

BVGer C-7354/2017 vom 18. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7354_2017

FR: TAF C-7354/2017 du 18 novembre 2021

IT: TAF C-7354/2017 del 18 novembre 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 1.2

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. 1.3

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) 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. Der Beschwerdeführer war bei Anmeldung als Grenzgänger für die C._____ AG, D._____, tätig (Vorakten 6/2), lebte namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung im Grenzgebiet und machte bei der Anmeldung (Vorakten 2) als gesundheitliche Beeinträchtigung Depressionen, Burnout, Verhaltensstörung, starke Schmerzen, wiederkehrende chronische Krankheiten, Entzündungen, Verletzungen des Rückens (HWS/BWS/LWS), Persönlichkeitsstörung, Schwindel, Hörstürze, Tinnitus und Erschöpfung geltend, die sich während seiner Grenzgängertätigkeit manifestiert hatten. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretene Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die beim Erlass der Verfügung vom 15. November 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 15. November 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 121 V 362 E. 1b m.H.; vgl. auch Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Unterlagen, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, wenn und soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen respektive Rückschlüsse darauf zulassen (Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2). Der im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte psychologische Bericht vom 22. September 2016 (BVGer act. 1/9) ist bereits aktenkundig. Der Bericht vom 5. Oktober 2017 (BVGer act. 1/7), die Bescheinigung vom 5. Oktober 2017 (BVGer act. 1/5), die Laborwerte vom 5. Oktober 2017 (BVGer act. 1/6) und der Bericht vom 24. Oktober 2017 (BVGer act. 1/8) sind vor Verfügungserlass ergangen und damit vorliegend ebenfalls beachtlich. Der ärztliche Entlassbericht vom 17. Januar 2018 (BVGer act. 28/5) datiert zwar nach Verfügungserlass, jedoch betrifft er einen stationären Aufenthalt vom 10. Oktober 2017 bis zum 14. November 2017 und damit vor Verfügungserlass, sodass er zu berücksichtigen ist. Das Privatgutachten von Prof. Dr. G._____ vom 26. Februar 2018 (BVGer act. 8/1), die Berichte des regionalen ärztlichen Dienstes vom 4. Juni 2018 (BVGer act. 10/2) und 13. November 2019 (BVGer act. 28/2), sowie die ärztlichen Atteste von Dr. I._____ vom 3. Juli 2018 (BVGer act. 14/1), 12. Juli 2018 (BVGer act. 14/2), 17. Januar 2019 (BVGer act. 18/1) und 17. Oktober 2019 (BVGer act. 25/1) sind vorliegend insoweit zu berücksichtigen, als sie sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt äussern. Hingegen stellt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 2. Mai 2018 (BVGer act. 8/2) betreffend Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai 2018 bis zum 30. Juni 2018 ein Novum dar und ist als solches vorliegend nicht zu berücksichtigen. Ebenfalls stellen der

psychologische Bericht vom 12. Dezember 2019 (BVGer act. 32/1), das psychiatrische Attest vom 16. Dezember 2019 (BVGer act. 32/2) und der Abschlussbericht der L. _____ GmbH vom 14. April 2020 (BVGer act. 41/1) nicht zu berücksichtigende Noven dar, da die Schriftstücke nach Verfügungserlass erstellt wurden, und eine Reha-Massnahme betreffen, die nach Verfügungserlass eingeleitet wurde.

E. 3.1

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. 3.2

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 3 Jahren (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 3 Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 833/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 3.4

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. Altersjahres folgt, entsteht. Die Rente

wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (Art. 29 Abs. 3 IVG). Da der Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach der Anmeldung entstehen kann, ist für das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG allein der Sachverhalt sechs Monate vor der Anmeldung von Bedeutung (Urteile des BVGer C-1066/2017 vom 25. Juli 2019 E. 4.3; C-5352/2013 vom 7. September 2015 E. 2.3). Der Beschwerdeführer meldete sich im September 2016 (Vorakten 2) zum Bezug von Versicherungsleistungen an, womit der Anspruch auf Versicherungsleistungen frühestens ab März 2017 entstehen konnte. Vorliegend ist damit der medizinische Sachverhalt ein Jahr vor dem frühesten Anspruchsbeginn mithin ab März 2016 bis zum Verfügungszeitpunkt vom 15. November 2017 relevant.

E. 3.5

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von Ärzten und gegebenenfalls auch von anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4).

E. 3.6

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste 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. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG).

E. 3.7

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. 3.8

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 (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 3.9

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 (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je m.H.).

E. 3.10

Bezüglich des Beweiswertes eines Berichtes oder eines Gutachtens ist entscheidend, ob der Bericht oder das Gutachten 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 der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss zudem über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 3.11

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (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. 3.11.1

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (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; 125 V 351 E. 3b/bb m.H.).

E. 3.11.2

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund der auftragsrechtlichen 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 allgemein praktizierende Hausärzte wie auch für behandelnde Spezialärzte (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.).

E. 3.11.3

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin 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. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt oder die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E.

3.2; 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt oder die IV-Ärztin 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 (Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 m.H.; Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3; Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 m.H.). 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 (Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 3.11.4

Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen, zu denen auch RAD-Berichte gehören, kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2).

E. 3.11.5

Auch ein im Auftrag eines Taggeldversicherers erstellter Bericht ist im Verfahren betreffend Prüfung eines IV-Rentenanspruchs auf dessen Beweiswert hin zu würdigen (Urteile des BGer 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.2; 9C_229/2007 vom 28. August 2007 E. 2.1). Den vom Taggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Berichten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile des BGer 8C_71/2016 E. 5; 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3).

E. 3.12

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und E. 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.10 hiervor), ist es beweiskräftig, und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; 144 V 50 E. 4.3).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer monierte beschwerdeweise (BVGer act. 1), die Vorinstanz habe sich einzig auf Behandlungsberichte und die bidisziplinäre Abklärung der (...) Versicherungsgesellschaft AG gestützt, jedoch keine eigenen medizinischen Abklärungen getätigt. Die umfassende administrative Erstbegutachtung sei regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen. Es handle sich vorliegend nicht um eine isoliert rheumatologisch-psychiatrische Beschwerdeproblematik. Das Beschwerdebild des Beschwerdeführers sei nicht vollends gesichert und es würden weitere interdisziplinäre Bezüge vorliegen. Zwar habe Dr. F._____ die verschiedenen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers diskutiert und im Ergebnis verneint, was jedoch ausserhalb ihres Kompetenzbereichs liege.

E. 4.2

Die Vorinstanz hielt, mit Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle D._____, vernehmlassungsweise (BVGer act. 6/1) dagegen, es würden ausschliesslich Beschwerden mit Auswirkungen auf den Bewegungsapparat und psychische Leiden in Frage stehen. Dr. F._____ habe als Diagnosen ein chronisches generalisiertes myofasiales bzw. tendomyogenes Schmerzsyndrom sowie ein Outlet-Impingement aufgeführt, und die restlichen Diagnosen als anamnestisch, das heisse, als nicht mehr aktuell eingestuft. Damit seien die Beschwerden mit einer bidisziplinären «Begutachtung» abgedeckt. Das «Gutachten» von Dr. E._____ und Dr. F._____ sei schlüssig und erbringe den vollen Beweis.

E. 4.3.1

Den von Taggeldversicherern in Auftrag gegebenen Berichten, kommt der Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen zu (vgl. E. 3.11.5 hiervor), daher ist die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den RAD-Berichten beizuziehen, welche besagt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6), dass kein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen dem RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht.

E. 4.3.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 139 V 349 E. 3.2) existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre Untersuchung 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. Wie nachfolgend zu zeigen ist, liegt ein solcher Fall vor.

E. 5

Im Folgenden werden die Informationen aus den medizinischen Berichten in Bezug auf somatische und psychische Beschwerden nach Fachbereichen geordnet dargestellt (Orthopädie [vgl. E. 5.1 hiernach], Dermatologie und Kardiologie vgl. E. 5.2 hiernach], Gastroenterologie [vgl. E. 5.3 hiernach], Neurologie [vgl. E. 5.4 hiernach], Rheumatologie [vgl. E. 5.5 hiernach], Urologie [vgl. E. 5.6 hiernach], Hals- Nasen- Ohren-Heilkunde [vgl. E. 5.7 hiernach], Ophthalmologie [vgl. E. 5.8 hiernach], Humangenetik [vgl. E. 5.9 hiernach]) sowie Psychologie/Psychiatrie [vgl. E. 6 hiernach] und es wird zugleich eine Würdigung vorgenommen.

E. 5.1.1

In orthopädischer Hinsicht ergeben sich aus den medizinischen Vorakten die nachfolgenden Informationen.

E. 5.1.1.1

Am 17. August 2012 (BVGer act. 39/1, Vorakten 39/8) diagnostizierte Dr. M._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine komplexe Schulter-Wirbelsäulenproblematik. Er erhob als Befund Hohlkreuz, verstärkte BWS-Kyphose, muskuläre Verkürzung des Hüftbeugers, HWS und BWS mehrsegmental blockiert, keine Funktionsstörung der Schulter.

E. 5.1.1.2

Dr. N._____ stellte am 11. und 22. November 2012 (Vorakten 39/6, 39/7) die Diagnose subacromiales Impingement der Schulter rechts (ICD-10 M75.4). Er verordnete manuelle Therapie sowie Reizstrom und empfahl ein MRT der Schulter. Nach der Sonographie erkannte Dr. N._____ am 13. März 2013 (Vorakten 39/5) eine Rotatorenmanschettenteilruptur Typ A der Spinatussehne rechts (ICD-10 M75.1). Er befand, die Schulter sei nicht besser. Aufgrund des Beschwerdebildes und der eindeutigen klinischen und bildgebenden Befunde sei eine minimal-invasive operative Behandlung indiziert.

E. 5.1.1.3

Am 14. März 2013 (Vorakten 39/10) konstatierte Dr. O._____, der Beschwerdeführer leide seit längerer Zeit an Schulterproblemen rechts, welche mit konservativer Therapie behandelt worden seien. Dr. O._____ erhob die Diagnosen Supraspinatussehnen-ruptur rechts (ICD-10 M75.1), AC-Gelenksarthrose rechts (ICD-10 M19.91) und Bizepssehnentendinitis rechts (ICD-10 M75.2).

E. 5.1.1.4

Dr. P._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (https://das-orthopaedicum.de/aerzte/P._____, zuletzt besucht am 24. September 2021), berichtete am 18. März 2015 (Vorakten 10/15), es finde sich eine endgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit schmerzhaftem Irritationspunkt auf der Höhe C3/4 links sowie im Bereich der HWS auf Höhe Th4 links physiologische BWS-Kyphose. Die periphere Neurologie sei komplett unauffällig, gute Handkraft, Lasègue negativ und Kennmuskeln kräftig. Dr. P._____ führte eine manuelle Mobilisation im Bereich der HWS und BWS durch. Er konstatierte, längere Spaziergänge würden dem Beschwerdeführer beim Stressabbau dienen und die Beschwerden lindern. Die Leiden würden durch beruflichen Stress verstärkt. Dr. P._____ erhob die Diagnosen BWS-Syndrom (ICD-10 M54.6), Segmentblockierung TH4 links (ICD-10 M99.0), chronisch rezidivierendes

Zervikalsyndrom (ICD-10 M47.21), Segmentblockierung (ICD-10 M99.0) und Zervikobrachialgie links (ICD-10 M53.1). Am 15. Dezember 2015 (Vorakten 10/14, 29/8) führte Dr. P._____ eine manuelle Mobilisation durch und verordnete dem Beschwerdeführer Eigenübungen. Dr. P._____ stellte am 13. April 2016 (Vorakten 10/25, 16/8, 28/19, 58/30) zusätzlich die Diagnosen chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2), Osteochondrose (ICD-10 M42.9) und Bandscheibenprotrusion (ICD-10 M51.2). Er berichtete, die HWS-Beweglichkeit sei mässig eingeschränkt mit schmerzhaften Irritationspunkten der Etage C2/3 rechts sowie TH4 links. Die Handkraft sei gut, Bizeps und Trizeps seien kräftig und die Schulter frei beweglich. Es bestünden keine neurologischen Ausfälle und die Sensibilität sei voll gegeben. Aufgrund der Dauer der chronischen Schmerzen empfahl Dr. P._____ eine schmerztherapeutische Mitbehandlung. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Am 16. August 2016 (Vorakten 28/13) stellte Dr. P._____ fest, dem Patienten gehe es besser, sodass auch längere Wanderungen möglich seien. Am 4. Oktober 2016 (Vorakten 21/5, 28/14) erhob Dr. P._____ zusätzlich die Diagnose beginnende links konvexe Thorakalskoliose (ICD-10 M41.0) und berichtete, der Patient merke auf der linken Seite ein schnelles muskuläres Ermüden sowie Schmerzen und könne den gestreckten Arm linksseitig nicht heben. Beim Treppensteigen habe der Beschwerdeführer Beschwerden im linken Knie.

E. 5.1.1.5

Im undatierten Bericht (Vorakten 21/1) von Dr. Q._____, Facharzt für Orthopädie (Gemeinschaftspraxis mit Dr. P._____), erhob dieser die Diagnosen degeneratives Zervikalsyndrom (ICD-10 M47.12), Bandscheibenprotrusion (ICD-10 M51.2), chronisch rezidivierendes BWS-Syndrom (ICD-10 M54.6), ISG-Blockierung (ICD-10 M99.84), Insertionstendinitis trapezius links, degeneratives BWS-Syndrom ICD-10 M47.1), Retropatellararthrose Knie (ICD-10 M22.2), beginnende linkskonvexe Thorakalskoliose (ICD-10 M41.0). Er hielt fest, es sei keine Krankenschreibung erfolgt. Trotzdem konstatierte Dr. Q._____, langes Sitzen und konzentriertes Arbeiten seien aufgrund der Schmerzen deutlich erschwert. Die bisherige Tätigkeit sei höchstens ca. 4 Stunden täglich möglich. Schmerzbedingt seien die Konzentrationsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt.

E. 5.1.1.6

Am 20. Januar 2016 (Vorakten 10/6, 10/10, 16/7, 28/20) berichteten Dr. R._____ und Dr. S._____, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, nach den Infiltrationen im Bereich der linken Schulter gehe es dem Patienten deutlich besser. Dr. R._____ hielt am 20. Januar 2016 (Vorakten 10/11) fest, dass der Beschwerdeführer keine Zeit für Übungen habe.

E. 5.1.1.7

Im [nicht unterzeichneten] Bericht vom 21. Oktober 2016 (Vorakten 10/12) wurde erkannt, die Beschwerden, welche nach Einnahme von Sortis entstanden seien, seien deutlich rückläufig. Mittlerweile bestünden noch Probleme im Bereich der linken Schulter bei beginnender Omarthrose und deutlich muskulärer Dysbalance. Infiltration mit Hyaluronsäure im Bereich der linken Schulter habe eine zunehmende Besserung gebracht. Weiterhin bestünden noch Schmerzen in sämtlichen Muskelpartien.

E. 5.1.1.8

Bei der Untersuchung vom 24. Januar 2017 konnte Dr. F._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manualmedizin, Sportmedizin, Sonographie des

Haltungs- und Bewegungsapparates, Akupunktur sowie Vertrauensärztin (SGV), am 12. Mai 2017 (Vorakten 43) keine Funktionseinschränkungen der oberen Extremitäten objektivieren. Sie stellte keine segmentalen Funktionsstörungen der Halswirbelsäule fest, hingegen eine Insuffizienz der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur sowie der Bauchmuskulatur. Anlässlich der neurologischen Untersuchung konnte Dr. F._____ objektiv keine Paresen, keine Koordinationsstörungen, keine segmentbezogenen Muskelatrophien und keine dermatombezogenen Hypästhesien oder Hypalgesien feststellen. Die untersuchten Laborparameter waren sämtliche im Normbereich. Dr. F._____ konstatierte, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten und der erhobenen Befunde bestehe auf muskuloskelettalem Fachgebiet eine 100%ige Arbeitsfähigkeit unter Beachtung des negativen Leistungsprofils: - So seien bei subakromialem Impingement mit Partialruptur der Supraspinatussehne mehr als seltene Tätigkeiten über die Armhorizontale hinaus zu vermeiden, ebenso das Hantieren von mehr als leichten Lasten körperfern und repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der Schultergelenke. - Aufgrund des (nicht objektivierbaren) Tinnitus sollten Tätigkeiten mit grossen Lärmbelastungen durch Maschinen, Motoren oder laute Musik vermieden werden (zum Tinnitus vgl. E. 5.7 hiernach). - Bei initialer Retropatellararthrose seien mehr als seltene Tätigkeiten in knienden/kauernden Positionen medizinisch nicht zumutbar, zudem nicht mehr als das gelegentliche Bewältigen von Leitern und das zeitweise Bewältigen von Treppen. - Das Arbeiten in Zwangshaltungen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates sollte nicht mehr als gelegentlich anfallen, ebenso das Hantieren von mittelschweren Lasten. - Im Hinblick auf den anlässlich der ultrastrukturellen Beurteilung der Haut mittels Elektronenmikroskopie vermuteten hypermobilen Typ des Ehlers-Danlos-Syndroms (mit klinisch jedoch nur minimier Ausprägung und nicht erfüllten Hauptcharakteristiken gemäss den seit dem 15. März 2017 geltenden neuen Diagnosekriterien), sollten Tätigkeiten in Endstellungen der grossen und kleinen Körpergelenke vermieden werden (zum Ehlers-Danlos-Syndrom vgl. E. 5.9 hiernach). - Hingegen bestehe für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung des vorgenannten negativen Leistungsprofils eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dr. F._____ kam zum Schluss, die relative Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit weise auf eine deutliche nicht-organische Komponente des Beschwerdebildes hin und könne objektiv nicht nachvollzogen werden. Für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten liege, unter Berücksichtigung des negativen Leistungsprofils, eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % vor.

E. 5.1.2.1

Aus den Arztberichten ergibt sich, dass durch die Orthopäden Dr. M._____, Dr. N._____, Dr. O._____, Dr. R._____ und Dr. S._____ (BVGer act. 39/1, Vorakten 39/8, 39/6, 39/7, 39/10, 28/20, 16/7, 10/10, 10/6) keine Krankschreibung erfolgte. Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. Aa._____, führte die orthopädischen Diagnosen als «ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» auf (Vorakten 10/4), womit auch sie davon ausging, dass aus orthopädischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit gegeben war. Ebenfalls führte Dr. F._____ die orthopädischen Diagnosen als «ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» auf. Diese Ärzte gingen folglich von keiner generellen Arbeitsunfähigkeit aus, was den allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier darstellt (vgl. E. 4.3.1 hiervor). Daran ändert nichts, dass Dr. F._____ ein negatives Leistungsprofil feststellte (vgl. E. 5.1.1.8 hiervor).

E. 5.1.2.2

Hingegen konstatierte Dr. P._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, es bestünde aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit (Vorakten 10/25, 16/8, 28/19, 58/30). Eine Krankschreibung erfolgte jedoch nicht, worauf auch Dr. Q._____ am 24. Oktober 2016 (Vorakten 21/1) hinwies. Dr. P._____ begründete seine Annahme einer Arbeitsunfähigkeit nicht. Aus den Akten ist ersichtlich, dass er sich, wie in der Medizin üblich, auf den biopsychosozialen Krankheitsbegriff stützte und die Probleme des Beschwerdeführers an seinem Arbeitsplatz mitberücksichtigte (Vorakten 10/15), was indes invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich ist. Dr. F._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manualmedizin, Sportmedizin, Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates, Akupunktur sowie Vertrauensärztin (SGV), hielt zu den Berichten von Dr. P._____ und Dr. Q._____ fest (Vorakten 43/110), Dr. P._____ führe pathologische Befunde auf, wobei er sich primär pauschalisierender Beurteilungen bediene (z.B. mässig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit), jedoch keine goniometrischen Messungen gemäss der Neutral-Null-Methode mit aktiven und passiven Untersuchungen vorgenommen habe. Dr. P._____ habe festgehalten, der Beschwerdeführer sei aus orthopädischer Sicht arbeitsunfähig, jedoch fehle eine versicherungsmedizinisch fundierte Begründung. Insbesondere könne den objektiven Untersuchungsbefunden des Orthopäden auch keine Funktionseinschränkung und vor allem keine solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Dr. P._____ stütze sich primär auf die subjektiven Angaben des Versicherten, jedoch seien in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten im Rahmen der versicherungsmedizinischen Leistungsprüfung die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend zu objektivieren. Es erstaune, dass Dr. P._____ und Dr. Q._____ explizit betonen würden, zwar bestehe seit März 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, aus ihrer Sicht sei jedoch keine Krankschreibung erfolgt, und sie gleichzeitig festhalten würden, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei für höchstens ca. 4 Stunden medizinisch zumutbar. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer selbst in einer seinen Leiden optimal angepassten Tätigkeit als nur ca. 4 Stunden arbeitsfähig beurteilt werde. Die Einwände von Dr. F._____ gegen die Berichte von Dr. P._____ und Dr. Q._____ leuchten ein, womit hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Einschätzung von Dr. P._____ und Dr. Q._____ abgestellt werden kann. Nachfolgend ist zu prüfen, ob von dem von Dr. F._____ festgestellten Leistungsprofil auszugehen ist (vgl. E. 5.1.1.8 hiavor).

E. 5.1.2.3

Dr. F._____ ist als Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manualmedizin, Sportmedizin und Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates, kompetent, die Probleme des Beschwerdeführers hinsichtlich seines Haltungs- und Bewegungsapparates zu beurteilen und insbesondere die funktionellen Einschränkungen darzulegen. Sie untersuchte den Beschwerdeführer am 24. Januar 2017. Die Anamneseerhebung dauerte rund 4 Stunden und die körperliche Exploration 55 Minuten. Dr. F._____ verschaffte sich einen Überblick über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, indem sie den Allgemeinzustand (Psyche, Haut, Kopf und Hals, Thorax, Atmungsorgane, Herz-/Kreislauf und Abdomen) erhob, was einer lege artis durchgeführten somatischen Untersuchung entspricht (Urteil des BGer 9C_246/2019 E. 3.1). Im

versicherungsmedizinischen Bericht vom 12. Mai 2017 fasste sie die medizinischen Vorakten ab Seite 5 zusammen. Die Kritik des Beschwerdeführers (BVGer act. 1), wonach nicht ersichtlich sei, auf welche Akten sich Dr. F._____ gestützt habe, ist folglich aktenwidrig. Die Beurteilungen von Dr. F._____, basieren auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und Anamneseerhebungen. Der Bericht wurde unter Berücksichtigung der beklagten Beschwerden und in Kenntnis der Vorakten sowie nach Auseinandersetzung mit denselben erstattet. Die medizinischen Zusammenhänge wurden nachvollziehbar aufgezeigt und die Beurteilung der medizinischen Situation schlüssig dargelegt. Der Bericht von Dr. F._____ erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert von medizinischen Berichten und Gutachten gestellten Anforderungen. Folglich ist von dem von Dr. F._____ festgehaltenen Leistungsprofil auszugehen, das heisst, dem Beschwerdeführer sind in somatischer Hinsicht unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung des negativen Leistungsprofils (vgl. E. 5.1.1.8 hiervor) zumutbar.

E. 5.1.2.4

Dr. F._____ beschrieb im Bericht vom 12. Mai 2017 (Vorakten 43) eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung des Exploranden und den objektiv erhobenen Befunden. Damit bestehen Hinweise auf eine mögliche Aggravation. Die Feststellung von Aggravation, Simulation oder Somatisierung ist Sache des psychiatrischen Facharztes (Urteile des BGer 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1; 9C_737/2018 vom 15. Februar 2019 E. 5.2; Urteil des BVGer C-1891/2019 vom 15. Juni 2021 E. 4.3). Zudem darf nicht jede Verdeutlichungstendenz, welche das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden mitprägt, mit Aggravation gleichgesetzt werden. Eine Grenzziehung zwischen einer Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz ist schwierig, weshalb es hierfür einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung bedarf und entsprechendes Fachwissen erfordert (Urteile des BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2 m.H.; 9C_254/2016 vom 7. Juli 2016 E. 3.2.1; Urteil des BVGer C-1891/2019 vom 15. Juni 2021 E. 4.3). Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation rufen nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrads (Urteil des BGer 9C_501/2018 vom 12. März 2019 E. 5.1 m.w.H.; Urteil des BVGer C-1891/2019 vom 15. Juni 2021 E. 4.3). Dr. E._____ erkannte gestützt auf die Werte, welche der Beschwerdeführer beim Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome erzielte, eine negative Antwortverzerrung und aufgrund des Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistests eine gezeigte Leistung unterhalb des tatsächlichen Leistungsniveaus (Vorakten 43/142f.). Hinsichtlich des funktionellen Schweregrades führte Dr. E._____ aus, die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde seien gering bis leichtgradig. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden. Hinsichtlich des Eingliederungserfolgs bzw. -resistenz bestehe beim Versicherten eine Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit infolge der Auswirkungen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Bezüglich der Komorbiditäten hielt Dr. E._____ fest, dass beim Beschwerdeführer seit seiner Kindheit und Jugend eine kombinierte Persönlichkeitsstörung ausgewiesen sei. Zudem bestünden Einschränkungen in den Ich-Funktionen und im sozialen Kontext. Hinsichtlich der Konsistenz führte Dr. E._____ aus, ein Leidensdruck könne nachvollzogen werden. Dr. E._____ orientierte sich bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben nach BGE 141 V 281. Auf seine Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung der Kategorien ausgewiesen sei, ist abzustellen (zur weiteren Würdigung des Berichts von Dr. E._____ vgl. E. 6.2 hiernach). Aus dem Bericht von Dr. E._____ geht hervor, dass keine Aggravation besteht. Eine

Aggravation wurde denn auch von der Vorinstanz nicht angenommen, vielmehr sind sich die Parteien einig, dass eine Somatisierungsstörung vorliegt (BVGer act. 30/1). Damit bleibt es bei dem von Dr. F._____ festgestellten Leistungsprofil (vgl. E. 5.1.1.8 hiervor).

E. 5.1.3.1

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (BVGer act. 1) berücksichtigte Dr. F._____ das Tätigkeitsprofil als Speditionskaufmann und führte im Bericht auf Seite 48 die Angaben des Arbeitgebers (Vorakten 8/2) auf, wonach selten schwere Gewichte gehoben oder getragen werden mussten. Dem Beschwerdeführer war es möglich, seinen Beruf bis März 2016 trotz seiner Einschränkungen des Bewegungs- und Haltungsapparates auszuüben. Daher ist es nachvollziehbar, dass Dr. F._____, die Tätigkeit als Speditionskaufmann aus der Sicht des Beschwerdeführers weiterhin als zumutbar erachtete (zur Arbeitsfähigkeit als Rechtsfrage vgl. E. 8.2 hiernach).

E. 5.1.3.2

Der Beschwerdeführer brachte selber vor (BVGer act. 1), dass sich Dr. F._____ zu den verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geäußert hat. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers, dass Dr. F._____ damit ausserhalb ihres Aufgabenbereiches tätig gewesen sei, greift vorliegend nicht, denn eine allgemeine Abklärung ist Teil einer lege artis durchgeführten Untersuchung (vgl. E. 5.1.2.3 hiervor). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermittelt die Erhebung eines Allgemeinstatus dem Gutachter einen fachübergreifenden Überblick über den Gesundheitszustand des zu Untersuchenden (Urteil des BGer 9C_246/2019 vom 29. Mai 2019 E. 3.1). Zudem stützte sich Dr. F._____ auf fachärztliche Berichte, wie nachfolgend zu zeigen ist (vgl. E. 5.2ff. hiernach).

E. 5.2.1

In dermatologischer und kardiologischer Hinsicht lassen sich den medizinischen Unterlagen die folgenden Informationen entnehmen.

E. 5.2.1.1

Wegen dermatologischer Leiden war der Beschwerdeführer in den Jahren 2000 bis 2010 wiederholt in medizinischer Behandlung (Vorakten 39/19, 39/11). Am 6. April 2010 (Vorakten 19/18) erkannten die untersuchenden Dermatologen ein seborrhoisches Ekzem und am 16. September 2010 (Vorakten 39/16) Pityriasis versicolor sowie Folliculitis barbae candidomycetica. Zudem stellte Prof. Dr. T._____, Dermatologe, am 4. November 2013 (Vorakten 10/16) die folgenden Diagnosen: Akne pustulosa, Varikosis, Lipomatosis benigna symmetrica, Follikulitis capitis et barbae und Angiome. Die farbkodierte Duplexsonographie zeigte eine Perforanteninsuffizienz. Prof. Dr. T._____ konstatierte, wegen der Lipomatose bestehe ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Prof. Dr. T._____ berichtete am 19. September 2016 (Vorakten 17/2) aus dermatologischer Sicht würden keine Einschränkungen bestehen. Am 15. Februar 2017 (Vorakten 39/2) stellte Prof. Dr. T._____ aufgrund der seit Jahren multiplen, langsam in Grösse zunehmenden, verschieblichen, teils schmerzhaften Fettgewebeschwülste die Diagnose benigne symmetrische Lipomatose und äusserte den Verdacht auf ein Ehlers-Danlos-Syndrom (zum Ehlers-Danlos-Syndrom vgl. E. 5.9 hiernach).

E. 5.2.1.2

Der Beschwerdeführer leidet gemäss Bericht vom 1. März 2001 (Vorakten 39/14) unter chronisch venöser peripherer Insuffizienz. Am 16. Februar 2006 wurde eine Analthrombose exprimiert (Vorakten 39/13).

E. 5.2.1.3

Bei der Untersuchung vom 15. März 2010 (Vorakten 18/2) zeigte sich im Stressechokardiogramm kein Hinweis für eine Belastungskoronarinsuffizienz. Bis auf eine Hypercholesterinämie wurden unauffällige Befunde erhoben (Vorakten 18/1).

E. 5.2.2.1

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist der Zeitraum von März 2016 bis 15. November 2017 massgebend (vgl. E. 3.4 hiervor). Aufgrund der Lipomatose besteht zwar ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko (vgl. E. 5.2.1.1 hiervor), welches sich jedoch bis zum Verfügungszeitpunkt nicht manifestierte. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (BVGer act. 1) kann vorliegend somit nicht davon ausgegangen werden, dass im Verfügungszeitpunkt ein kardiologisches oder kardiovaskuläres Leiden vorgelegen hätte. Folglich veranlasste die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle zurecht bis zum Verfügungszeitpunkt keine weitergehenden kardiologischen oder kardiovaskulären Abklärungen (Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18 Juni 2014 E. 5.2).

E. 5.2.2.2

Die Hefepilzerkrankungen (vgl. E. 5.2.1.1. hiervor) konnten behandelt werden und wurden dementsprechend in den später datierenden medizinischen Vorakten nicht mehr erwähnt. Das heisst, im Beurteilungszeitraum lagen keine Hefepilzerkrankungen vor, welche zu berücksichtigen gewesen wären.

E. 5.2.2.3

Der Beschwerdeführer wendet gemäss Abklärungen von Dr. F._____ (Vorakten 43/1ff.) wegen der Ekzeme täglich im Bereich des Gesichts Protopic-Salbe und bei Auftreten von Akneschüben zweimal täglich Basocin-Aknelösung und Aknemycin-Plus-Lösung an. Folglich lagen diese Beschwerden nicht nur in den Jahren 2000 bis 2010 vor, sondern auch im Beurteilungszeitraum von März 2016 bis 15. November 2017. Dr. F._____ führte in ihrem Bericht vom 12. Mai 2017 (Vorakten 43) die dermatologischen Arztberichte auf, erklärte die Wirkungsweisen der vom Beschwerdeführer angewandten Medikamente und explorierte die Haut des Beschwerdeführers. Dabei erkannte sie Lipome, multiple Narben im Gesicht und Stamm sowie Dehnungstreifen der Haut. Ansonsten stellte sie ein unauffälliges Hautbild fest. Dr. F._____ ist zwar keine Dermatologin, trotzdem ist überwiegend wahrscheinlich, dass sie ein krankhaftes Hautbild erkannt hätte. Zudem konnte sie sich auf dermatologische Berichte stützen. Es leuchtet ein, dass Dr. F._____, welche ein normales Hautbild antraf, sich nicht weiter zur Akne und zu den Ekzemen äusserte, sondern einzig die dermatologischen Diagnosen als «anamnestisch» aufführte. Gemäss Prof. Dr. T._____ bestehen aus dermatologischer Sicht keine Einschränkungen (vgl. E. 5.2.1.1 hiervor). Prof. Dr. T._____ hielt auch nicht fest, dass Irritantien zu meiden wären. Dem Beschwerdeführer war es denn auch möglich in einer «Werkstatt» handwerklich tätig zu sein (Vorakten 43/134), obwohl es der allgemeinen Lebenserfahrung entspricht, dass in einer «Werkstatt» Irritantien vorhanden sind. Aus dem Gesagten erhellt, dass entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (BVGer act. 1) die Vorinstanz ihre Untersuchungspflicht nicht verletzte, wenn sie bzw. die IV-Stelle D._____ keine Beurteilungen auf dem Gebiet der Dermatologie in die Wege leitete, denn es bestehen keine

Hinweise darauf, dass die dermatologischen Leiden die Arbeitsfähigkeit einschränken (Urteil des BGer 9C_196/2014 E. 5.2).

E. 5.3.1

Aus den medizinischen Vorakten lassen sich auf dem Gebiet der Gastroenterologie die folgenden Informationen entnehmen.

E. 5.3.1.1

Der Beschwerdeführer war vom 21. Januar 2013 bis zum 28. Januar 2013 (Vorakten 9/2ff.) im Ll. _____ Zentrum (...) wegen akuter Divertikulitis hospitalisiert.

E. 5.3.1.2

Am 1. April 2016 (Vorakten 10/22) berichtete Dr. U. _____, Facharzt für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde, dass es nach dem operativen Eingriff an der Nase zu einer massiven abdominellen Beschwerdesymptomatik sowie einer ausgeprägten Erschöpfungssymptomatik gekommen sei, welche zu einer mehrwöchigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Beim letzten Vorstellungstermin am 23. März 2016 habe sich anamnestisch eine deutlich rückläufige abdominelle Beschwerdesymptomatik ergeben.

E. 5.3.1.3

Dr. F. _____ konstatierte am 12. Mai 2017 (Vorakten 45), der Beschwerdeführer habe angegeben, er leide unter Sodbrennen, einem sauren Aufstossen und rezidivierenden Schmerzen im linken Unterbauch. Bei der Untersuchung des Abdomens stellte die Ärztin indes eine weiche und druckindolente Bauchdecke fest. Sie erkannte keine pathologischen Resistenzen, keine Abwehrspannung und keine klinisch nachweisbare Hepatosplenomegalie. Abgesehen von einem Ructus erhob sie einen blanden Befund.

E. 5.3.2.1

Gestützt auf den Hinweis von Dr. U. _____ und den Untersuchungsbefund von Dr. F. _____ sowie fehlenden anderweitigen Anhaltspunkten ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die abdominelle Beschwerdesymptomatik sich zurückgebildet hat und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst.

E. 5.3.2.2

Wie die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle D. _____ zurecht vernehmlassungsweise festhielten (BVGer act. 6), kommt ihr bei der Auswahl der abzuklärenden Fachgebiete ein erhebliches Ermessen zu und hat sie nicht zu jeder in der Vergangenheit liegenden Diagnose in einem spezifischen Fachgebiet zwingend ein Teilgutachten in diesem Fachgebiet einzuholen (Urteil des BGer 8C_863/2015 vom 12. Februar 2016 E. 3). Dies vor allem, wenn wie vorliegend, keine akuten oder chronischen gastroenterologischen Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Der Beschwerdeführer war zwar im Jahr 2016 während mehreren Wochen arbeitsunfähig, Grund hierfür war jedoch nicht einzig die damals akute Divertikulitis, sondern der operative Eingriff an der Nase und die darauffolgende Erschöpfungssymptomatik. Die gastroenterologischen Beschwerden bildeten sich zurück und schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht mehr ein. Eine chronische gastroenterologische Beschwerdeproblematik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist aus den Akten nicht ersichtlich. Zudem nimmt der Beschwerdeführer keine regelmässige Medikation ein.

E. 5.3.2.3

Der Beschwerdeführer brachte nicht substantiiert vor, warum aufgrund der Divertikulitis ein invalidisierendes Leiden gegeben sein soll und warum diesbezüglich ein Teilgutachten hätte eingeholt werden müssen.

E. 5.3.2.4

Aus dem Gesagten folgt, dass die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle D._____ zurecht keine weitergehenden gastroenterologischen Abklärungen veranlasste, zumal eine solche zu keinem anderen Ergebnis geführt hätte (Urteil des BGer 8C_863/2015 vom 12. Februar 2016 m.H.a. BGE 139 V 349).

E. 5.4.1

In neurologischer Hinsicht ergeben sich aus den Akten die folgenden Hinweise.

E. 5.4.1.1

Dr. V._____, Neurologe, erhob am 7. März 2013 (Vorakten 30/5) einen unauffälligen Befund mit normalisierten CK- und LDH-Werten und befand für eine Myopathie oder andere neurologische Erkrankung gebe es keine Anhaltspunkte.

E. 5.4.1.2

Zu demselben Schluss kam Dr. F._____ in ihrem Bericht vom 12. Mai 2017, nachdem beim Labor vom 24. Januar 2017 sämtliche Laborparameter im Normbereich lagen (Vorakten 43/67). Dr. F._____ führte aus, anlässlich der Exploration vom 24. Januar 2017 hätten keine Verdachtsmomente für das Vorliegen einer Myopathie/Myositis objektiviert werden können.

E. 5.4.2

Nachdem die CK-Werte nur kurzfristig erhöht waren und mit keinem pathologischen Befund in Zusammenhang standen und zudem keine Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung vorlagen, bestand kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen seitens der Vorinstanz bzw. der IV-Stelle D._____ (Urteil des BVer 9C_196/2014 E. 5.2).

E. 5.5.1

Auf dem Fachgebiet der Rheumatologie lassen sich den medizinischen Vorakten die folgenden Hinweise entnehmen.

E. 5.5.1.1

Der Beschwerdeführer suchte am 21. Oktober 2014 (Vorakten 10/18) die Ambulanz des Universitätsklinikums (...) auf. Prof. Dr. W._____ erkannte, weder klinisch noch anamnestisch bestehe Anhalt für eine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung. Prof. Dr. W._____ bestätigte am 24. November 2014 (Vorakten 10/18, 29/4), dass keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung bestünden. Der gering erhöhte Rheumafaktor sei als unspezifisch zu werten.

E. 5.5.1.2

Dr. Joseph, Ärztin für Nuklearmedizin, berichtete am 21. Juni 2016 (Vorakten 28/10, 58/7), dass die Zweiphasenskelettszintigraphie vom 20. Juni 2016 (Vorakten 16/2) keine rheumatypischen entzündlichen Gelenkveränderungen ergeben hätten.

E. 5.5.1.3

Dr. F. _____ hielt am 12. Mai 2017 (Vorakten 43) fest, eine allfällige Erkrankung aus dem entzündlichen-rheumatischen Formenkreis habe ausgeschlossen werden können.

E. 5.5.2

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass auf dem Gebiet der Rheumatologie keine Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlagen und folglich seitens der Vorinstanz bzw. der IV-Stelle D. _____ kein Anlass für weitergehende rheumatologische Abklärungen bestand (Urteil des BGer 9C_196/2014 E. 5.2).

E. 5.6.1

Hinsichtlich des Fachgebiets der Urologie ergeben sich aus den Vorakten die folgenden Informationen.

E. 5.6.1.1

Da der Beschwerdeführer angab, trotz Training und Reha-Massnahmen zum Muskelaufbau und zur allgemeinen Kräftigung keinen adäquaten Muskelaufbau erreichen zu können (Vorakten 29/9), wurden am 16. Dezember 2015 die Testosteronwerte bestimmt (Vorakten 10/9), welche unauffällig waren. Prof. Dr. X. _____ und Dr. Y. _____ schlossen am 13. Januar 2016 (Vorakten 10/8, 28/21, 28/22, 29/3) aufgrund der durchgeführten Laboruntersuchung ein Testosteronmangelsyndrom aus. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Leiden, hätten andere Ursachen, die ausserhalb des urologischen-andrologischen Fachgebietes liegen würden.

E. 5.6.1.2

Eine urologische Ursache für die Beschwerden wurde ebenfalls am 20. Januar 2016 (Vorakten 10/11) und am 26. Oktober 2016 (Vorakten 29/1) ausgeschlossen. Anamnestisch führte Dr. Y. _____ aus, im Jahr 2001 sei beim Patienten eine überwiegend sensorische Harnblasenentleerungsstörung sowie eine inkomplette erektile Dysfunktion diagnostiziert worden. Im Jahr 2009 habe es keinen Anhalt für eine Harnblasenentleerungsstörung mehr gegeben. Die inkomplette erektile Dysfunktion habe auch im Dezember 2015 noch bestanden. Aus urologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.6.2

Aus den Vorakten ergibt sich, dass eine urologische Ursache der Leiden des Beschwerdeführers ausgeschlossen werden konnte, womit nachvollziehbar ist, dass Dr. F. _____ gestützt auf den Bericht von Dr. Y. _____ festhielt, dass auf urologischem Fachgebiet keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dr. F. _____ ist zwar keine Urologin, jedoch konnte sie sich bei ihrer Einschätzung auf aussagekräftige urologische Berichte stützen, womit von ihrer Einschätzung auszugehen ist. Die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle D. _____ veranlasste zurecht keine urologischen Abklärungen, da hierzu kein Anlass bestand (Urteil des BGer 9C_196/2014 E. 5.2).

E. 5.7.1

In den Vorakten sind HNO-ärztliche Berichte mit den folgenden Informationen enthalten.

E. 5.7.1.1

Wegen ausgeprägter Verschmälerung des knorpeligen Septums und einer starken Blutungsneigung, wurde der Beschwerdeführer am 4. Februar 2016 (Vorakten 10/7, 33/2, 36/2) im Bereich der Nasenscheidewand sowie der Nasenmuschel operiert. Dr. U. _____,

Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, berichtete am 1. April 2016 (Vorakten 10/22, 28/17) aus HNO-ärztlicher Sicht bestehe derzeit ein regelrechter postoperativer Heilungsverlauf. Unter Diagnosen führte Dr. U._____ einen Tinnitus links (intermittierend) auf. Er befand, aus HNO-ärztlicher Sicht ergebe sich bis auf die regelmässige Anwendung einer Nasendusche sowie gelegentlicher Anwendung eines salzhaltigen Nasensprays kein weiterer Handlungsbedarf.

E. 5.7.1.2

Aufgrund gelegentlicher Druckschmerzen im Bereich Spina nasalis anterior sowie Anreicherung in der Knochenszintigraphie im Bereich der linken Kieferhöhle empfahl Dr. U._____ am 1. Juli 2016 (Vorakten 28/11) die Durchführung einer Computertomographie (CT).

E. 5.7.1.3

Die Computertomographie (CT) der Nasennebenhöhlen und der maxillaren Zahnreihe vom 6. Juli 2016 (Vorakten 28/12, 58/8) ergab keinen Nachweis einer akuten oder chronischen Sinusitis.

E. 5.7.1.4

Am 8. Februar 2017 (Vorakten 39/4) wurde beim Beschwerdeführer eine diskrete Schleimhautreizung im Bereich der mittleren Nasenmuschel erkannt und eine Rhinitis diagnostiziert, welche mit Nasensalbe behandelt wurde.

E. 5.7.2.1

Gestützt auf die HNO-ärztlichen Berichte von Dr. U._____ und Dr. Heinert hielt Dr. F._____ am 12. Mai 2017 (Vorakten 43) fest, es bestehe auf HNO-ärztlichem Fachgebiet keine Arbeitsunfähigkeit, was aufgrund der erfolgreichen Operation der Nasenscheidewand und der damit wieder freien Atmung einleuchtet. Es bestand folglich kein Anlass für weitergehende Abklärungen (Urteil des BGer 9C_196/2014 E. 5.2).

E. 5.7.2.2

Dr. F._____ berücksichtigte den nicht objektivierbaren Tinnitus im Leistungsprofil dahingehend (Vorakten 43/103), dass Tätigkeiten mit grossen Lärmbelastungen durch Maschinen, Motoren oder lauter Musik vermieden werden sollten, was im vorliegenden Fall einleuchtet.

E. 5.8.1

In ophthalmologischer Hinsicht diagnostizierte Dr. Z._____, Fachärztin für Augenheilkunde, am 28. Oktober 2016 (Vorakten 31/2, 31/7) Augenbrennen, Mikrostrabismus, Anisometropie beidseits, Office-Eye-Syndrom, Myopie rechts und Hyperopie links. Es wurde eine Brille verordnet. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

E. 5.8.2

Die Fehlsichtigkeit des Beschwerdeführers konnte mit einer Brille korrigiert werden und das Schielen ist nur leicht. Für Berufe mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehen folglich keine Einschränkungen. Ein besonderer Pausenbedarf wurde von Dr. Z._____ nicht festgehalten.

E. 5.9.1

Es wurden humangenetische Untersuchungen durchgeführt.

E. 5.9.1.1

Dr. Aa._____, Allgemeinmedizinerin, hielt am 4. August 2016 (Vorakten 28/15) fest, da die Beschwerden bisher ohne Krankheitsnachweis bestehen würden, sei eine humangenetische Abklärung notwendig.

E. 5.9.1.2

Prof. Dr. Bb._____ und Dr. Cc._____ konstatierten am 22. März 2017 (Vorakten 42/2), der vom Versicherten geschilderte Krankheitsverlauf mit bereits kurz nach dem 20. Lebensjahr festgestelltem Gelenkverschleiss, Krampfadern, häufigen Infekten, Zahnschäden sowie chronischen Rücken-, Gelenk- und Muskelschmerzen habe mit einer umfangreichen rheumatologischen, endokrinologischen und bildgebenden Diagnostik nicht hinreichend erklärt werden können. Das frühe Auftreten von Krampfadern und untypischen Dehnungstreifen der Haut würden auf einen zugrundeliegenden Bindegewebsdefekt hinweisen. Es wurde der Verdacht auf ein Ehlers-Danlos-Syndrom gestellt.

E. 5.9.1.3

Prof. Dr. Dd._____, Oberarzt der Klinik (...), berichtete am 13. April 2017 (Vorakten 58/31), es seien keine eindeutigen Hinweise auf ein Ehlers-Danlos-Syndrom erkennbar. Weitere Abklärungen diesbezüglich halte er, wenn keine eindeutigen Hinweise bestehen würden, nicht für zielführend. Prof. Dr. Dd._____ empfahl die Vorstellung zur Abklärung eines Burn-Outs und gegebenenfalls die Einleitung einer entsprechenden Therapie.

E. 5.9.1.4

Dr. Aa._____ hielt am 3. August 2017 (Vorakten 58/35) fest, die Abklärungen betreffend Ehlers-Danlos-Syndrom seien noch nicht abgeschlossen.

E. 5.9.2

Das Ehlers-Danlos-Syndrom Typ III ist eine genetisch bedingte Erkrankung, bei der es zu einer Störung der Kollagensynthese kommt. Dies führt zu Überbeweglichkeit der Gelenke und zu häufigen Luxationen (https://flexikon.doccheck.com/de/Ehlers-Danlos-Syndrom_Typ_III, zuletzt besucht am 24. September 2021). Anlässlich des Berichts vom 12. Mai 2017 (Vorakten 43) setzte sich Dr. F._____ vertieft mit dieser Diagnose auseinander und fasste zusammen, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei es zwar durchaus möglich, dass beim Versicherten genetisch tatsächlich Hinweise für das Vorliegen eines Ehlers-Danlos-Syndroms des hypermobilen Typs objektiviert werden könnten, in der versicherungsmedizinischen Einzelfallabklärung sei jedoch die Ausprägung der klinischen Symptomatik von Bedeutung, das heisse, ob aus allfälligen genetischen Mutationen tatsächlich Funktionseinschränkungen und insbesondere solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit resultieren würden. Dies sei beim Beschwerdeführer zu verneinen. Dr. F._____ kam zum Schluss, aufgrund des vermuteten hypermobilen Typs des Ehlers-Danlos-Syndroms mit klinisch jedoch nur minimaler Ausprägung und nicht erfüllten Hauptkriterien gemäss den seit 15. März 2017 geltenden Diagnosekriterien, seien Tätigkeiten in Endstellung der grossen und kleinen Körpergelenke zu vermeiden. Diese Einschätzung von Dr. F._____ und die Berücksichtigung beim Zumutbarkeitsprofil ist nachvollziehbar.

E. 5.10

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Bericht von Dr. F._____ die Anforderungen der Rechtsprechung an beweismäßige Gutachten und Berichte erfüllt (vgl. E. 3.10 hiervor). Es liegen keine medizinischen Unterlagen vor, die den Bericht von Dr. F._____ in Zweifel zu ziehen vermöchten. Die somatischen Beschwerden sind mit dieser Beurteilung und dem Beizug der Behandlungsberichte hinreichend berücksichtigt worden und die daraus gezogenen Schlüsse nachvollziehbar. Aus urologischer, HNO-ärztlicher, internistischer, kardiologischer, ophthalmologischer und dermatologischer Sicht ist keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Hingegen besteht aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit des Haltungs- und Bewegungsapparates ein negatives Leistungsprofil (vgl. E. 5.1.1.8 hiervor).

E. 6.1

In psychiatrischer und psychologischer Hinsicht lassen sich den Akten die folgenden Hinweise entnehmen.

E. 6.1.1

Am 8. Januar 2001 (Vorakten 43/155) nannte Prof. Dr. Ee._____, Psychiater, als Diagnosen Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1).

E. 6.1.2

Aufgrund der psychischen Leiden wurde der Beschwerdeführer am 12. April 2016 bei Frau Dipl.-Psych. Ff._____, Psychologin, vorstellig, welche am 22. September 2016 (Vorakten 28/9) berichtete, nach Konflikten am Arbeitsplatz habe der Beschwerdeführer vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung, eine erneute depressive Symptomatik entwickelt. Am 24. Februar 2017 (Vorakten 40/3, 58/37) ergänzte die Psychologin, der Konflikt am Arbeitsplatz sei entstanden, weil sich der Beschwerdeführer nicht ernst genommen und ungerecht behandelt gefühlt habe. Alte Beziehungsmuster seien aktiviert worden und der Patient habe gekränkt reagiert. Soziale Konflikte seien entstanden und eskaliert, sodass ihm der Arbeitsplatz gekündigt worden sei. Am 23. August 2017 (Vorakten 58/46) hielt die Psychologin fest, es bestehe ein stark erhöhtes Konfliktpotential.

E. 6.1.3

Dr. Gg._____, Psychiaterin, berichtete am 24. September 2016 (Vorakten 15/2), dass sie beim Beschwerdeführer am 26. April 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) diagnostiziert habe. Die Krankheit habe schleichend begonnen und sich durch den Stress am Arbeitsplatz bei nicht ausreichendem Copingvermögen verschlimmert. Der Beschwerdeführer habe unter Schlaf- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Antriebslosigkeit, Leistungsminderung, Verzweiflung und Ängsten, jedoch ohne psychotische Symptome, gelitten. Zum damaligen Zeitpunkt sei für mindestens drei Wochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen.

E. 6.1.4

Im Auftrag der Versicherungsgesellschaft (...) führte Dr. E._____, Psychiater, am 28. Februar 2017 eine Exploration durch und erstellte am 23. Mai 2017 (Vorakten 43/120ff.) einen Bericht. Dr. E._____ hielt fest, es würden weder Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschung, Ich-Störungen, Zwangshandlungen oder -gedanken noch auf Störungen

der Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit vorliegen, jedoch habe der Beschwerdeführer Konzentrationsprobleme genannt. Der objektivierbare Antrieb sei ungestört. Der Beschwerdeführer habe indes Müdigkeit und verminderte Belastbarkeit beschrieben. Eine Erschöpfung sei nicht erkennbar, so habe der Beschwerdeführer nach der vierstündigen Exploration nicht ersichtlich müde gewirkt. Der Beschwerdeführer habe im Strukturierten Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) 29 Punkte erreicht, was für eine negative Antwortverzerrung spreche (zum Ausschluss einer Aggravation vgl. E. 5.1.2.4 hiervor). Dr. E. _____ befand, es stünden die Auswirkungen einer Arbeitslosigkeit im Vordergrund, jedoch habe keine relevante ängstlich-depressive Symptomatik exploriert werden können. In der Gesamtschau seien die Eingangskriterien für eine depressive Episode nicht (mehr) erfüllt. Dr. E. _____ stellte die nachfolgenden Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, zwanghaften und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0) mit/bei anamnestisch Hinweisen auf ADHS (ICD-10 F90) während der Kindheit und Jugend. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Anamnestisch Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F17.20). - Aktenanamnestisch depressive Episode, gegenwärtig nahezu vollständig remittiert (ICD-10 F32.4), differentialdiagnostisch Dysthymie (ICD-10 F34.1). - Aktenanamnestisch Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F 43.21). - Aktenanamnestisch somatoformer Schwindel (ICD-10 F45.8), differentialdiagnostisch Schwindel im Rahmen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0). - V.a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), differentialdiagnostisch Schmerzen im Rahmen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0). - Anamnestisch Zähneknirschen/Bruxismus (ICD-10 F45.8). - Aktenanamnestisch Legasthenie (ICD-10 F81.0). Dr. E. _____ konstatierte, der Beschwerdeführer verfüge über eine Vielzahl an Ressourcen und mittlerweile eine weitgehend funktionale Strategie zur Stressbewältigung (Sport/Übungen). Er führe zudem eine Partnerschaft und sei, wie in den ergänzenden Akten ersichtlich, auch in sozialen Aktivitäten eingebunden («Schrauben» in einer Werkstatt, Treffen mit Kollegen/Stammtisch, Städtereisen, etc.). Ihm sei es auch gelungen, seine Ausbildung abzuschließen und sich in mehreren Berufsfeldern zu bewähren. Dr. E. _____ diskutierte die Standardindikatoren (Vorakten 43/160ff.) und kam zum Schluss, in der Gesamtschau sei eine Beeinträchtigung der sog. «Kategorien» ausgewiesen, die indessen hauptsächlich als Auswirkung einer kombinierten Persönlichkeitsstörung zu verstehen seien. Es bestünden Einschränkungen in den sogenannten komplexen Ich-Funktionen (Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Antrieb sowie Abwehrgestaltung). Es bestünden leichte Einschränkungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung, der Selbstbehauptung, sowie der Kontakt-, Gruppen- und Beziehungsfähigkeit. Dr. E. _____ stellte fest, für Tätigkeiten mit erhöhtem zwischenmenschlichem Kontakt, mit permanentem Zeit- und Termindruck, hohem Publikumsverkehr sowie Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (von 100 %) anzunehmen. Für Tätigkeiten mit wenig intensivem zwischenmenschlichem Kontakt sei hingegen von einer Arbeitsunfähigkeit von 10 % (von 100 %) auszugehen, zumal die Auswirkungen der gegenwärtig feststellbaren Psychopathologie sich bei Arbeiten in einem Umfeld mit wenig intensivem zwischenmenschlichem Kontakt überwiegend wahrscheinlich weniger deutlich auswirken

würden.

E. 6.1.5

Im Gutachten zu Händen der Deutschen Rentenversicherung vom 21. September 2017 (Vorakten 58/9) konstatierte Dr. Hh._____, Psychiaterin, insgesamt habe der zu Begutachtende die Aufgaben des gutachterlichen Gesprächs gut bewältigen können. Die Erinnerungsfähigkeit an biographische Daten sei gut möglich gewesen. Die Konzentrationsfähigkeit sei gut ausgebildet. Grössere affektive Auslenkung sei ausgeblieben. Im gutachterlichen Gespräch sei Schwingungsfähigkeit zu erreichen gewesen. Lediglich die formalen Denkstörungen die zu detaillierte und weitschweifige Darstellungen mit schwerer Begrenzbarkeit hätten zu einem erschwerten Gesprächsverlauf geführt. Lange Jahre habe der zu Begutachtende den beruflichen Anforderungen Stand halten können, habe sich im beruflichen Leben auch weitergebildet und qualifiziert. Ein negatives Leistungsbild bestehe aufgrund der psychischen Defizite in einer verminderten psychischen Belastbarkeit für Tätigkeiten, die mit Stressbelastungen und mit hohen Anforderungen an Umstellungs- und Anpassungsvermögen einhergehen würden. Gemäss dem positiven und negativen Leistungsbild sei der zu Begutachtende im zuletzt ausgeübten Beruf als Disponent vollschichtig arbeitsfähig einzustufen, ebenso ordne sie die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein. Somit würde aus psychiatrischer Sicht die Voraussetzungen für den Erhalt einer Erwerbsunfähigkeitsrente nicht vorliegen.

E. 6.1.6

Der Beschwerdeführer war vom 10. Oktober 2017 bis zum 14. November 2017 zur stationären Reha in der J._____ Klinik (BVGer act. 28/5). Dr. Ii._____, Dipl.-Psychologe, und Dr. Jj._____, Psychiater, hielten fest, diagnostisch liege eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1) vor. Differentialdiagnostisch komme neben einer möglichen Autismusdiagnose oder einer Persönlichkeitsstörung auch die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in Betracht. Letztlich hätten sich jedoch für keine der genannten Differentialdiagnosen ausreichend Hinweise ergeben. Relevante quantitative Einschränkungen bezüglich des Leistungsbildes sahen Dr. Ii._____ und Dr. Jj._____ weder für die Tätigkeit des Bezugsberufs noch für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

E. 6.1.7

Im Privatgutachten vom 26. Februar 2018 (BVGer act. 8/1) hielt Prof. Dr. G._____, Psychiater, fest, beim ADOS2-Test habe der Beschwerdeführer sowohl im Bereich Kommunikation als auch in der wechselseitigen sozialen Interaktion auffällige Werte im Sinne eines Autistischen Spektrums erzielt. Es würden sich Auffälligkeiten im Hinblick auf eingeeengte Interessen, Routinen und rigiden, wenig modulierten behavioralen Alltagstrukturen finden. Bereits vor dem Schuleintritt hätten wegen behavioralen Problemen ein Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychologe aufgesucht, der Kindergarten abgebrochen und die Einschulung um ein Jahr verschoben werden müssen. Insofern seien bereits für die erste Dekade Besonderheiten im Sinne eines Asperger-Syndroms nachweisbar. Auch die aus der zweiten Dekade geschilderten Auffälligkeiten im Sinne psychotischer Symptome, wie etwa der kurzen Episoden mit Halluzinationen, aber auch die etwas paranoid gefärbte Persönlichkeitsstruktur sowie die Auffälligkeiten in somatisierendem Sinne fügten sich gut in das Bild einer hochfunktionalen

Autismus-Spektrum-Störung ein. Weiter diagnostizierte Prof. Dr. G._____ ein mittelgradiges depressives Syndrom bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0).

E. 6.1.8

Dr. I._____, Psychiaterin, berichtete am 3. Juli 2018 (BVGer act. 14/1), 12. Juli 2018 (BVGer act. 14/2), 17. Januar 2019 (BVGer act. 18/1) und 17. Oktober 2019 (BVGer act. 25/1) der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 2. Mai 2018 bei ihr in ambulanter psychiatrischer Behandlung wegen eines Asperger-Autismus (ICD-10 F84.5), einer mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender Störung (ICD-10 F33.1) sowie einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Die entsprechende Diagnostik sei im Rahmen einer gutachterlichen Abklärung durch Prof. Dr. G._____ im Oktober 2017 erfolgt. Aufgrund des Asperger-Autismus sei von einer Leistungsminderung von mindestens 50 % GdB auszugehen.

E. 6.2

Die Vorinstanz stützte sich für die Beurteilung der psychischen Einschränkungen insbesondere auf den Bericht von Dr. E._____ vom 23. Mai 2017 (vgl. E. 6.1.4 hiervor) ab.

E. 6.2.1

Dr. E._____ erhob die Anamnese (Vorakten 43/123ff.), hielt die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers fest (Vorakten 43/132ff.), führte allseitige Untersuchungen durch und dokumentierte die objektiven Befunde (Vorakten 43/140ff). Zudem wurden die Vorakten zwar nicht einzeln aufgeführt, jedoch die Inhalte der psychiatrischen Akten zusammengefasst wiedergegeben (Vorakten 43/155ff.); insbesondere ist ersichtlich (Vorakten 43/155ff.), dass Dr. E._____ Kenntnis von den Behandlungsberichten von Prof. Dr. Ee._____ (E. 6.1.1), der Psychologin Ff._____ (E. 6.1.2) und von Dr. Gg._____ (E. 6.1.3) hatte. Er nahm eingehend zu den Behandlungsberichten Stellung und begründete nachvollziehbar seine Diagnosen. Aufgrund der erhobenen Befunde, des Tagesablaufs und der Freizeitaktivitäten des Beschwerdeführers erachtete er die Diagnose «depressive Episode», welche im medizinischen Dossier mehrmals erhoben worden war, als weitgehend remittiert. Diese Schlussfolgerung leuchtet ein, denn Dr. E._____ konstatierte, «im Affekt war er (Beschwerdeführer) durchgängig schwingungsfähig und überwiegend euthym. [...] zeigte er sich oftmals auch scherzend und lachend. [...] Ein durchgängig vorhandener depressiver Habitus war nicht erkennbar». Es zeigte sich weder ein ausgeprägter depressiver Affekt noch ein Interessen- oder Freudenverlust an Aktivitäten bzw. ein verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Dr. E._____ äusserte sich zu den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 5.1.2.4 und E. 6.1.4 hiervor). Der IV-Arzt Dr. Kk._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt hierzu am 31. August 2017 fest (Vorakten 51), die Standardindikatoren seien im «Gutachten» von Dr. E._____ detailliert diskutiert worden. Die «gutachterlich» festgestellten gesundheitlichen Störungen seien hinsichtlich ihrer Symptomatologie, des Krankheitsverlaufs und ihren Auswirkungen auf den Alltag anhand der fachärztlich erhobenen Befunden nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden. Zur Behebung des vorliegenden Gesundheitsschadens seien bereits die hierfür indizierten Therapien durchgeführt worden und der Versicherte habe hierbei ausreichend mitgewirkt. Das Bundesverwaltungsgericht folgt der Einschätzung von Dr. Kk._____ hinsichtlich der Standardindikatoren. Dr. Kk._____ wies auf die

Hinweise in Richtung Aggravation hin. Aus dem Bericht von Dr. E._____, Psychiater, geht jedoch hervor (vgl. E. 5.1.2.4), dass eine Aggravation nicht ausgewiesen ist, sondern die Verdeutlichungstendenz mit den psychischen Beeinträchtigungen in Zusammenhang steht. Eine Aggravation wurde denn auch von der Vorinstanz nicht angenommen. Aus dem Gesagten folgt, dass der Bericht von Dr. E._____ den allgemeinen rechtlichen Anforderungen (vgl. E. 3.10 hiervor) entspricht und unter Berücksichtigung eines strukturieren Beweisverfahrens (BGE 141 V 281; vgl. E. 3.12 hiervor) erstellt wurde, womit ihm volle Beweiskraft zukommt.

E. 6.2.2

Der Beschwerdeführer legte gegen den Bericht von Dr. E._____ ein Privatgutachten von Prof. Dr. G._____ vom 26. Februar 2018 ins Recht (vgl. E. 6.1.7 hiervor).

E. 6.2.2.1

Die IV-Ärztin Dr. H._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, äusserte sich am 4. Juni 2018 (BVGer act. 10/2) dahingehend, das Privatgutachten mit Datum vom 26. Februar 2018 beruhe auf allseitigen Untersuchungen (psychiatrisch, neuropsychologisch, autismspezifisch, somatisch). Die Untersuchungen seien an vier unterschiedlichen Terminen gemacht worden und hätten sich über Monate erstreckt. Der Gutachter habe die vom Versicherten geklagten Beschwerden berücksichtigt und Kenntnis der Vorakten gehabt. Die dargelegten medizinischen Zusammenhänge seien verständlich. Das Privatgutachten setze sich mit den in den Akten vorliegenden relevanten fachärztlichen Einschätzungen auseinander. Hingegen diskutiere Prof. Dr. G._____ die Standardindikatoren nicht und äussere sich auch nicht zur Frage des Ausmasses der Arbeitsunfähigkeit. Weiter vergleiche er die Aussagen des Versicherten in der eigenen Untersuchung nicht mit denjenigen des «Gutachtens F._____/E._____» und nehme keine kritische Würdigung vor. Zudem fänden sich keine Aussagen zu bisherigen Eingliederungsbemühungen. Die Aussagen zu Auswirkungen auf Beruf, Alltag und Freizeit seien meistens sehr allgemein gehalten, ohne konkrete Einschränkungen anhand von Beispielen aus dem Alltag des Beschwerdeführers zu erwähnen.

E. 6.2.2.2

Einem Privatgutachten, das psychiatrische Diagnosen enthält (vgl. E. 6.1.7), jedoch nicht anhand eines strukturierten Beweisverfahrens erstellt wurde (vgl. E. 6.2.2.1 hiervor), kommt von vornherein keine volle Beweiskraft zu (vgl. E. 3.12 hiervor). Hinzukommt, dass die funktionellen Einschränkungen auf den konkreten Exploranden bezogen zu erörtern sind. Wie die IV-Ärztin Dr. H._____ zurecht konstatierte, sind die konkreten Einschränkungen des betreffenden Versicherten anhand von Beispielen aus dessen Alltag darzulegen. Andernfalls sind die genannten funktionalen Einschränkungen - auch für das Gericht - nicht nachvollziehbar, womit es an einer schlüssigen Begründung fehlt. Folglich genügt es nicht, dass im Gutachten steht, «aus mittelgradigen Depressionen resultiert regelhaft» oder «depressive Syndrome sind regelhaft» (Gutachten S. 54 und 57; BVGer act. 8/1), vielmehr hätte mit Beispielen aus dem Alltag begründet werden müssen, warum dies auch auf den Beschwerdeführer zutreffen soll. Das Privatgutachten erfüllt die Anforderungen an beweiswertige Gutachten und Berichte im Bereich der Invalidenversicherung nicht vollständig, womit ihm nur beschränkte Beweiskraft zukommt.

E. 6.3.1

Beschwerdeweise monierte der Beschwerdeführer (BVGer act. 1), Dr. E._____ sei das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung im Sinne eines Asperger Syndroms entgangen. Damit sei das «Gutachten» von Dr. E._____ nicht vollständig und nicht mehr aktuell.

E. 6.3.1.1

Dr. E._____ konstatierte auf Seite 30 seines Berichtes (Vorakten 43/149), «[...] eine sogenannte tiefgreifende Entwicklungsstörung (ICD-10 F.84) ist unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs und dem aktuellen psychopathologischen Querschnittbefund wenig wahrscheinlich resp. konnte nicht festgestellt werden. Insbesondere konnte kein Autismus festgestellt werden». Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers ist Dr. E._____ die Möglichkeit eines Autismus nicht entgangen, vielmehr schloss er diese Diagnose bewusst aus.

E. 6.3.1.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1; 137 V 210 E. 3.4.2.3). Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.3; Urteile des BGer 9C_765/2019 E. 4.2 vom 11. Mai 2020 E. 4.2; 8C_629/2017 vom 29. Dezember 2017 E. 4.3 und 9C_77/2015 vom 27. März 2015 E. 5.4). Zudem ist eine abweichende Diagnose allein, nicht entscheidend, massgebend sind vielmehr die funktionellen Einschränkungen (Urteil des BGer 9C_112/2020 vom 4. September 2020 E.4.2.2.1), welche sich aus der Befundlage ergeben (BGE 145 361 E. 4.3).

E. 6.3.1.3

Die IV-Ärztin Dr. H._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, hielt am 4. Juni 2018 fest (BVGer act. 10/2), während Prof. Dr. G._____ eine Autismus-Spektrum-Störung im Sinne eines hochfunktionalen Asperger-Syndroms (ICD-10 F84.5) diagnostizierte, stehe für Dr. E._____ die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, zwanghaften und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0) bei Hinweisen auf ein ADHS (ICD-10 F90.0) während Kindheit und Jugend im Zentrum. Beide «Gutachter» würden darauf hinweisen, dass es bereits in Kindheit und Jugend Hinweise auf die von ihnen diagnostizierte Störung gegeben habe. Beide Störungsbilder umfassten Schwierigkeiten im Bereich der Beziehungsgestaltung, der Kommunikation und der Flexibilität, und sie seien in der Regel mit sozialen Beeinträchtigungen verbunden. Ebenso würden beide «Gutachter» darauf hinweisen, dass der Versicherte trotz des Störungsbildes während 27 Jahren bei der gleichen Firma seine Arbeit als Disponent habe leisten können. Die Herleitung der Diagnose sei in beiden «Gutachten» nachvollziehbar und plausibel. Die Angaben des Versicherten würden sich in beiden «Gutachten» dahingehend unterscheiden, dass sie auf die entsprechende Diagnosestellung hinführen würden. Beim Privatgutachten von Prof. Dr. G._____ sei nicht erkennbar, ob der Versicherte alle Angaben spontan gemacht habe, oder ob der Gutachter die entsprechenden Nachfragen gestellt habe. Ein entsprechendes Nachfragen zur Erhebung der relevanten Angaben sei zur Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung in

der Regel zwar sinnvoll, sollte aber erkennbar sein. Die Profile der Einschränkung in der angestammten Tätigkeit und der Verweistätigkeit würden sich grossmehrheitlich entsprechen. Beide «Gutachter» hätten die Auswirkungen der unterschiedlich benannten Störung auf die Arbeitsfähigkeit mehr oder weniger gleich eingeschätzt. Massgebend zur Beurteilung eines Leistungsanspruchs seien für die Invalidenversicherung die Auswirkungen des diagnostizierten Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit. Diese würden von beiden «Gutachtern» grossmehrheitlich gleich beurteilt.

E. 6.3.1.4

Beide Diagnosen wurden von den Ärzten lege artis erhoben und korrelieren mit den durch sie erhobenen Befunden (vgl. E. 6.3.1.3 hiervor). Die unterschiedlichen Diagnosen sind auf die unterschiedlichen Befunde zurückzuführen (vgl. E. 6.3.1.3 hiervor). Die Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung bei Prof. Dr. G. _____ weichen von denjenigen in den anderen aktenkundigen Berichten ab. So erzählte der Beschwerdeführer erstmals von Halluzinationen (BVGer act. 8/1 S. 48). Dies ist nicht schlüssig, denn überwiegend wahrscheinlich wären solche Halluzinationen in den früheren psychiatrischen Settings zur Sprache gekommen; stattdessen wurden psychotische Symptome verneint (Vorakten 15/3). Es bestehen erhebliche Zweifel daran, dass die Angaben des Versicherten anlässlich der Untersuchung durch Prof. Dr. G. _____ spontan entstanden sind (vgl. E. 6.3.1.3 hiervor). Aus diesen Gründen ist die abweichende Befunderhebung durch Prof. Dr. G. _____ unbeachtlich und es ist von der Befundlage, wie sie durch Dr. E. _____ erhoben wurde, auszugehen. Daran ändern die Atteste von Dr. I. _____, welche gleich lauten wie das Privatgutachten, nichts (vgl. E. 6.1.8 hiervor), da diese die Voraussetzungen an beweiswertige Berichte (vgl. E. 3.10 hiervor) nicht erfüllen (keine Anamnese, keine Diskussion der Vorakten, keine nachvollziehbare und schlüssige Begründung) und auch nicht anhand eines strukturieren Beweisverfahrens erstellt wurden (vgl. E. 3.12 hiervor). Ob die gesundheitliche Störung diagnostisch tatsächlich einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.31 zuzuordnen ist, braucht vorliegend nicht abschliessend geklärt zu werden. Entscheidend ist einzig die von Dr. E. _____ erhobene Befundlage und die sich daraus ergebenden Einschränkungen (vgl. E. 6.1.4 hiervor). Die abweichende Diagnosestellung durch Prof. Dr. G. _____ und Dr. I. _____ spricht vorliegend folglich nicht gegen die Beweiswertigkeit des Berichts von Dr. E. _____.

E. 6.3.2.1

Der Beschwerdeführer beanstandete beschwerdeweise (BVGer act. 1), Dr. E. _____ habe die psychischen und kognitiven Anforderungen der Tätigkeit als Disponent in der Transportbranche nicht im notwendigen Mass diskutiert und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darob nicht valid einschätzen können. Gerade die von Dr. E. _____ genannten kritischen Tätigkeiten kämen im Beruf des Disponenten in hohem Masse vor. Aus dem Bericht gehe nicht hervor, worin die reduzierte Arbeitsfähigkeit bestehe, ob das Pensum zu reduzieren sei oder, ob sich die Minderung der Arbeitsfähigkeit auf ein reduziertes Leistungsvermögen im Rahmen eines Vollpensums beziehe.

E. 6.3.2.2

Da Dr. E. _____ leichte Einschränkungen im Bereich des sozialen Kontextes und der Fähigkeiten erhob (vgl. E. 6.1.4 hiervor), ist es schlüssig, dass er eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit annahm. Diese bezieht sich zweifellos auf ein 100 % Pensum, denn Dr. E. _____ hielt fest, dass unter Berücksichtigung der beschriebenen Anforderungen als

Speditionskaufmann von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von «20 % (von 100%)» auszugehen sei.

E. 6.3.3.1

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor (BVGer act. 8), Prof. Dr. G._____ habe festgestellt, dass Grossraumbüros vermieden werden müssten.

E. 6.3.3.2

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers schloss Prof. Dr. G._____ die Tätigkeit in einem Grossraumbüro nicht per se aus, vielmehr hielt er einzig fest, dass Grossraumbüros mit Reizüberflutung vermieden werden sollten (BVGer act. 8/1). Zudem wurden lärmige Arbeitsplätze von Dr. F._____ bereits aufgrund des Tinnitus als nicht zumutbar erachtet. Die Einschränkungen hinsichtlich Kundenverkehr und sozialkommunikativen Leistungen wurden von Dr. E._____ berücksichtigt.

E. 6.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass dem Bericht von Dr. E._____ volle Beweiskraft zukommt und die vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen keine Zweifel am Bericht von Dr. E._____ zu wecken vermögen.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer beantragte eventualiter, es sei ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (vgl. E. 4.1 hiervor und Rechtsbegehren 2).

E. 7.2

Die Bereitstellung der medizinischen Entscheidungsgrundlage ist nach Art. 43 Abs. 1 ATSG in erster Linie Sache des Sozialversicherungsträgers. Er befindet darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abklärt. Beim Entscheid, ob aufgrund der vorhandenen Akten bereits eine rechtsgenügeliche Beurteilung vorgenommen werden kann oder eine zusätzliche Abklärung angezeigt ist, ebenso wie bei der Wahl der Art der Abklärung, steht der Verwaltung ein Ermessensspielraum zu (Urteile des BGer 9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.1; 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.2; Urteil des BVGer C-2437/2017 vom 11. April 2019 E. 2.6.2 und E. 2.6.3). In diesen Ermessensspielraum greifen die Gerichte ohne triftigen Grund nicht ein (Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 2 m.H.).

E. 7.3

Vorliegend beschlägt der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwar verschiedene medizinische Aspekte (vgl. E. 5.1 bis 5.9 sowie E. 6.1 hiervor), diese sind jedoch jeweils hinreichend abgeklärt und führen zu keinen weitergehenden Einschränkungen, als sie von Dr. F._____ und Dr. E._____ festgehalten wurden (vgl. E. 5.10 und E. 6.1.4 hiervor). Die Wechselwirkungen zwischen den somatischen und den psychischen Beschwerden wurden von Dr. E._____ diskutiert und dabei eine Aggravation ausgeschlossen und eine Somatisierungsstörung erkannt. Es sind keine weiteren interdisziplinären Bezüge notwendig, und es besteht auch kein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf (vgl. E. 4.3.2 hiervor). Die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle D._____ veranlassten daher zurecht keine polydisziplinäre Begutachtung. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb dem Eventualantrag des

Beschwerdeführers, es sei eine polydisziplinäre medizinische Abklärung durchzuführen, nicht stattzugeben ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 162 E. 1d).

E. 8.1

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist vorliegend auf den beweiswertigen bidisziplinären Bericht von Dr. E. _____ und Dr. F. _____ abzustellen (vgl. E. 5ff. hiervor). Dr. F. _____ stellte in somatischer Hinsicht ein negatives Leistungsprofil fest (vgl. E. 5.1.1.8 hiervor), welches insbesondere das Hantieren mit schweren Lasten ausschliesst. Dr. E. _____ erkannte insbesondere Einschränkungen für Tätigkeiten mit erhöhtem zwischenmenschlichen Kontakt, permanentem Zeit- und Termindruck, hohem Publikumsverkehr und hohen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit (vgl. E. 6.1.4 hiervor). In der Konsensbeurteilung führten Dr. E. _____ und Dr. F. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, zwanghaften und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0) mit anamnestisch Hinweise auf ADHS (ICD-10 F90) während Kindheit und Jugend auf. Zudem listeten sie zahlreiche somatische und psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (vgl. hierzu Bericht S. 183ff.). Zusammenfassend hielten Dr. E. _____ und Dr. F. _____ fest, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe in der Tätigkeit als Speditionskaufmann eine Einschränkung von 20 % (von 100 %). Für eine Verweistätigkeit mit wenig intensivem zwischenmenschlichen Kontakt und unter Berücksichtigung des negativen Leistungsprofils gingen Dr. E. _____ und Dr. F. _____ von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % (von 100 %) aus.

E. 8.2

Die Vorinstanz ging ohne Weiteres gestützt auf den bidisziplinären Bericht davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit zu 80% zumutbar sein soll. Vorliegend drängt sich jedoch eine andere juristische Würdigung auf, wie nachfolgend zu zeigen ist.

E. 8.2.1

Von Tatfragen, wie der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, sind Rechtsfragen zu unterscheiden (BGE 132 V 393 E. 3.2; Urteil des BGer 9C_567/2012 vom 10. Januar 2013 E. 2.2.1). Das Bundesgericht hielt im Urteil 9C_128/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2. fest, dass die Arbeitsunfähigkeit einen unbestimmten Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG) darstellt. Die medizinische Beurteilung stellt keinen abschliessenden Entscheid über die Folgen der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen dar. Vielmehr ist sie durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Weil die gesetzliche Definition der Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (SVR 2013 IV Nr. 9 S. 21, 8C_842/2011 E. 4.2.2; vgl. auch BGE 130 V 352 E. 3; Urteile des BGer 9C_128/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2 und 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1). Dies gilt auch für medizinische Berichte.

E. 8.2.2

Vorliegend stellt sich die Rechtsfrage, ob dem Beschwerdeführer aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht die Tätigkeit als Speditionskaufmann/Disponent weiterhin zumutbar ist.

E. 8.2.2.1

Gemäss Auskunft des ehemaligen Arbeitgebers (Vorakten 8/2) beinhaltet die angestammte Tätigkeit das seltene Hantieren und Tragen von schweren Lasten. «Selten» bedeutet gemäss Fragebogen täglich 1-5 % oder bis zu einer halben Stunde. Als Speditionskaufmann/Disponent musste der Beschwerdeführer folglich täglich mit schweren Lasten hantieren.

E. 8.2.2.2

Der Beschwerdeführer weist erhebliche Einschränkungen hinsichtlich des Haltungs- und Bewegungsapparates auf und kann gemäss Dr. F. _____ selten körperfern nicht mehr als leichte Lasten und körpernah gelegentlich mittelschwere Lasten hantieren. Als «gelegentlich» bezeichnete Dr. F. _____ bis zu 5 % der Arbeitszeit, was dem Ausdruck «selten» des Fragebogens entspricht. Da Dr. F. _____ beim Zumutbarkeitsprofil auch angab, welche Tätigkeiten selten oder gelegentlich ausgeübt werden können, das Hantieren mit schweren Lasten jedoch nicht erwähnt wurde, lässt sich daraus schliessen, dass der Beschwerdeführer selten einzig mittelschwere jedoch nicht auch schwere Lasten heben oder tragen kann.

E. 8.2.2.3

Aufgrund der erheblichen eingeschränkten Belastbarkeit des Haltungs- und Bewegungsapparats besteht gerichtsnotorisch die Gefahr, dass sich der Beschwerdeführer beim Heben von schweren Lasten verletzen oder sich die Beschwerden verschlimmern könnten, was weder zielführend noch zumutbar ist. Ein Versicherter hat einerseits die verbleibende Leistungsfähigkeit umzusetzen, andererseits jedoch Tätigkeiten zu meiden, die eine weitergehende Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes und damit seiner Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würde. Es entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung, dass ein Versicherter, der keine schweren Gewichte heben oder tragen kann, eine Tätigkeit die auch das seltene Hantieren von schweren Lasten beinhaltet, nicht ausüben kann. Daran ändert nichts, dass es dem Beschwerdeführer offenbar gelang, bis März 2016 diese Tätigkeit auszuüben, denn in der Invalidenversicherung ist eine objektive Sicht einzunehmen (vgl. E. 3.1 hiervoor). Folglich ist dem Beschwerdeführer aus objektiver, invalidenversicherungsrechtlicher Sicht die angestammte Tätigkeit als Disponent/Speditionskaufmann aufgrund der Einschränkungen des Haltungs- und Bewegungsapparates nicht mehr zumutbar. Die aus rechtlicher Sicht andere Schlussfolgerung in Bezug auf die Zumutbarkeit der angestammten Tätigkeit ändert per se nichts am vollen Beweiswert des bidisziplinären Berichts von Dr. F. _____ und Dr. E. _____.

E. 8.2.3

Aus dem Gesagten folgt, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar und von einer Verweistätigkeit auszugehen ist. In der versicherungsmedizinischen Konsensbeurteilung vom 23. Mai 2017 (Vorakten 43/183) schlossen Dr. F. _____ und Dr. E. _____ auf eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % für eine Verweistätigkeit ohne intensiven zwischenmenschlichen Kontakt und unter Berücksichtigung der eingeschränkten Belastbarkeit des Haltungs- und Bewegungsapparats und des damit einhergehenden negativen Leistungsprofils (vgl. E. 8.1 hiervoor). Demnach ist vorliegend von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit auszugehen.

E. 9.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nahm die Vorinstanz einen Einkommensvergleich vor. Sie ging von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus und zog sowohl für das Invaliden- als auch für das Valideneinkommen Tabellenlöhne bei, namentlich Wirtschaftszweig Landverkehr, Schifffahrt, Lagerei, 49-52, Männer, Kompetenzniveau 3. Die Vorinstanz thematisierte den Tabellenabzug nicht. Sie berechnete einen Invaliditätsgrad von 20 %. Dieser Einkommensvergleich ist nachfolgend zu korrigieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer, wie in E. 8.2.3 dargelegt, die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar, und er selbst bei einer leidensangepassten Tätigkeit erheblich eingeschränkt ist.

E. 9.2

Es folgen allgemeine Ausführungen zur Invaliditätsgradbestimmung.

E. 9.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs, hier März 2017 (vgl. E. 3.4 hiervor), massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

E. 9.2.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, vorliegend März 2017 (vgl. E. 3.4 hiervor), nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 135 V 58 E. 3.1 m.H.). Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

E. 9.2.3

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, weil die versicherte Person nach Eintritt des

Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen werden (statt vieler: BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f; 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.). Da den LSE-Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Bei der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst, es ist auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (BGE 129 V 408 E. 3.1.2 und E. 4.2).

E. 9.2.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

E. 9.3.1

Hinsichtlich des Valideneinkommens brachte der Beschwerdeführer vor, die Kündigung sei krankheitsbedingt erfolgt. Daher sei vom letzten Lohn bei der C. _____ AG auszugehen und diesen der Teuerung anzupassen.

E. 9.3.2

Die Vorinstanz hielt vernehmlassungsweise dagegen (BVGer act 6), die Kündigung sei aufgrund eines Arbeitsplatzkonfliktes erfolgt und nicht aus gesundheitlichen Gründen.

E. 9.3.3

Der Beschwerdeführer sagte gegenüber Dr. E. _____, er habe eine Abmahnung erhalten (Vorakten 43/47), womit auch der Beschwerdeführer von einem Arbeitskonflikt sprach. Bei einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Zügen, wie sie beim Beschwerdeführer vorliegt, besteht ein erhebliches Konfliktpotenzial (vgl. E. 6.1.2 hiervor), was auf die Beeinträchtigung der Ich-Funktionen zurückzuführen ist (vgl. E. 6.1.4 hiervor). Der überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingte Arbeitskonflikt war vorliegend jedoch nicht der Kündigungsgrund, sondern eine Umstrukturierung. So wurde im Kündigungsschreiben vom 18. März 2016 (Vorakten 8/15) als Grund für die Auflösung des Arbeitsverhältnisses aufgeführt «Tatsache ist, dass wir die Aufgaben anders aufgeteilt haben und das neue System beibehalten wollen». Die C. _____ AG gab zudem im Fragebogen für Arbeitgebende (Vorakten 8) als Kündigungsgrund eine Umorganisation an. Es ist nicht einsehbar, weshalb die Firma diesen Kündigungsgrund genannt haben sollte, wenn er nicht zutrif (Urteil des BGer 9C_796/2018 E. 2.3.1). Der Beschwerdeführer selber hielt fest, die Kündigung aufgrund einer Umorganisation erhalten zu haben (Vorakten 43/129); die Arbeit sei immer mehr geworden (Vorakten 43/47); der Arbeitgeber habe immer mehr gefordert (Vorakten 43/128); er habe Arbeit eines Kollegen übernommen (Vorakten 43/139).

E. 9.3.4

Aus dem Gesagten folgt, dass der Verlust der Arbeitsstelle nicht auf die Erkrankung des Beschwerdeführers zurückzuführen war, vielmehr hätte er auch, wenn er gesund geblieben wäre, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund einer Umorganisation die Arbeitsstelle bei der C._____ AG verloren. Die Vorinstanz ging daher vorliegend zu Recht sowohl für die Bestimmung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens von Tabellenlöhnen aus.

E. 9.4.1

Für die Berechnung der beiden Einkommen ist vorliegend die Tabelle LSE 2014 massgebend, zumal die aktuelleren Zahlen der LSE 2016 (hypothetischer Rentenbeginn März 2017), die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden, im Verfügungszeitpunkt vom 15. November 2017 noch nicht vorlagen (Urteil des BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). Zudem ist praxisgemäss beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Üblich ist die Tabelle TA1 (BGE 126 V 75 E. 7a). Die Vorinstanz zog folglich zurecht die Tabelle LSE 2014 TA1 bei. Hingegen ist entgegen den Erwägungen in der angefochtenen Verfügung vorliegend nicht auf das Jahr 2016, sondern auf das Jahr 2017 zu indexieren, da auf den hypothetischen Rentenbeginn abzustellen ist (Urteil des BGer 8C_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 7.3.3). Die Nominallohnentwicklung betrug im Jahr 2015 0.3 %, im Jahr 2016 0.6 % und im Jahr 2017 0.4 % (vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.16904722.html>, zuletzt besucht am 24. September 2021). Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2017 betrug 41.7 Stunden (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Abschnitt Total, Jahr 2017; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.17124394.html>, zuletzt besucht am 24. September 2021).

E. 9.4.2

Für die Bestimmung des Valideneinkommens ging die Vorinstanz zurecht vom Wirtschaftszweig Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei 49-52, Männer, Kompetenzniveau 3 aus, denn der Beschwerdeführer verfügt in diesem Wirtschaftszweig über Spezialwissen. Das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 7'993.- ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41.7 Stunden pro Woche und der Nominallohnentwicklung bis 2017 auf ein Jahreseinkommen von Fr. 101'297.74 hochzurechnen (Fr. 7'993.- x 12 : 40 x 41.7 x 1.003 x 1.006 x 1.004).

E. 9.4.3.1

Hinsichtlich des Invalideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass die Tätigkeit als Disponent nicht mehr zumutbar (vgl. E. 8.2 hiavor) und von einer Verweistätigkeit auszugehen ist. Bei einer Verweistätigkeit kann nicht vom Kompetenzniveau 3 «komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen» ausgegangen werden, vielmehr ist das Kompetenzniveau 2 «praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenerhebung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst» anzunehmen (Urteil des BGer 8C_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 7.3.3).

E. 9.4.3.2

Das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'660.- ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41.7 Stunden pro Woche und der Nominallohnentwicklung bis 2017 auf ein Jahreseinkommen von Fr. 71'730.91 hochzurechnen (Fr. 5'660.- x 12 : 40 x 41.7 x 1.003 x 1.006 x 1.004).

E. 9.4.3.3

Hinsichtlich eines Abzugs vom Tabellenlohn können die Einschränkungen, wie keine schweren Lasten tragen und keine Tätigkeiten mit intensivem zwischenmenschlichen Kontakt, nicht erneut berücksichtigt werden, da diese in der Annahme einer 90%igen Verweistätigkeit bereits enthalten sind (Urteile des BGer 9C-182/2019 vom 12. September 2019 E. 4.3; 9C_264/2016 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.2, je m.H.). Beachtlich ist jedoch, dass der Beschwerdeführer auch eine Verweistätigkeit nur teilzeitig und unter Vermeidung von Zeit-, Termin- und Leistungsdruck sowie nur bei geringen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit ausüben kann. Ausserdem besteht aufgrund der Persönlichkeitsstörung ein erhebliches Konfliktpotential, was Verständnis seitens des Arbeitgebers erfordert. Zudem ist der Beschwerdeführer hinsichtlich des somatischen Leistungsprofils auch bei einer Verweistätigkeit erheblich eingeschränkt. Schliesslich erschwert die Lernschwäche die Einarbeitung in ein anderes Arbeitsgebiet. Die genannten Gründe rechtfertigen in einer Gesamtschau einen Abzug von 5 % vom Tabellenlohn. Bei einem Abzug von 10 % würde kein höherer Invaliditätsgrad resultieren.

E. 9.4.3.4

Vom Tabellenlohn von Fr. 71'730.91 sind 5 % abzuziehen, was Fr. 68'144.3645 ergibt (71'730.91 - (71'730.91 x 0.05)). Das Invalideneinkommen (90 % Verweistätigkeit) beträgt Fr. 61'329.93 (68'144.3645 x 0.9).

E. 9.4.4

Aus dem Validen- und Invalideneinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von 39.45577 % (100 - (100 : 101'297.74 x 61'329.93)). Prozentzahlen sind gemäss Bundesgericht (BGE 130 V 121 E. 3) mathematisch auf ganze Prozentzahlen auf- oder abzurunden, vorliegend auf 40 %. Der Beschwerdeführer hat folglich ab 1. März 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 10

Zusammengefasst ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 15. November 2017 aufzuheben ist. Der Beschwerdeführer hat ab März 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Akten gehen an die Vorinstanz zur Berechnung der geschuldeten Rente und zum Erlass einer entsprechenden neuen Verfügung.

E. 11.1

Dem obsiegenden Beschwerdeführer und der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

E. 11.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173. 320.2]). Der Rechtsvertreter reichte eine

Honorarnote im Umfang von Fr. 5'412.40 (18.5 Stunden zu Fr. 280.- und Auslagen von Fr. 232.40) ein. Vor dem Hintergrund, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3) und im Sozialversicherungsrecht die Untersuchungsmaxime gilt (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1), erscheint der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 18.5 Stunden unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens und der Bedeutung der Streitsache als zu hoch, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und unter Berücksichtigung des Zusatzaufwandes aufgrund der umfangreichen, komplexen Arztberichte und der notwendigen Noveneingaben (BVGer act. 25, 18, 14) ist der geltend gemachte Aufwand um 2 Stunden und 30 Minuten auf 16 Stunden zu reduzieren (0.15 Stunden Akteneinsichtsgesuch, 8.25 Stunden Beschwerde [BVGer act. 1], 1.50 Stunden Replik [BVGer act. 8], 0.40 Stunden Triplik [BVGer act. 12], 0.40 Stunden notwendige Noveneingaben [BVGer act. 25, 18, 14], 0.45 Stunden Stellungnahme [BVGer act. 31], 0.05 Stunden Kurzbrief [BVGer act. 39], 0.20 Stunden Honorarnote [BVGer act. 43], 2 Stunden Besprechung mit Klient, 1 Stunde Urteilsanalyse und Abschlussgespräch mit Klient). Der geltend gemachte Stundenaufsatz von Fr. 280.- ist innerhalb des Rahmens von Art. 10 Abs. 2 VGKE und aufgrund der Komplexität des Falles gerechtfertigt. Zudem sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 232.40 nicht zu beanstanden. Hieraus resultiert eine Parteientschädigung von Fr. 4'712.40 ((16 x 280) + 232.40); ohne Mehrwertsteuer; Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3; Art. 9 Abs. 1 VGKE). Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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