (Verdachts-)Diagnose einer Fibromyalgie (act. 38, act. 39 S. 3, act. 42, act. 43 S. 3) leuchtet es auch ein, dass das Medizinische Zentrum B. _____ die Fachdisziplin Rheumatologie in die Beurteilung einbeziehen wollte, bilden doch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (chronische)

Schmerzen des Bewegungsapparates auch Gegenstand der Rheumatologie (vgl. Urteil des BGer 8C_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.3). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz gemäss einer internen Mitteilung Akten der U._____ (Unfallversicherung) im Umfang von 72 Seiten im Zusammenhang mit zwei Unfällen in den Jahren 2009 und 2014 beigezogen und diese am 12. Juli dem IV-Arzt Dr. med. N._____ vorgelegt hat (act. 104). Diese Akten wurden am 12. Juli 2017 auch der Begutachtungsstelle weitergeleitet (act. 110). In den vorliegenden Akten findet sich das Dossier jedoch nicht. Schliesslich bestehen auch Hinweise auf ein mögliches Suchtleiden.

E. 6.4.4

Der medizinische Dienst der Vorinstanz hielt zu Recht die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens als erforderlich (Stellungnahmen von Dr. med. N._____ vom 28. November 2016 [act. 59], vom 28. Juni 2017 [act. 106] und vom 5. Oktober 2017 [act. 133]; Stellungnahme von Dr. med. S._____ vom 6. September 2017 [act. 118]). Nicht nachvollziehbar ist dagegen, weshalb der IV-Arzt Dr. med. V._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter den dargestellten Umständen am 13. November 2017 abweichend von den bisherigen Einschätzungen plötzlich eine polydisziplinäre Begutachtung als nicht mehr erforderlich, sondern eine monodisziplinäre Begutachtung im Fachbereich Psychiatrie als ausreichend erachtete (act. 141). Neue medizinische Aspekte, die eine abweichende Einschätzung begründen könnten, lagen nicht vor. Soweit Dr. med. V._____ darauf hinwies, dass gemäss der internen Notiz von Dr. med. S._____ (vom 6. September 2017) die Sachlage aus somatischer Sicht klar sei, vermag dies einen Verzicht auf eine polydisziplinäre Begutachtung nicht zu begründen, da Dr. med. S._____ in der genannten Notiz von einem komplexen Dossier sprach und die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens ausdrücklich als notwendig erachtete. Liegt damit kein medizinischer Grund für den plötzlichen Verzicht auf eine polydisziplinäre Begutachtung vor, ist angesichts der gesamten Umstände vielmehr davon auszugehen, dass sich Dr. med. V._____ und die Vorinstanz von den aufgetretenen Schwierigkeiten bei der Durchführung der polydisziplinären Begutachtung und den vom Begutachtungsinstitut geäusserten Vorbehalten leiten liessen. So wies denn Dr. med. V._____ in seiner Notiz vom 13. November 2017 darauf hin, dass die in Auftrag gegebene polydisziplinäre Begutachtung aufgrund der wiederholten Annullierung der Begutachtungstermine nicht habe durchgeführt werden können, weswegen er eine Begutachtung in der Nähe des Wohnortes des Beschwerdeführers empfehle. Wird allein deshalb auf die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens verzichtet, weil bei einer freihändigen Gutachtensvergabe Experten in der Nähe des Wohnortes des Beschwerdeführers ausgewählt werden können, obwohl die IV-Ärzte die Reise des Beschwerdeführers nach (...) als zumutbar erachteten, stellt dies eine unzulässige Umgehung der zufallsgesteuerten Begutachtungsvergabe dar.

E. 6.4.5

Im vorliegenden Fall war damit die freihändige Vergabe eines bidisziplinären Gutachtens im Lichte von Art. 72bis IVV und der bundesgerichtlich geforderten zufallsbasierten Zuweisung von Gutachten unzulässig. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen hat, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. Gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG können ihm die Leistungen unter anderem nach Artikel 21 Absatz 4 ATSG verweigert werden, wenn er seiner Mitwirkungspflicht bezüglich der Begutachtung nicht nachkommt. Will sich der Beschwerdeführer ohne triftige Gründe einer angeordneten Begutachtung

nicht unterziehen, so ist eine anfechtbare Zwischenverfügung betreffend Notwendigkeit und Zumutbarkeit (Reisefähigkeit) der polydisziplinären Begutachtung zu erlassen und allenfalls im Anschluss, d.h. nach rechtskräftiger Gutachtenanordnung und fortbestehender Weigerung, sich der angeordneten Begutachtung zu unterziehen, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen.

E. 6.5

Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit bereits mangels eines umfassenden polydisziplinären Gutachtens als ungenügend abgeklärt. Im Weiteren vermag aber auch das bidisziplinäre Gutachten vom 15. Juni 2018, insbesondere die im Rahmen der Konsensbesprechung getroffene Schlussfolgerung, dass von einer Aggravation bzw. einer ausgeprägten Verdeutlichungstendenz auszugehen ist, nicht vollends zu überzeugen.

E. 6.5.1

In rein neurologischer Hinsicht wird im bidisziplinären Gutachten gestützt auf eine eingehende klinische Untersuchung, eine neuropsychologische Untersuchung sowie eine elektroencephalographische Untersuchung überzeugend aufgezeigt, dass sich eine Lähmung und Gefühlsstörung im Bereich der rechten Körperhälfte, eine Müdigkeit sowie kognitive Beeinträchtigungen aus rein neurologischer Sicht nicht erklären lassen, was auch mit der Einschätzung der Fachärzte des Universitätsklinikums übereinstimmt. Eine davon abweichende neurologisch-fachärztliche Beurteilung findet sich nicht in den Akten. Aus dem Umstand, dass sich die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden und Einschränkung neurologisch nicht erklären lassen, darf aber nicht unbesehen auf eine anspruchshindernde Aggravation geschlossen werden (vgl. Urteil des BGer 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.4).

E. 6.5.2

Rechtsprechungsgemäss liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; Urteil des BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 6.5.3

Nach BGE 143 V 418 E. 7.1 bilden Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation nicht in jedem Fall einen Ausschlussgrund, rufen aber jedenfalls nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrads (des ärztlich festgestellten

psychischen Leidens). Ob ein Ausschlussgrund vorliegt, bedarf einer sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des BGer 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1). Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Grundsätzlich liegt Aggravation umso eher vor, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinn «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten (Urteil des BGer 9C_899/2014 E. 4.2.2 mit Hinweis). Bedeutsame Hinweise ergeben sich unter anderem daraus, ob und inwieweit die medizinischen Gutachter als auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben, beispielsweise indem ihnen eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen ist oder die versicherte Person - aus nicht krankheitsbedingten Gründen - während längerer Zeit geeignete Therapievorschlüsse abgelehnt hat. Ebenfalls erhellend sein kann unter Umständen eine Bestimmung des Medikamentenspiegels. Schliesslich sind allenfalls Beschwerdevalidierungstests ergänzend (als ein möglicher «Mosaikstein» der Begutachtung) hilfreich (Urteil des BGer 9C_899/2014 E. 4.2.3 mit Hinweis). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2). Die Feststellung von bewusstseinsnaher Aggravation, Simulation und Somatisierung ist grundsätzlich Sache des psychiatrischen Facharztes (Urteil des BGer 9C_737/2018 vom 15. Februar 2019 E. 5.2).

E. 6.5.4

Bei der Begutachtung des Beschwerdeführers wurden Inkonsistenzen festgestellt. So hielt der neurologische Experte bei der Befunderhebung fest, dass die Symptome und Funktionseinbussen inkonsistent und nicht plausibel seien. Die Ergebnisse der klinisch-neurologischen und der verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Untersuchung seien nicht valide gewesen und könnten nicht nachvollzogen werden. In der klinischen Prüfung sei die grobe Kraft des rechten Armes bei ausgeprägter Fehlinnervation bzw. Nichtinnervation nicht beurteilbar gewesen, diskrepant dazu sei der rechte Arm beim An- und Entkleiden aber mitverwendet worden. Auffällig sei auch gewesen, dass der Beschwerdeführer trotz Nichtinnervation der Beine bei der Untersuchung stehfähig und mit einem Stock gehfähig gewesen sei. Zudem bewältigte er gemäss eigenen Angaben ein Stockwerk, um zu seiner Wohnung zu gelangen. Im Untersuchungsbefund beschrieb der neurologische Gutachter den Beschwerdeführer als muskulös. Weiter wies er darauf hin, dass keine Hämatome oder Schürfwunden als Hinweis auf eventuell stattgefundenen Stürze vorhanden seien. Die Umfangmasse der Arme seien auf beiden Seiten identisch, jene der Beine wiesen keine grosse Differenz auf. Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung habe es klare Hinweise auf ein bei Weitem unter dem Zufallsniveau liegendes Antwortverhalten und somit auf eine bewusste Verfälschung der Untersuchungsergebnisse gegeben. Bei der neuropsychologischen Testung habe er ein sehr untypisches Fehlverhalten gezeigt. So habe er in einem Symptomvalidierungsverfahren im Bereich des verbalen Gedächtnisses eine deutlich auffällige Leistung gezeigt, was auf eine bewusste Verzerrung der Ergebnisse hinweise. Bei einem weiteren, nonverbalen Beschwerdevalidierungsverfahren hätten sich ebenfalls deutlich auffällige Werte ergeben. Zudem hätten sich in den wenigen angewandten Testverfahren weitere Hinweise auf eine

eingeschränkte Testmotivation gezeigt. Aufgrund dieser Ergebnisse könnten die erbrachten Testleistungen in keiner Weise als valide bezeichnet werden, was eine Aussage über die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers unmöglich mache. Der psychiatrische Gutachter schilderte, dass die Angaben des Beschwerdeführers bei der Befunderhebung nicht durchgehend konsistent gewesen seien. Der Beschwerdeführer habe im Verlauf des Gesprächs so getan, als ob er so tief eingeschlafen sei, dass man ihn kaum mehr habe wecken können. Dabei habe er den Kopf auf die linke Hand gestützt, bei sich mit dem Ellbogen auf der Armlehne abstützenden, nach oben gestreckt gehaltenen Unterarm. Diese Stellung sei bei tatsächlichem Schlaf oder gar bei Bewusstlosigkeit mit Versagen der motorischen Kontrolle nicht möglich. Zudem stehe das vorgetäuschte schnelle Einschlafen in einem klaren Widerspruch bei unmittelbar vorheriger guten Vigilanz. Die linke Hand sei bei der Begrüssung und der Verabschiedung warm und trocken gewesen, was darauf hinweise, dass keine psychovegetative Stresssituation bestehe.

E. 6.5.5

In den medizinischen Vorberichten finden sich ebenfalls Hinweise auf Inkonsistenzen und Aggravation. So fiel den behandelnden Neurologen des Klinikums F. _____ im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 3. bis 6. August 2015 eine erhebliche und teils neurologisch inkonsistente Ausgestaltung der Beschwerden auf, die über das anamnestisch angegebene Syndrom hinausgehe (act. 20 S. 1). Anlässlich des Reha-Aufenthalts vom 22. Oktober 2015 bis 5. Januar 2016 wurde festgestellt, dass die Schilderung der Schmersymptomatik durch den Beschwerdeführer leicht demonstrativen Charakter habe und sein Verhalten inkongruent wirke. So habe er etwa in einer Streitsituation mit einem Mitpatienten sehr wach, dynamisch und klar gewirkt und habe am Folgetag ausführlich berichten könnten; therapeutische Gespräche könne er dagegen aber nicht mehr wiedergeben. Auch inhaltlich hätten sich oft wenig nachvollziehbare Darstellung ergeben. So habe er das Verhältnis zu seinen beiden Kindern als extrem gut geschildert, andererseits habe er erwähnt, dass er bei ihren Besuchen aufgrund der Schmerzen nur auf der Couch liegen und ihnen zusehen könne (act. 21 S. 8). Zudem wurde eine manipulative Tendenz des Beschwerdeführers beobachtet (act. 21 S. 9). Die Ärzte der psychiatrischen Klinik D. _____ berichteten, dass sich der Beschwerdeführer mit deutlich aggravierendem Charakter zum Gespräch ins Zimmer geschleppt habe (act. 77 S. 4). Ausserdem erwähnten sie einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn (act. 77 S. 5; act. 102 S. 6).

E. 6.5.6

Angesichts der dargestellten Inkonsistenzen und der Ergebnisse der durchgeführten neuropsychologischen (Validierungs-)Tests ist es zwar nachvollziehbar, dass bei den Gutachtern der Verdacht auf eine Aggravation entstand. Grundsätzlich liegt, wie dargestellt, eine Aggravation umso eher vor, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist aber - wiederum - zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestisch erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die

Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung «Normale» hinausgehen (BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2 f.). Weiter vermag gemäss dargestellter höchstrichterlicher Rechtsprechung eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung einen versicherten Gesundheitsschaden jedoch nur auszuschliessen, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweis). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen (Urteil des BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis).

E. 6.5.7

Im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens wäre daher vorliegend zwingend zu klären gewesen, ob den festgestellten Inkonsistenzen eine krankhafte Störung zugrunde liegt oder ob neben einer allfälligen Aggravation ein verselbstständigter psychischer Gesundheitsschaden besteht (vgl. Urteil des BGer 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.1; Qualitätsleitlinie für versicherungsmedizinische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Aufl. 2016, Leitlinie Ziffer 6.2 und Anhang 4). Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Q. _____ erfolgte bei der medizinischen Würdigung aber keine substantiierte Diskussion und nachvollziehbare Beurteilung darüber, ob und in welchem Ausmass beim Beschwerdeführer von aggravierendem Verhalten auszugehen ist. Gerade, weil vorliegend im kognitiv anspruchsvollen und gefahrenträchtigen Beruf als LKW-Chauffeur auch verhältnismässig diskrete psychische Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit massgebend einschränken können, stellt dies einen erheblichen Mangel des psychiatrischen Teilgutachtens dar.

E. 6.5.7.1

Hinsichtlich der Frage, ob die nicht organisch begründbare Lähmung und weitere Symptome sowie die Inkonsistenzen mit der von den behandelnden Ärzten der psychiatrischen Klinik D. _____ diagnostizierten dissoziativen Bewegungsstörung (F44.4) und der dissoziativen Anfälle (F44.5) in Zusammenhang stehen, ging der psychiatrische Gutachter davon aus, dass der Verdacht auf das Vorliegen einer derartigen Störung aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde, den Angaben des Beschwerdeführers und der Aktenlage ausgeschlossen werden müsse. Er hielt fest, dass keine derartigen Symptome vorliegen würden, ansonsten der Beschwerdeführer nicht so viele Jahre unfallfrei als Chauffeur hätte arbeiten können. Dass sich erst im Alter von 54 Jahren eine dissoziative Problematik entwickle, sei bei Fehlen einer bekannten, vorbestehenden Traumatisierung oder schweren Persönlichkeitsproblematik, die sich im Alltagsleben wiederholt negativ ausgewirkt hätte, kaum wahrscheinlich. Die Lähmungserscheinungen auf der rechten Seite und die Bewusstseinsstörungen könnten organisch nicht zugeordnet werden. Die Lähmungserscheinungen der rechten Körperseite

würden dem Phantasielkörperbild des Beschwerdeführers und nicht den anatomischen Gegebenheiten entsprechen. Der Gutachter hielt weiter fest, dass das im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung präsentierte Einschlafen nicht in einen psychodynamischen Zusammenhang, zum Beispiel einer affektiven Überlastung, stehe und auch nicht einer dissoziativen Problematik zuzuordnen sei. Weiter hielt der Gutachter fest, es hänge offensichtlich mit dem inneren Bild des Beschwerdeführers zusammen, dass aufgrund des Defekts auf der rechten Hirnseite die rechte Körperseite gelähmt sein müsse. Der Gutachter ging im Ergebnis davon aus, dass die entwickelten Symptome vom Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit willentlich gesteuert seien, weil sie einem subjektiven Bild des Beschwerdeführers folgten und nicht einer anatomisch oder physiologisch erklärbaren Zustandsänderung.

E. 6.5.7.2

Diese gutachterliche Einschätzung ist mit Blick auf die Kriterien der ICD-10 nicht nachvollziehbar. Gemäss diesen Kriterien ist das Fehlen einer körperlichen Erkrankung, welche die Symptome erklären könnten, Voraussetzung für die Diagnose einer dissoziativen Störung. Auch folgen die Symptome bei dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung nach ICD-10 F44.4-44.7 häufig den Vorstellungen des Patienten von einer körperlichen Krankheit, die von physiologischen oder anatomischen Gegebenheiten abweichen können (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 219). Das Fehlen einer physiologisch erklärbaren Zustandsänderung sowie Symptomen, die dem «Phantasielkörperbild» des Beschwerdeführers entsprechen, sprechen damit nicht gegen das Vorliegen einer dissoziativen Störung. Weiter bedarf es gemäss der ICD-10-Klassifikation für die Diagnose einer dissoziativen Störung eines Belegs für eine psychische Verursachung, das heisst es ist ein zeitlicher Zusammenhang mit Belastungen, Problemen oder gestörten Beziehungen erforderlich (Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 213). Im vorliegenden Fall sind die geltend gemachten Lähmungen und Bewusstseinsstörungen kurz nach der Diagnose und operativen Entfernung des Hirntumors aufgetreten. Gemäss Bericht der psychiatrischen Klinik D. _____ vom 13. März 2017 habe die Operation des Hirntumors und die anschliessenden Untersuchungen und Reha-Behandlungen zu einer (weiteren) Verunsicherung des Beschwerdeführers geführt, ebenso zu einer weiteren, doch erheblichen Erschütterung seines ohnehin labilen psychosomatischen Gleichgewichts, und schliesslich zu der Manifestation des derzeit weiterhin vorliegenden klinisch-psychopathologischen Zustandsbildes (act. 77). Der Gutachter hat sich jedoch nicht mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Diagnose des (gutartigen) Hirntumors und die durchgeführte Operation nach medizinischem Wissensstand eine dissoziative Störung grundsätzlich auslösen kann und gegebenenfalls vorliegend ausgelöst haben könnte, sondern hat lediglich auf das Fehlen einer bekannten, vorbestehenden Traumatisierung oder schweren Persönlichkeitsproblematik hingewiesen. Schliesslich spricht nach der ICD-10-Klassifikation auch das Alter des Beschwerdeführers nicht gegen die Stellung dieser Diagnose, können entsprechende Symptome auch im mittleren und hohen Altern auftreten (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 219). Auch wenn gewisse Verhaltensweisen berichtet werden, die ohne willentliche Steuerung nicht erklärbar erscheinen, hat der psychiatrische Gutachter für einen medizinischen Laien insgesamt nicht nachvollziehbar dargelegt, dass entgegen der Ansicht der behandelnden Ärzte keine dissoziative Störung vorliegt und der Beschwerdeführer die Symptome somit willentlich steuert. Insbesondere finden sich im Gutachten angesichts der zahlreich festgestellten

Inkonsistenzen auch keine grundsätzlichen interdisziplinären Überlegungen zur Abgrenzung von dissoziativen Störungen zu nicht authentischer, bewusst gesteuerter Darstellung von Defiziten. Es bleibt damit vorliegend unklar, ob die vom Beschwerdeführer subjektiv gezeigten Symptome und Beschwerden in objektivierter medizinischer Betrachtungsweise und unter Bereinigung von invalidenversicherungsrechtlich nicht beachtlichen psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vereinbar sind oder nicht mit einem bekannten Krankheitsbild und ob diesfalls eine gesundheitliche Störung, welche zu Leistungseinschränkungen führt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegt (vgl. Kopp/Ebner, Konversionsstörungen: Hintergründe - Diagnostik - versicherungsrechtliche Bewertung, in: Psychiatrie & Neurologie 4/2014, S. 4 ff.) oder ob, wie es die Gutachter formuliert haben, sowohl die Lähmung wie auch der Schlaf (während der Untersuchung) und allfällige sonstige Bewusstseinsstörungen mit grosser Wahrscheinlichkeit willentlich gesteuert sind (vgl. act. 165 S. 31).

E. 6.5.8

In Zusammenhang mit der Frage, ob neben einer allfälligen Aggravation ein verselbständigter psychischer Gesundheitsschaden besteht, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang der Aggravation zu bereinigen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.1), kommt angesichts der Krankengeschichte auch dem Vorliegen bzw. der konkreten Ausprägung einer depressiven Störung Bedeutung zu.

E. 6.5.8.1

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. Q. _____ ging diesbezüglich davon aus, dass aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde beim Beschwerdeführer kein depressives Zustandsbild vorliege. Er hielt in seinem Teilgutachten fest, dass der Beschwerdeführer während des ersten Teils der Untersuchung wach, in der Affektivität nur leicht eingeschränkt und schwingungsfähig gewirkt habe, ohne dass er unaufmerksam, unkonzentriert, interesselos, erschöpft oder niedergeschlagen gewesen sei. Er habe Einschränkungen des Selbstwertgefühls sowie das Bestehen von Schuldgefühlen oder Suizidgedanken verneint. Die angegebenen Schlafstörungen seien nur leichter Art. Er wache ab und zu auf, und berichte wenig nachvollziehbar, dass er dann sowohl Wasser in den Augen, in der Nase wie auch in den Ohren habe. Ein Morgentief könne nicht festgestellt werden, was allenfalls auf eine schwere depressive Episode hinweisen würde, wie dies in den früheren Berichten während der Hospitalisationen festgestellt worden sei. Aktuell finde sich keine derartige Befundlage, um gemäss ICD-10-Kriterien eine depressive Episode, sei es leichten, mittleren oder schweren Grades, diagnostizieren zu müssen.

E. 6.5.8.2

Der psychiatrische Gutachter erhob keine psychopathologischen Befunde, welche auf eine im Zeitpunkt der Untersuchung (6. Juni 2018) bestehende mittelschwere oder schwere depressive Störung hinwiesen. Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016, S. 23) müssen bei der Prognose der Leistungsfähigkeit die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen aber nicht nur im "Hier und Jetzt" (Querschnitt) untersucht, sondern grundsätzlich auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können (vgl. Urteil des BGer 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018

E. 4.2.1.2). Vor diesem Hintergrund lässt sich die Einschätzung des psychiatrischen Experten angesichts der im Längsschnitt mehrfach beschriebenen und von den behandelnden Ärzten als schwer beurteilten depressiven Zustandsbilder nicht ohne Weiteres nachvollziehen. So gingen insbesondere die Ärzte der psychiatrischen Klinik D._____, die den Beschwerdeführer zwischen März 2015 und August 2017 wiederholt im stationären Rahmen behandelt haben, jeweils von einer schwer ausgeprägten rezidivierenden Störung aus. Mit den fünf vorliegenden, ausführlichen Berichten der psychiatrischen Klinik D._____, die grundsätzlich nachvollziehbar und sorgfältig verfasst wurden, hat sich der Gutachter nicht vertieft auseinandergesetzt. Zwar vermögen diese Berichte den Beweiswert an eine ärztliche Einschätzung nicht zu erfüllen, vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. Q._____, welcher den Beschwerdeführer persönlich nur an einem Tag für 90 Minuten untersuchte (vgl. act. 165 S. 1), wäre aber eine kritische und eingehende inhaltliche Auseinandersetzung mit diesen Vorberichten zwingend zu erwarten gewesen. In seinem Gutachten ist lediglich eine kurze Zusammenfassung dieser Berichte zu finden. Er hielt zudem ohne weitere Begründung fest, dass sich seit Anfang 2015 die gleiche Problematik darstelle und keine wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung stattgefunden habe. Eine Betrachtung des gut dokumentierten Verlaufs der Symptomatik und der berichteten Befunde im Längsschnitt hat der Gutachter aber nicht vorgenommen. So kritisierte auch Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 25. September 2018 (act. 171) zu Recht, dass Dr. med. Q._____ die vielen verschiedenen Untersuchungsbefunde und Untersuchungsergebnisse vieler Neurologen und Psychiater unzureichend gewürdigt habe. Der Gutachter Dr. med. Q._____ scheint zwar anzuerkennen, dass der Beschwerdeführer zwischen März 2015 und August 2017 an depressiven Episoden gelitten hat, stellt aber in Frage, ob diese schwer ausgeprägt gewesen waren. An anderer Stelle im Gutachten erwähnt er dann aber, dass davon ausgegangen werden müsse, dass beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit entweder eine mittelgradige oder eine schwere depressive Episode bis mindestens Frühherbst 2017 vorgelegen habe, wiederum ohne die damals berichteten subjektiven Angaben und erhobenen Befunde in medizinisch objektivierter Betrachtungsweise anhand der charakteristischen medizinisch-objektiven Referenzbefunde des entsprechenden Krankheitsbildes (Diagnose) näher zu analysieren und zu begründen. Da die ICD-Kriterien für den Schweregrad der depressiven Störungen zu einem Grossteil subjektive Angaben des Exploranden und nicht objektive Untersuchungsbefunde erfassen, sind in jeder klinischen Untersuchung die subjektiven Angaben des Exploranden über seine psychischen Beschwerden immer auch in einen Vergleich zu setzen und zu würdigen mit objektiven Untersuchungsbefunden. Dabei ist zu beachten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann, sondern sie dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des BGer 9C_668/2018 vom 5. April 2019 E. 3.5; vgl. auch Urteil C-7052/2018 vom 4. Juni 2020 E. 7.2 ff.). Auch eine Aussage hinsichtlich der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers findet sich im Gutachten nicht. Die retrospektive Einschätzung der in den Vorakten berichteten depressiven Störung seit August 2015 bleibt insgesamt unklar, ist aber mit Blick auf den frühest möglichen Rentenbeginn ab 1. August 2016 für die Prüfung eines allfälligen (befristeten) Rentenanspruchs von Relevanz. Das psychiatrische Gutachten vermag aber auch in dieser Hinsicht anspruchrelevante Fragen nicht abschliessend zu

beantworten.

E. 6.6

Gesamthaft betrachtet kann nicht auf das bidisziplinäre Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neurologie abgestellt werden, sondern es ist im Rahmen der umfassenden administrativen Erstbegutachtung ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Hinzu kommt, dass das psychiatrische Teilgutachten auch inhaltlich nicht zu überzeugen vermag, weshalb auch diesbezüglich weitere medizinische Abklärungen indiziert sind.

E. 7

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2018 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 7.1

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Vorliegend fehlt es an einer iv-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine umfassende interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche von ihrem medizinischen Dienst wiederholt als notwendig erachtet wurde und aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Da die Vorinstanz noch kein polydisziplinäres Gutachten veranlasst hat, und die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug, den sich der Beschwerdeführer mit seinem Eventualantrag auf Rückweisung ausdrücklich erhalten wollte, nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 7.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (insbesondere sind auch die Unfallakten beizuziehen) 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 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 und BGE 145 V 215) unter Einschluss einer neuropsychologischen Untersuchung geboten.

Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter 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 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-4537/2017 E. 8). Sollten sich im Rahmen der durchzuführenden Begutachtung erneut Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden - einschliesslich der während der Untersuchung gezeigten sowie anamnestisch für das Alltagsleben angegebenen Funktionsdefizite - und den objektiven somatischen und psychischen Befunden zeigen, haben sich die Gutachter insbesondere dazu zu äussern, ob eine dissoziative Störung vorliegt und gegebenenfalls, inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dabei ist auch eine fundierte Auseinandersetzung mit der Konsistenz der geltend gemachten Beschwerden und demonstrierten Funktionseinschränkungen, insbesondere auch unter Einbezug von festgestellten Hinweisen auf eine nicht authentische, bewusst gesteuerte Darstellung von Defiziten vorzunehmen. Zudem bedarf es einer Stellungnahme dazu, ob bewusstseinsnahe Aggravation (oder Simulation) vorliegt und zur Frage, ob neben einer allfälligen Aggravation/Simulation ein verselbständigter psychischer Gesundheitsschaden besteht, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang der Aggravation/Simulation zu bereinigen wäre. In diesem Zusammenhang hat sich der psychiatrische Experte insbesondere auch zum Verlauf der in den Akten seit März 2015 berichteten depressiven Störung, insbesondere hinsichtlich deren Schweregrad und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sowie zum Vorliegen eines allfälligen Suchtleidens zu äussern. Die gutachterliche Beurteilung allfälliger psychischer Leiden und eines allfälligen Suchtleides des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, d.h. unter Beachtung der normativen Vorgaben zu erfolgen (BGE 145 V 215; 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Hierbei sind die Entwicklung und der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer angepassten Tätigkeit ab 1. August 2015 bis zum Zeitpunkt des neuen Gutachtens zu beurteilen.

E. 7.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Zudem sollte die Begutachtung unter stationären Bedingungen durch erfahrene Spezialisten erfolgen (vgl. Kopp/Ebner, a.a.O., S. 7).

E. 7.4

Schliesslich ist in Bezug auf die vorzunehmenden Abklärungen darauf hinzuweisen, dass bei ehemaligen Grenzgängern wie dem Beschwerdeführer, der noch in der benachbarten Grenzzone wohnt, nach Art. 40 Abs. 2 IVV die kantonale IV-Stelle zur Abklärung des Sacherhalts zuständig ist, sofern der Gesundheitsschaden auf die Zeit der Tätigkeit als

Grenzgänger zurückgeht (Art. 40 Abs. 2 IVV). Der Beschwerdeführer machte in seiner Anmeldung gesundheitliche Beeinträchtigungen seit dem September 2014 geltend (act. 2 S. 6). Der behandelnde Arzt Dr. med. E._____ berichtete am 25. September 2018, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Operation des Hirntumors an psychischen und psychosomatischen Problemen zum Teil erheblichen Ausmasses gelitten habe (act. 171). Aus den Akten ergibt sich nicht, weshalb und von welchem Arzt der Beschwerdeführer ab dem 10. September 2014 krankgeschrieben wurde. Die Vorinstanz wird folglich auch abzuklären haben, ob ärztliche Berichte vorliegen, welche auf das Vorliegen eines Gesundheitsschadens vor Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. November 2014 hinweisen, und ob sie die Abklärungen allenfalls der IV-Stelle W._____ wird übertragen müssen (vgl. dazu Urteil des BVGer C-3811/2018 vom 14. Januar 2020 E. 2.2.4).

E. 8

Im Ergebnis ist die Beschwerde im Sinne des Eventualantrags gutzuheissen, die Verfügung vom 1. November 2018 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

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 praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Das ihm mit Zwischenverfügung vom 20. Juni 2017 gewährte Recht auf unentgeltliche Rechtspflege braucht er damit nicht zu beanspruchen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung, womit der subsidiäre Anspruch auf eine Entschädigung aus der mit Zwischenverfügung vom 20. Juni 2017 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteidigung entfällt (vgl. Kayser/Altmann, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2. Aufl. 2019, N 82 zu Art. 65). 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 Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.