

# **BVGer C-6973/2013 vom 10. Juni 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-06-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6973\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6973_2013)

FR: TAF C-6973/2013 du 10 juin 2016

IT: TAF C-6973/2013 del 10 giugno 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 9. Dezember 2013 gegen die drei Verfügungen der IVSTA datierend vom 31. Oktober 2013, mit welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer ab 1. Juli 2012 eine befristete ganze Invalidenrente, ab 1. November 2012 eine befristete halbe Invalidenrente und ab 1. Dezember 2012 eine Viertelsrente zusprach.

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

#### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

#### **E. 1.3**

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

#### **E. 1.4**

Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

### **E. 1.5**

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

### **E. 2**

Nachfolgend sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

#### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist Angehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA), so dass vorliegend das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA-Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (nachfolgend: EFTA-Übereinkommen, SR 0.632.31, in der Fassung des Abkommens von 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation [AS 2003 2685], in Kraft seit 1. Juni 2002) anwendbar ist (Art. 80a Abs. 1 Bst. b IVG in der Fassung gemäss Art. 2 Ziff. 7 des Bundesratsbeschlusses vom 17. Dezember 2004 über die Genehmigung und Umsetzung des Protokolls über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf die neuen EG-Mitgliedstaaten zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der EG und ihren Mitgliedstaaten andererseits sowie über die Genehmigung der Revision der flankierenden Massnahmen zur Personenfreizügigkeit, in Kraft seit 1. April 2006, AS 2006 979 994). Gemäss Art. 21 Bst. a EFTA-Übereinkommen werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

#### **E. 2.2**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 31. Oktober 2013) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

#### **E. 2.3**

Vorliegend ist auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis zum 31.

Dezember 2007 geltenden Fassung vom 21. März 2003 und den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, ausser diese hätten durch die mit dem auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) eine Änderung erfahren (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Grenzgänger für die A. \_\_\_\_\_ AG in Chur als Hochbauzeichner erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Liechtenstein. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle Graubünden für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügungen zuständig.

### **E. 4**

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

#### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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 (vgl. Art. 6 ATSG). 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 (vgl. Art. 7 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). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf

bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

#### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

#### **E. 4.3**

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen, was für Staaten der EFTA der Fall ist.

#### **E. 4.4**

Die rückwirkend ergangene Verfügung wie im vorliegenden Fall über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d).

#### **E. 4.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der

Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4; 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

#### **E. 4.6**

Bei Grenzgängern prüft die kantonale IV-Stelle (vorliegend die IV-Stelle Graubünden) die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 40 Abs. 2 IVV). Der Erlass der Verfügung obliegt der IVSTA (Art. 40 Abs. 2 IVV). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den Versicherungsträgern regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

#### **E. 4.7**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3a).

##### **E. 4.7.1**

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

##### **E. 4.7.2**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; BGE 122 II 464 E. 4a; BGE 120 Ib 224 E. 2b).

##### **E. 4.7.3**

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es 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 und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

#### **E. 4.7.4**

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

#### **E. 4.7.5**

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

#### **E. 4.7.6**

Bei RAD-Stellungnahmen ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2. IVV handelt.

##### **E. 4.7.6.1**

Der Beweiswert eines RAD-Untersuchungsberichtes ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar (vgl. E. 4.7.4 hiervor), sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der RAD-Arzt über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGER 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein

Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6).

#### **E. 4.7.6.2**

Bei einem Aktenbericht beurteilt der RAD-Arzt die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheidrelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen, Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

#### **E. 5**

Wie weiter oben erörtert (vgl. E. 4.4), hat das Bundesverwaltungsgericht vorliegend sowohl die unbestritten gebliebene Zusprechung einer ganzen Rente ab 1. Juli 2012 (vgl. E. 5.2.1 hiernach), als auch deren Herabsetzung auf eine halbe Rente ab 1. November 2012 (vgl. E. 5.2.2 hiernach) und auf eine Viertelsrente ab 1. Dezember 2012 (vgl. E. 5.2.3) zu prüfen. Während die Vorinstanz gestützt auf den Untersuchungsbericht vom RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2012 von dieser abgestuften Arbeitsunfähigkeit ausgeht, macht der Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen seines Hausarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und seines Psychologen Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 5.1 hiernach) geltend, die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 80%, auch nach dem 18. Juli 2012.

#### **E. 5.1**

Es liegen die folgenden relevanten Aktenstücke vor:

##### **E. 5.1.1**

Dem Ausdruck vom 26. Mai 2011 betreffend die Krankmeldung an die Kollektivtaggeldversicherung bei der H. \_\_\_\_\_ Versicherungen AG ist zu entnehmen (Vorakten 8/1), dass der Beschwerdeführer ab 29. April 2011 krank war und ab diesem Tag arbeitsunfähig gemeldet wurde (vgl. Schreiben der H. \_\_\_\_\_ Versicherungen AG vom 7. Oktober 2011 an den Beschwerdeführer (Vorakten 8/14).

##### **E. 5.1.2**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Hausarzt, stellte im Bericht vom 12. Juni 2011 (Vorakten 9/1) zunächst die Diagnose einer Anpassungsstörung (43.2) und schrieb den Beschwerdeführer ab 2. Mai 2011 für 4 bis 6 Monate zu 100% krank. Am 17. Oktober 2011 (Vorakten 9/3) korrigierte er seine Diagnose in rezidivierende depressive Störung (F33), Zwangsstörung (F42), vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.2) und hielt fest, seine frühere Einschätzung sei zu optimistisch gewesen. Aufgrund der rezidivierenden Phasen der

affektiven Störung (F33) und der Komorbidität mit Zwangsstörung könne nicht davon ausgegangen werden, dass eine berufliche Eingliederung Erfolgsaussichten verspreche. Im Arzzeugnis vom 27. Dezember 2011 (Vorakten 10) bestätigte er die 100% Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2012 und mit Formularbericht vom 29. April 2012 (Vorakten 28) attestierte er eine 100% Arbeitsunfähigkeit bis 31. Mai 2012. Er hielt fest, die psychischen Einschränkungen bestünden in Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Stimmungsschwankungen und vermindertem Antrieb. Aufgrund der Krankheit sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Arbeit nicht mehr so effizient wie früher, dies führe zu einer verminderten Belastbarkeit, an einem Arbeitsplatz überhaupt bestehen zu können. Dem Zwischenbericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_-E. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2012 (Vorakten 27/1, Seite zwei ist nicht aktenkundig), ist zu entnehmen, dass ein stationärer Aufenthalt nicht stattgefunden hat, da die in die Therapie involvierten Personen der Meinung gewesen seien, dass sich ein solcher eher negativ auf den Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers ausgewirkt hätte. Dies wurde damit begründet, dass der Beschwerdeführer sich nicht für einen stationären Aufenthalt ausgesprochen habe und er sich dadurch in seinem Krankheitsgefühl noch mehr bestätigt gesehen hätte. Ein Zeitraum für die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit könne nicht angegeben werden, da die Verläufe von psychischen Erkrankungen schwierig voraussehbar seien. Angesichts der noch vorhandenen depressiven Symptomatik sei eine berufliche Wiedereingliederung an einer Stelle mit einer Tätigkeit, welche der zuletzt ausgeübten entsprechen würde, auch an anderer Stelle kaum vorstellbar. Mit Bericht vom 3. August 2012 (Vorakten 27/10) führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, eine stationäre Behandlung sei kontraindiziert, da der Beschwerdeführer lernen müsse, durch Eigeninitiative Entscheidungen zu treffen, seine Verhaltensweise zu ändern und Konsequenzen daraus zu tragen. Die affektive Einschränkung habe mit einer Dysthymie in jungen Jahren begonnen, das heiße, es handle sich um eine rezidivierende depressive Störung mit vorangegangener Dysthymie. So sei auch eine vorübergehende Besserung anfangs 2012 zu erklären. Er würde sich mit den behandelnden Kollegen, Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ und dem Psychiater Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ austauschen und gemeinsam versuchen die beste therapeutische Lösung zu finden. Mit Arzzeugnis vom 18. Dezember 2012 (Vorakten 49/1) attestierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine 80% Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 2013 bis 31. Januar 2013 und mit Arzzeugnis vom 22. Januar 2013 für die Zeit von 1. Februar 2013 bis 28. Februar 2013 (Vorakten 49/2).

### **E. 5.1.3**

Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Psychiater, und Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Internist, Pneumologe und Psychiater, hielten in ihrem Gutachten vom 30. November 2011 zu Handen der H. \_\_\_\_\_ Versicherungen AG fest (Vorakten 25, 28/8), die medizinischen Vorakten würden unterschiedliche Angaben bezüglich Diagnosen und Prognosen enthalten. Es bestünden derzeit mittelgradige Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Diese seien bedingt durch leicht- bis mittelgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit. Zudem bestünde eine vermehrte Erschöpfbarkeit, eine verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, eine verminderte emotionale Belastbarkeit und ein vermindertes Anpassungs- und Umstellungsvermögen. In der angestammten Tätigkeit als Hochbauzeichner und Architekt bestehe aufgrund der aktuellen psychischen Störung ab Mai 2011 eine 100% Arbeitsunfähigkeit. In leidensangepassten Tätigkeiten sei aktuell auf dem freien Arbeitsmarkt ebenfalls von einer 100% Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Prognose sei grundsätzlich als günstig einzustufen. Die Diagnose einer

Zwangssymptomatik habe nicht bestätigt werden können. Weiter sei, wie bereits vom Hausarzt festgestellt worden, die primäre Diagnose einer Anpassungsstörung dem Ausmass und Schweregrad der depressiven Symptomatik nicht angemessen. Die aktuelle Symptomatik spreche am ehesten für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode. Es werde vermutet, dass diese Episode spätestens nach der Kündigung durch den Arbeitgeber im Mai 2011 eingesetzt habe. Aufgrund des protrahierten Verlaufs und der unverändert bestehenden depressiven Symptomatik sei eine stationäre psychiatrische Behandlung und medikamentöse Einstellung erforderlich. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 15. Mai 2012 erneut und diagnostizierte im Gutachten vom 4. Juni 2012 (Vorakten 27/2) leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0, F32.1), protrahierter Verlauf einer mittelgradigen depressiven Episode seit Mai 2011, inzwischen Teilremission (Vorakten 27/2). Zusammenfassend hielt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fest, Funktionsbeeinträchtigungen würden im kognitiven Bereich allenfalls noch durch leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen bestehen. Beeinträchtigungen im sozialen Bereich seien durch einen noch teilweisen sozialen Rückzug und die Selbstwertproblematik des Exploranden mit etwas vermindertem Antrieb insbesondere in Bezug auf soziale Interaktionen und Konfliktfähigkeit gegeben. Die Therapiemöglichkeiten seien bisher nicht ausgeschöpft worden. Eine Intensivierung der Behandlung, insbesondere die weitere Optimierung der Psychopharmakotherapie sei zu empfehlen. Eine hirnorganische Beeinträchtigung stehe inzwischen nicht mehr in der differenzialdiagnostischen Diskussion. In der angestammten Tätigkeit als Hochbauzeichner und Architekt bestehe aufgrund der psychischen Störung aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 80%. Bis Ende Mai 2012 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden. Ab Juni 2012 gelte eine Arbeitsunfähigkeit von 80%. Aktuell bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 80% ab Juni 2012. Neben der Fortführung der adäquaten ambulanten Behandlung würde der Explorand voraussichtlich in den nächsten 3-4 Monaten wieder in der angestammten Tätigkeit oder in einer adaptierten Tätigkeit seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit steigern können. Ab Juli 2012 sei mit einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 60% zu rechnen, dann mit einer schrittweisen Verbesserung der Arbeitsunfähigkeit von ca. 10-15% pro Monat. Der Explorand schätze seine Arbeitsfähigkeit zu gering ein. Diese Einschätzung könne aus gutachterlicher Sicht nicht mehr geteilt werden. Die pessimistische Zukunftsaussicht des Patienten sei nur noch teilweise als krankheitsimmanent anzusehen und würde sich durch geeignete therapeutische Massnahmen weiterhin und nachhaltig korrigieren lassen. Es sei ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn und über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende Tendenzen zu Aggravation festzustellen. Auch bestünden verschiedene psychosoziale, nicht krankheitsbedingte Belastungsfaktoren. Hinsichtlich dem Zwischenbericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Hausarzt, führte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus, der vom Hausarzt weiterhin angegebenen hohen Arbeitsunfähigkeit könne aus gutachterlicher Sicht nicht mehr zugestimmt werden.

#### **E. 5.1.4**

Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_, Psychologe (Vorakten 8/16), nahm im Schreiben vom 10. Oktober 2013 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Vorakten 67/13) allgemein zu den affektiven Störungen und der mittelgradig depressiven Episode Stellung. Hinsichtlich dem Beschwerdeführer führte er aus, es liege eine vorbestehende Dysthymie vor, sowie eine Persönlichkeitsstörung, was zu Rückfällen führe, wie dies von August 2013 bis September 2013 beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei. Dem von Dr. med.

C.\_\_\_\_\_ und Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ gemeinsam unterzeichneten Schreiben vom 11. Januar 2013 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Vorakten 49/3) sind dieselben allgemeinen Ausführungen zu affektiven Störungen, insbesondere zur mittelgradig depressiven Episode wie im Schreiben vom 10. Oktober 2013 zu entnehmen. Weiter wird ausgeführt, die Diagnose (recte. Prognose) bei Patienten mit vorbestehender Dysthymie sei im Allgemeinen ungünstig. Der Beschwerdeführer leide nicht nur an vorbestehender Dysthymie, sondern auch an einer Persönlichkeitsstörung, so dass die Behandlung sehr komplex sei. Eine Therapie sei in einem solchen Fall oft nicht nachhaltig. Weiter mildere die Chronizität die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges und erhöhe die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ nahm am 3. Dezember 2013 (act. 1/1) zur IV-Verfügung vom 31. Oktober 2013 Stellung und hielt fest, Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 5.1.5 hiernach) habe den Patienten nur dreimal 20 Minuten untersucht, wie er dann in seinem Schreiben vom 4. August 2012 zu einer solch trennscharfen Abgrenzung der Arbeitsfähigkeit von der Arbeitsunfähigkeit gelange, sei nicht nachvollziehbar. Je chronischer der Verlauf desto höher sei das Risiko eines Rückfalls. Der Aspekt der Rückfälligkeit müsse von einem unabhängigen Gutachter mitberücksichtigt werden. Diese Thematik sei von Dress. med. B.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ jedoch nicht andiskutiert worden.

#### **E. 5.1.5**

Mit Schreiben vom 4. August 2012 informierte Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (Vorakten 35) die Vorinstanz, der Versicherte leide an mittelschwerer bis schwerer depressiver Störung (F32.2/32.3). Beim Patienten sei eine Unterdosierung des Antidepressivums vorgelegen, welche er korrigiert habe. Insgesamt habe sich die Befindlichkeit objektiv wie subjektiv deutlich gebessert, so dass sich der Versicherte in Remission befinde. Bis Ende August 2012 sei eine fortschreitende Remission und Stabilisierung zu erwarten. Es bestehe eine 100% Arbeitsunfähigkeit von 12. April 2012 bis 18. Juli 2012, dann ab 18. Juli 2012 bis dato sei eine 50% Arbeitsunfähigkeit anzunehmen und ab 30. August 2012 sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab 30. August 2012 bestehe somit eine 100% Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit.

#### **E. 5.1.6**

Der RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie untersuchte den Beschwerdeführer am 22. August 2012 von 14:00 Uhr bis 16:10 Uhr und stellte in seinem ärztlichen Bericht vom 31. August 2012 die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode (F32.1) und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine Dysthymie (Vorakten 37). Zusammenfassend hielt der RAD-Arzt fest, insgesamt bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 60% (zu leisten in sechs Stunden pro Tag mit etwas vermindertem Arbeitstempo). Diese gelte ab dem Zeitpunkt der Untersuchung. Für den Zeitraum vorher könne auf die Beurteilung der Dress. med. B.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ abgestellt werden: 100% Arbeitsunfähigkeit ab 2. Mai 2011, 80% Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2012 (Gutachten Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2012), 50% Arbeitsunfähigkeit ab 18. Juli 2012 (Bericht Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 10. August 2012) und 40% Arbeitsunfähigkeit ab 23. August 2012 (Beurteilung Dr. med. R.\_\_\_\_\_).

#### **E. 5.2**

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die hiervor erwähnte Stellungnahme ihres IV-Arztes Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2012 (Vorakten 37), welcher seinerseits für den Beginn der Arbeitsunfähigkeit das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2012 (Vorakten 27/2) und für den Zeitpunkt der gesundheitlichen Verbesserung die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 4. August 2012 (Vorakten 35) beizog. Für die Annahme der erneuten gesundheitlichen Verbesserung legte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ die Ergebnisse seiner persönlichen Untersuchung vom 22. August 2012 zugrunde.

#### **E. 5.2.1**

Beim Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2012 (Vorakten 27/2) handelt es sich um ein externes Gutachten, welches den rechtsprechungsgemässen Anforderungen entspricht (vgl. E. 4.7.4 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend und beruht auf den notwendigen Untersuchungen. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ begutachtete den Beschwerdeführer bereits zuvor, am 30. November 2011 (Vorakten 28/8), hatte Kenntnis von der medizinischen Vorgeschichte, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich damit auseinander. Die Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Beweiswert nicht abträglich ist vorliegend die Tatsache, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ gleich wie der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und der Beschwerdeführer selber von einer Arbeitsunfähigkeit ab 2. Mai 2011 ausgehen, dies obwohl gemäss Auskunft des ehemaligen Arbeitgebers der letzte effektive Arbeitstag am Donnerstag, 28. April 2011, war und aus der Krankmeldung an die H. \_\_\_\_\_ Versicherungen AG hervorgeht, dass der Beschwerdeführer bereits ab 29. April 2011 krankheitsbedingt nicht mehr gearbeitet hat (Vorakten 8/13, 8/14). Sowohl bei der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit ab 29. April 2011 als auch beim späteren Datum 2. Mai 2011 hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung einer einjährigen Wartefrist (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) und der sechsmonatigen Wartefrist ab der verspäteten Anmeldung vom 6. Januar 2012 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) ab 1. Juli 2012 Anspruch auf eine ganze Rente, womit die Verfügung der Vorinstanz betreffend die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab 1. Juli 2012 im Ergebnis zu schützen ist.

#### **E. 5.2.2**

Bei der kurzen brieflichen Stellungnahme von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ handelt es sich nicht um ein externes Gutachten, es erfüllt denn auch die entsprechenden Anforderungen nicht, so ist beispielsweise nicht ersichtlich, dass sich Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ auf Vorakten abgestützt hätte. Auf die Stellungnahme von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ kann somit nicht vorbehaltlos abgestellt werden. Jedoch stimmt seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer ab 18. Juli 2012 zu 50% arbeitsfähig sei, mit der Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei voraussichtlich per Juli 2012 zu 60% arbeitsfähig, danach erhöhe sich die Arbeitsfähigkeit um 10-15%, dahingehend überein, als beide Ärzte ab August 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 50% annehmen. Die leichte Abweichung ist damit zu erklären, dass es sich bei der Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ um eine Prognose bei Einstellung der Medikamentengabe handelt und bei Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ um die Feststellung der effektiven Arbeitsfähigkeit nach Erhöhung des Antidepressivums. Weiter sind sich Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ und Dr. med. B. \_\_\_\_\_ einig, dass eine korrekte Einstellung der Medikamente zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt. So hielt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fest, die Therapiemöglichkeiten seien

bisher nicht ausgeschöpft worden und eine Optimierung der Psychopharmakotherapie sei zu empfehlen (Vorakten 27/7). Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ seinerseits wies daraufhin, beim Beschwerdeführer sei eine Unterdossier vorgelegen und berichtete von einer Verbesserung des Befindens des Beschwerdeführers nach Erhöhung des Antidepressivums (Vorakten 35). Es ist einleuchtend, dass eine optimalere Einstellung der Medikamente zu einer gesundheitlichen Verbesserung führte, welche mit einer geringeren Arbeitsunfähigkeit einherging. Hingegen ist das Vorbringen des Beschwerdeführers, sein Befinden habe sich nicht gebessert, nicht nachvollziehbar, zumal sowohl Dr. med. B. \_\_\_\_\_ als auch Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ von einer Verbesserung berichten und Dr. med. B. \_\_\_\_\_ festhielt, es seien über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende Tendenzen zu Aggravation ersichtlich (Vorakten 27/9). Der Verdacht der Aggravation wurde von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung vom 22. August 2012 bekräftigt (Vorakten 27/8). An dieser Beurteilung vermögen auch die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Stellungnahmen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ nichts zu ändern, wie nachfolgend unter Erwägung 5.3 zu zeigen sein wird. Die Annahme der Vorinstanz, der Beschwerdeführer sei ab 18. Juli 2012 zu 50% arbeitsfähig ist somit nicht zu beanstanden. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer trotz seines damaligen Alters von 59 Jahren in der Lage war, diese medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten und damit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.1ff.), zumal hier keine langjährige Invalidität vorlag, die angestammte Tätigkeit als angepasste Tätigkeit gilt (vgl. 5.2.3 hiernach) und nur eine kurze Abstinenz vom Arbeitsmarkt vorlag. Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erst von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat, was vorliegend Ende Oktober 2012 der Fall war. Die Vorinstanz nahm somit zurecht ab 1. November 2012 einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente an.

### **E. 5.2.3**

Bei der Stellungnahme des IV-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2013 handelt es sich um einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV, welchem wie weiter oben erwähnt (vgl. E. 4.7.6.1 hiervor), voller Beweiswert zukommt, sofern er den Anforderungen an externe Gutachten entspricht. Dr. med. R. \_\_\_\_\_ verfügt als Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie über die vorliegend erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen. Die Untersuchung dauerte zwei Stunden und zehn Minuten, was im vorliegenden Fall als angemessen erscheint, um sich mit dem psychischen Leiden und den Vorbringen des Beschwerdeführers auseinanderzusetzen. Aus dem Bericht geht hervor, dass sich Dr. med. R. \_\_\_\_\_ einlässlich mit den Vorakten befasste und diese in seine Beurteilung einfliessen liess, so hielt er fest, er stimme mit dem Vorgutachter Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und dem behandelnden Psychiater Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ weitgehend überein. Als Begründung führte er aus, Dr. med. B. \_\_\_\_\_ habe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode und Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine mittelschwere bis schwere Episode gesehen. Aktuell liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Die gesundheitliche Verbesserung wurde von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar begründet, in dem er festhielt, es sei in den letzten Monaten zu einer Besserung gekommen, so habe der Versicherte selber angegeben, es gehe ihm im Moment soweit gut. Gebessert habe sich, dass der Versicherte jetzt schlafen könne, dass er nun auch gute Zeiten habe, dass die Stimmung teilweise besser sei und dass der soziale Rückzug abgenommen habe. Dr. med.

R.\_\_\_\_\_ erklärte ausführlich, warum er von einer Restarbeitsfähigkeit ausgeht und sowohl eine 100% Arbeitsfähigkeit als auch eine 100% Arbeitsunfähigkeit als nicht zutreffend erachtet. Er führte aus, für den Versicherten stünden seine kognitiven Einschränkungen mit Merkfähigkeitsstörungen im Vordergrund. Diese hätten sich im Rahmen des CERAD plus (neuropsychologische Testbatterie) in einer leichten bis mittelschweren Ausprägung gezeigt. Aufgrund der im Amsterdam-Kurzzeit-Gedächtnis-Test (AKGT) festgestellten aggravatorischen Tendenzen des Versicherten müsse davon ausgegangen werden, dass er sie deutlicher ausgeprägt präsentiert habe, als sie eigentlich seien, deshalb sei von einer leichtgradigen Merkfähigkeitsstörung auszugehen. Anamnestisch gut erhebbar sei eine Antriebsminderung mit Hemmung Aufgaben anzupacken und zu Ende zu bringen. Auch eine gewisse Verlangsamung sei über weite Strecken des Gesprächs deutlich geworden, was beides einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Hingegen sei eine 100% Arbeitsunfähigkeit aufgrund des aktuell erhobenen Psychostatus, der Resultate der sonstigen Befunde, des geschilderten Tagesablaufs und der gestellten Diagnose nicht mehr nachvollziehbar und werde auch von keinem der involvierten psychiatrischen Fachärzte mehr konstatiert. Am optimistischsten sei der behandelnde Psychiater, der ab 1. September 2012 eine 100% Arbeitsfähigkeit prognostiziert habe. Eine solche sei jedoch ebenso wenig zu vertreten, wie eine 100% Arbeitsfähigkeit. Es sei auf der einen Seite unbestritten, dass es dem Versicherten besser gehe, seine Einschränkungen die letzten Monate zurückgegangen seien; andererseits sei aber ebenfalls festzustellen, dass weiterhin eine erhebliche, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Restsymptomatik bestehe. In der aktuellen diagnostischen Beurteilung bestünden keine erheblichen Differenzen zur Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ oder Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_. Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weiche nicht wesentlich von derjenigen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ab. Der Behandler, Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, sehe für einmal die Arbeitsfähigkeit optimistischer als der Gutachter. Weiter führte Dr. med. R.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar aus, der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ schätze die Arbeitsunfähigkeit offenbar höher ein, ohne dies näher zu begründen, weshalb eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Beurteilung nicht möglich sei. Die Einschätzung des RAD-Arzt, wonach es sich bei der Tätigkeit als Hochbauzeichner in einem Angestelltenverhältnis um eine leidensadaptierte Tätigkeit handle, da die Einschränkung hinsichtlich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit hier wenig relevant sei, leuchtet ein. Ebenso nachvollziehbar ist der Hinweis, die verminderte Durchhaltefähigkeit und die Verlangsamung seien bei der Tätigkeit als Hochbauzeichner ebenso relevant wie bei einer anderen Tätigkeit; im Übrigen sei die Tätigkeit als Hochbauzeichner weitestgehend leidensadaptiert. Das leicht verminderte Arbeitstempo wurde einleuchtend mit der beim Beschwerdeführer vorhandenen Antriebs- und Merkfähigkeitsstörung begründet. Die Schlussfolgerung von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ insgesamt bestehe ab dem Untersuchungszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 60% zu leisten in sechs Stunden pro Tag mit etwas vermindertem Arbeitstempo ist nachvollziehbar und der Hinweis, für den Zeitraum vorher könne auf die Beurteilung der Dress. med. B.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ abgestellt werden, ist schlüssig. Zusammenfassend ergibt sich, dass der Untersuchungsbericht umfassend ist und sorgfältig erstellt wurde. Er entspricht den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 (zugänglich unter <http://www.psychiatrie.ch>), beruht auf einer

ausführlichen eigenen Untersuchung, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Die Darlegung der Zusammenhänge sowie die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind nachvollziehbar und schlüssig begründet. Zwischen der diagnostischen Beurteilungen von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Dr. med. B.\_\_\_\_\_, und Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ bestehen keine wesentlichen Differenzen. Die Abweichung bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit von der Beurteilung durch Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zugunsten des Beschwerdeführers wurde von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ einleuchtend begründet und ist nicht zu beanstanden.

### **E. 5.3**

Vorliegend sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen (vgl. E. 4.7.6.1 hiervor). Daher ist im Folgenden zu prüfen, ob die Schlüssigkeit der Feststellungen des RAD-Arztes durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, so dass, wie vom Beschwerdeführer beantragt, ein externes Gutachten zwingend einzuholen wäre.

#### **E. 5.3.1**

Der Beschwerdeführer legte im vorliegenden Beschwerdeverfahren gegen den RAD-Untersuchungsbericht die Schreiben vom behandelnden Psychologen Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2013 und vom 3. Dezember 2013 sowie das Schreiben von seinem Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 30. August 2013 ins Recht und machte geltend, es liege zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vor, die Gefahr eines Rückfalls sei nicht berücksichtigt worden und die Kontinuität der Arbeitsfähigkeit werde angezweifelt.

##### **E. 5.3.1.1**

Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ bestreitet das Vorhandensein einer mittelgradigen depressiven Episode nicht, jedoch führte er in den Schreiben vom 10. Oktober 2013 und vom 13. Dezember 2013 aus, dass zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vorliege. Diese Diagnose wird einzig mit dem allgemeinen Hinweis begründet, Studien würden belegen, dass bei 50% der chronisch depressiven Erwachsenen eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen vorliege; eine konkrete Bezugnahme auf Symptome oder Befunde beim Beschwerdeführer selber erfolgte hingegen nicht. Weder Dr. med. B.\_\_\_\_\_ noch Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ diagnostizierte eine Persönlichkeitsstörung; eine solche geht aus den aktenkundigen psychiatrischen ärztlichen Berichten denn auch nicht hervor. Daher überzeugt die Beurteilung von Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ nicht. Hinzukommt, dass bei der Beurteilung der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem vorausgesetzt wird (Urteil des BVerfG C-6305/2013 vom 15. Dezember 2015 E. 6.1). Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ verfügt jedoch nicht über den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie und es ist auch nicht aktenkundig, dass er sich bei seiner Diagnostik auf ein anerkanntes Klassifikationssystem gestützt hätte. Den Schreiben von Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2013 und vom 13. Dezember 2013 kommt somit kein Beweiswert zu, womit sie auch keine Zweifel am RAD-Untersuchungsbericht zu begründen vermögen.

##### **E. 5.3.1.2**

In den Vorakten findet sich ein Schreiben von Mag. rer. nat. P.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2013, welches von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mitunterzeichnet wurde (Vorakten 49/3). Darin wurde ausgeführt, die vorbestehende Dysthymie und die Chronizität würden die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolgs mindern und die Wahrscheinlichkeit für

einen Rückfall erhöhen. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers wurde der Aspekt der Rückfälligkeit vom RAD-Arzt berücksichtigt, hielt dieser doch fest, bei mittlerweile 16-monatigem Verlauf und vorbestehender Dysthymie sei die Chance auf vollständige Erholung eher ungünstig. Er wich denn auch von der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Psychiaters Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (Vorakten 35), welcher dem Beschwerdeführer ab 1. September 2012 eine 100% Arbeitsfähigkeit attestiert hatte, ab, und hielt fest, der Beschwerdeführer sei ab 23. August 2012 zu 60% arbeitsfähig. Die Vorinstanz, bzw. die IV-Stelle Graubünden, brachte in ihrer Vernehmlassung vom 9. Dezember 2014 (act. 6) zurecht vor, dass ein allfälliger zukünftiger Rückfall nicht im Voraus berücksichtigt werden kann, sondern nach dessen Eintritt als Revisionsgrund gemäss Art. 17 ATSG im Rahmen einer Rentenrevision zu prüfen ist. Weiter geht das Bundesverwaltungsgericht mit der Vorinstanz, bzw. der IV-Stelle Graubünden, einig, dass eine kurzfristige Verschlechterung vom 17. August 2013 bis 16. September 2013 nicht relevant ist, da gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV eine gesundheitliche Verschlechterung mindestens drei Monate andauern muss, damit sie berücksichtigt werden kann.

### **E. 5.3.1.3**

Hinsichtlich der ärztlichen Unterlagen des Hausarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 5.1 hiervor), ist vorab festzustellen, dass er nicht über den Facharzttitel der Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, was die Beweiskraft von vornherein schmälert. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zog beratend den Psychologen Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ und den Psychiater Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ zur Seite und hielt korrekterweise fest, bezüglich der psychischen Befunde verweise er auf die behandelnden Spezialisten (Vorakten 28/3). Die Interaktion von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ war nur kurz (drei Sitzungen) und betraf vorwiegend die Medikation. Es ist daher nachvollziehbar, dass sich Dr. med. C. \_\_\_\_\_ auf die Beurteilung von Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ stützte, jedoch ist diese, wie weiter oben ausgeführt (vgl. E. 5.3.1.1 hiervor), weder schlüssig noch nachvollziehbar, womit auch auf die darauf beruhenden ärztlichen Unterlagen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann. Hinzukommt, dass Berichte von behandelnden Ärzten gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts mit Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. E. 4.7.5 hiervor). Dies gilt für den Bericht eines behandelnden Hausarztes wie auch für denjenigen eines behandelnden Psychologen. Die Stellungnahmen von Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ und von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vermögen daher vorliegend keinerlei Zweifel am beweiskräftigen RAD-Untersuchungsbericht zu wecken.

### **E. 5.3.2**

Die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Berichte, vermögen wie erwähnt die Beweiskraft des RAD-Untersuchungsberichtes nicht in Zweifel zu ziehen, womit die Vorinstanz zurecht gestützt darauf von einer Arbeitsunfähigkeit von 40% ab 23. August 2013 ausging, was unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV zur Folge hat, dass der Beschwerdeführer, wie von der Vorinstanz verfügt, ab 1. Dezember 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

### **E. 5.4**

Hinsichtlich dem Antrag des Beschwerdeführers, es sei ein Obergutachten einzuholen, ist festzustellen, dass der RAD-Untersuchungsbericht schlüssig und nachvollziehbar ist und die vom Beschwerdeführer eingereichten Akten von Mag. rer. nat. P. \_\_\_\_\_ und von Dr.

med. C. \_\_\_\_\_ dessen volle Beweiskraft nicht in Zweifel zu ziehen vermögen. Aus diesem Grund kann in antizipierter Beweiswürdigung (siehe oben E. 4.7.2 in fine) auf die Einholung eines Obergutachtens verzichtet werden, sind von einem solchen doch keine weitergehenden Erkenntnisse zu erwarten.

#### **E. 5.5**

Zusammenfassend ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer eine abgestufte Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Der Beschwerdeführer war ab 29. April 2011 zu 100% arbeitsunfähig, ab 1. Juni 2012 war er zu 80% arbeitsunfähig, ab 18. Juli 2012 betrug die Arbeitsunfähigkeit 50% und seit 23. August 2013 ist er zu 60% arbeitsfähig. Die Tätigkeit als Hochbauzeichner ist leidensadaptiert und der Beschwerdeführer kann diese sechs Stunden pro Tag bei vermindertem Arbeitstempo ausüben. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2012, auf eine befristete halbe Invalidenrente ab 1. November 2012 und auf eine Viertelsrente ab 1. Dezember 2012. Während die drei Verfügungen der Vorinstanz je datierend vom 31. Oktober 2013 nicht zu beanstanden sind, erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

#### **E. 6**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 6.1**

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 400.- sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

##### **E. 6.2**

Dem Beschwerdeführer ist bei diesem Ausgang des Verfahrens keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die IVSTA hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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