

# **BVGer C-849/2022 vom 22. August 2024**

Bundesverwaltungsgericht, 2024-08-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-849\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-849_2022)

FR: TAF C-849/2022 du 22 août 2024

IT: TAF C-849/2022 del 22 agosto 2024

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 19. Januar 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren hinsichtlich einer Invalidenrente abgewiesen hat (IV-act. 112 S. 3 ff.). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **E. 3.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

C-849/2022 Seite 5

### **E. 3.2**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das

Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst damit nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. F. GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

### **E. 3.3**

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blosser 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 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

### **E. 3.4**

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, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine

C-849/2022 Seite 6 zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 4.1**

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 getretenen Verordnungen (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

Anwendungsbe- reich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

#### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2).

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Ände- rungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach in Kraft treten dieser Änderungen entstan- den sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zur Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversi- cherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des line- aren Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Ja- nuar 2022, Rz. 1007–1010).

#### **E. 4.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen

C-849/2022 Seite 7 Verwaltungsverfügung (hier: 19. Januar 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sach- verhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

#### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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 kommen- den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs- unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht über- windbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Be- einträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufga- benbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berück- sichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 5.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungs-massnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch- schnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind.

Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Die Anspruchsvoraus-

C-849/2022 Seite 8 setzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist hier unbestritten erfüllt (IV-act. 7 f.).

### **E. 5.3.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwal- tung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztli- chen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfüg- ung zu stel- len sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweis- wertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Be- lange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die ge- klagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammen- hänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schluss- folgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Ur- teile des BGer 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

### **E. 5.3.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsver- fahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtspre- chung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gut- achten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Be- obachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauens- stellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allge- mein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation ent-

springende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung uner-

C-849/2022 Seite 9 kann oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

### **E. 5.3.3**

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 5.3.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen,

C-849/2022 Seite 10 die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C\_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

### **E. 5.3.5**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. 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 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 5.3.6**

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht von vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Es hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich

C-849/2022 Seite 11 ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (E. 6.3).

### **E. 6**

Vorab streitig und zu prüfen ist, ob der rechtserhebliche Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren rechtsgenügend abgeklärt worden ist (vgl. Art. 43 ATSG). Aus den der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden medizinischen Akten ergibt sich Folgendes.

#### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer war vom 27. April bis 28. Juli 2011 im C. \_\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Neurologie, D-(...), in stationärer Behandlung. Bei den Diagnosen Benzodiazepin- und Cannabisabhängigkeit, Alkoholmissbrauch sowie einer generalisierten Angststörung und einer Panikstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode wurde nach langjähriger Suchtproblematik seit etwa dem 14. Lebensjahr (neben Nikotin, Cannabis, Alkohol und Benzodiazepinen verschiedenste Substanzen: Kokain, Partydrogen, Amphetamine) zunächst eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt und danach die Angststörung mit starker Anspannung einerseits medikamentös, andererseits mit verhaltensmedizinischen Therapien behandelt (vgl. Spitalberichte vom 3.6.2011, Station [...] [27.4.2011-31.5.2011; IV-act. 10 S. 7 ff.]; und [ohne Datum] Station [...] [31.5.2011-28.7.2011; IV-act. 10 S. 1 ff.]). In der Folge

arbeitete Beschwerdeführer wieder bei seinem angestammten Arbeitgeber in Deutschland. Per 2014 wechselte er in die Schweiz als IT-Administrator, ab Oktober 2016 war er zusätzlich als Marketing-Leiter beschäftigt (Fragebogen Arbeitnehmer [IV-act. 16], Arbeitszeugnis vom 25.4.2018 [IV-act. 91]).

### **E. 6.2.1**

Nach einem «Zusammenbruch» mit Krankschreibung ab Juni 2017 wurde er vom 20. Juli 2017 bis 15. September 2017 wegen zunehmender Verschlechterung der depressiven und angstbehafteten Symptomatik in Form von Panikattacken, Erschöpfung, Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie Überforderungserleben wiederum im C. \_\_\_\_\_ stationär behandelt. Hinsichtlich der Suchtproblematik geht aus dem Entlassungsbericht der Klinik vom 18. September 2017 hervor, dass der Patient seit zirka ein bis zwei Jahren im Rahmen der Verschlechterung der angstbehafteten und depressiven Symptomatik zur Entspannung wieder gelegentlich Cannabis in geringer Dosis konsumiert habe. Während der Therapie wurde die medikamentöse Einstellung mehrfach angepasst (antidepressiv und angstlösend, anspan-

C-849/2022 Seite 12 nungslösend, stabilisierend bei zunehmender Unruhe bei Beibehaltung der hypertensiven Medikation). Trotz weiterer medikamentöser Umstellungswünsche habe sich der Patient letztlich auf die therapeutischen Interventionen einlassen können. Im Verlauf der Behandlung sei eine ausreichende Stimmungsstabilisierung und Reduktion der angstbehafteten angespannten Symptomatik eingetreten. Der Therapiefokus lag in der Aktivierung auf verschiedenen Haupthandlungsebenen des Patienten, eine davon betraf die Fortführung und Festigung seiner Partnerschaft mit seiner Partnerin in Thailand sowie – nach erfolgter weiterer Stabilisierung – die Wiederaufnahme seiner beruflichen Tätigkeit, um auch dort die erarbeitete Tagesstruktur umsetzen zu können. Der Beschwerdeführer reiste nach der Entlassung aus dem stationären Spitalaufenthalt zur Erfüllung des ersten Therapiefokus zu seiner Partnerin (vgl. Entlassungsbericht Station [...] vom 18.9.2017 [IV-act. 11 S. 3 ff.]).

### **E. 6.2.2**

Ab Mitte Dezember 2017 absolvierte er – wie im Rahmen des stationären Aufenthalts geplant worden war – eine teilstationäre Behandlung im Zentrum D. \_\_\_\_\_, Klinik E. \_\_\_\_\_, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der therapeutischen Tagesstruktur (vgl. Kurzbrief vom 2.3.2018 [IV-act. 11 S. 1 f.]; und Schlussbericht vom 21.3.2018 [IV-act. 92 S. 12 ff.]) bei weiterhin im Wesentlichen bestehenden Diagnosen generalisierte Angststörung, rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome, Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, sowie benigner essentieller Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise. Bei der Aufnahme stand im Vordergrund eine depressive Symptomatik mit Antriebs- und Kraftlosigkeit, Niedergestimmtheit, Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung der Alltagsstruktur sowie einer Angstsymptomatik, die sich vor allem durch ein permanentes Druckgefühl auf dem Brustkorb geäußert habe. Trotz Erlernen von Skills und Entspannungstechniken sowie medikamentöser Einstellung in der Klinik C. \_\_\_\_\_ habe sich die Symptomatik seit der Entlassung aus dieser Klinik wieder deutlich verschlechtert. Ziel der Behandlung war nun, wieder eine Tagesstruktur zu bekommen. Der Behandlungsablauf habe sich äusserst komplex gestaltet. Es sei immer wieder der Eindruck

einer nur schwach ausgeprägten Behandlungs- und Veränderungsmotivation entstanden. Das Vergessen von Terminen und Zuspätkommen sei thematisiert worden, der Patient habe sich angegriffen gefühlt, habe im Verlauf jedoch auch seine dahinterliegende Not zum Ausdruck bringen können. Es sei ihm zu Beginn der Therapie äusserst wichtig gewesen, einen umfassenden Überblick über seine Biografie und seine Lebenssituation zu

C-849/2022 Seite 13 geben. Er habe sich einerseits sehr selbstbewusst und wie ein gut informierter Patient verhalten, es sei aber äusserst schwergefallen, einen emotionalen Zugang zu ihm zu finden. Stattdessen sei immer wieder der Eindruck entstanden, dass er taktiere, auch versucht habe, das therapeutische Team zu manipulieren. Biografisch auffällig sei der Drogenkonsum seit dem 14. Altersjahr. Es sei der Eindruck entstanden, dass er bereits damals eine Art Doppelleben geführt habe, eher angepasst im Bereich der Familie, ausserhalb der Familie jedoch mit forcierter Autonomie und Selbstständigkeit. Auch in der Schilderung der biografischen Anamnese sei wenig emotionaler Bezug bei ihm spürbar gewesen. Er habe damit direkt oder indirekt die Aufforderung an die Experten der Klinik, ihn «zu heilen» verbunden. Im Bericht sind auch Schwierigkeiten mit der Affektregulation festgehalten. Der Patient habe offensichtlich aufgrund jahrelang eingeübter Abwehr und Vermeidungsstrategien seine Not nur schwer zum Ausdruck bringen können, stattdessen sei er in agierendes bis manipulatives Verhalten gefallen, was viel Ärger und Wut ausgelöst habe, worauf er wiederum sehr feinfühlig reagiert und sich nicht verstanden gefühlt habe. Zur Medikamentierung wird ausgeführt, der Patient habe gewünscht, seine Medikation weiter zu optimieren, sich aber zu einer Veränderung der Medikation, die letztlich eine Reduktion bedeutet hätte, nicht bereit gezeigt. Er habe die Medikation ohnehin fast nie ausgeschöpft, aber den «Überschuss» als Bedarfsmedikation behalten wollen. Es sei ihm transparent erörtert worden, dass sich in diesem Verhalten der bei ihm stark vorhandene Suchtcharakter zeige. Abschliessend wird festgehalten, biografisch liege im Hintergrund eine massive emotionale Vernachlässigung und eine schwere Abhängigkeitsproblematik.

### **E. 6.2.3**

Nach Austritt aus der teilstationären Behandlung orientierte der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis G.\_\_\_\_\_, (...), am 27. März 2018 den Hausarzt des Patienten über den Stand der aktuellen psychiatrischen Behandlung (IV-act. 92 S. 10 f.). Der Patient hoffe, dass er – nach erfolgter Kündigung – doch wieder zu 50% beim gleichen Arbeitnehmer (recte wohl: Arbeitgeber) wie bisher in der IT-Abteilung arbeiten könne, ohne grosse Verantwortung. Er leide unter Schlafstörungen und sei in der Tagesklinik überfordert gewesen. Es läge eine erheblich ausgeprägte Depression und eine Angststörung mit generalisierten Ängsten, aber auch eine Panikstörung und sozial phobische Ängste mit sozialem Rückzug vor. Zeitweilig sei über Jahre ein Benzodiazepin- und Cannabisabusus betrieben worden. Der Patient sei noch nicht vollständig genesen, die Medikation sei zunächst nicht verändert worden. Die vollstän-

C-849/2022 Seite 14 dige Abstinenz hinsichtlich Cannabis und Benzodiazepinen sei unbedingt einzuhalten. Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin.

### **E. 6.2.4**

Ab Juni 2018 verschrieb der Hausarzt H.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer medizinisches Cannabis zusätzlich zur medikamentösen Therapie der Depression und der Daueranspannung und berichtete in der Folge über eine erstmals erkennbare

Befundbesserung. Er erwähnte in seinem Attest vom 14. Mai 2019 gegenüber der IV-Stelle den Versuch einer Methylphenidat-Therapie wegen des ADS (vgl. hiernach E. 6.2.7), welche wegen gravierender Nebenwirkungen abgebrochen worden sei (vgl. IV-act. 92.2]). Der Beschwerdeführer gab gegenüber der IV-Stelle im Herbst 2018 an, die Neuroleptika hätten dank der Cannabis-Verschreibung stark reduziert werden können. Es gehe ihm viel besser (vgl. Case Report der IV-Stelle; IV-act. 73 S. 9, Eintrag vom 22.11.2018).

#### **E. 6.2.5**

Der behandelnde Psychotherapeut Dipl.-Psych. I. \_\_\_\_\_ gab am 19. September 2018 zur ab 29. Juni 2018 durchgeführten Psychotherapie zu Händen IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ an, der Patient sei jeweils wöchentlich bei ihm in der Psychotherapie. Der Patient sei antriebs- und energielos, ohne Fähigkeiten zur Konzentration. Es sei keine Tagesstruktur möglich. Er erwähnt eine Atemproblematik, eine diesbezügliche Abklärung stehe aus. Der Patient sei auf absehbare Zeit nicht arbeitsfähig (IV-act. 36).

#### **E. 6.2.6**

Am 27. September 2018 bestätigten die behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis G. \_\_\_\_\_ der IV-Stelle, die Vorstellungen in der Praxis fänden regelmässig statt. Er werde medikamentös behandelt und es finde eine ambulante Behandlung statt. Die Compliance sei als gut zu betrachten (IV-act. 37).

#### **E. 6.2.7**

Im Sommer 2018 holte der Versicherte eine Zweitmeinung beim Psychiater und Neurologen Dr. J. \_\_\_\_\_ ein (vgl. Angaben des Beschwerdeführers im psychiatrischen Administrativgutachten von K. \_\_\_\_\_ vom 25.3.2020 [IV-act. 90 S. 34 oben]). Dr. J. \_\_\_\_\_ führte eine ausführliche Diagnostik durch und diagnostizierte in der Folge neu eine Störung des Formenkreises Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) im Erwachsenenalter, «allerdings in Kombination mit ein paar Verhaltensauffälligkeiten». Zu den Laborergebnissen stellte er fest, dass das Neuroleptikum Quetiapin unterhalb des unteren therapeutischen Bereichs sei, dieses werde nur zum Schlafanstoss benötigt. Beim Psychopharmakum Sertalin stellte er eine ausreichende Medikation fest. Er unternahm im November/Dezember 2018 einen Behandlungsversuch mit Methylphenidat (MPH, Handelsname

C-849/2022 Seite 15 u.a. Ritalin; vgl. Berichte Dr. J. \_\_\_\_\_ an den Hausarzt vom 17.12.2018 [IV-act. 45] und vom 26.11.2018 [IV-act. 92 S. 3 ff.]; sowie Case Report der IV-Stelle: IV-act. 73 S. 9, Eintrag vom 22.11.2018). Der Patient stoppte den Versuch gemäss seinen Angaben nach 16 Tagen, da die Wirkung zwar zunächst «überwältigend» – die Spannung sei weg gewesen, er habe auch «auf die Gefühle Zugriff gehabt» – bei Nachlassen der Wirkung es ihm aber immer schlecht gegangen sei. Der Patient reagierte nach der Absetzung aggressiv und psychotisch (IV-act. 45 S. 8 ff.; 90 S. 27 und 34 [psychiatrisches Administrativgutachten, siehe hiernach E. 6.3]; vgl. auch Case Report der IV-Stelle IV-act. 73 S. 10, Eintrag vom 17.12.2018) und verweigerte die Gabe eines Depot-Neuroleptikums (Imap [Intramuskuläres Anti-Psychotikum, Fluspirilen]; vgl. Pschyrembel Online | Fluspirilen; abgerufen am 24.6.2024). Am 20. Dezember 2018 übermittelte der Beschwerdeführer der IV-Stelle ein Attest von Dr. J. \_\_\_\_\_, wonach dieser eine Reise zu seiner Partnerin nach Thailand zur Heiratsvorbereitung befürworte (IV-act. 47).

### **E. 6.2.8**

Im Entlassungsbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, D-(...), vom 21. Februar 2019 (Kurzbrief [IV-act. 62]), an die behandelnde Dr. L. \_\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis G. \_\_\_\_\_, wird über den Behandlungsverlauf beim stationären Aufenthalt des Patienten vom 16. Januar bis 22. Februar 2019 berichtet, bei Eintrittsdiagnose einer akuten, polymorphen psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Patient vor seiner Reise nach Thailand seine Medikation abgesetzt habe und anschliessend dekompenziert sei. In der Folge wurde er in Thailand in die Psychiatrie eingewiesen. Bei Eintritt in die Klinik D. \_\_\_\_\_ sei er wesensverändert gewesen und habe starke Stimmungsschwankungen und diverse Wahnvorstellungen gezeigt, sei teilweise bedrohlich gewesen und habe nicht in der Klinik bleiben wollen. Anfänglich zwangsweise in der Klinik untergebracht, habe er sich stabilisiert und sei weitere drei Wochen freiwillig geblieben. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Patient nicht einverstanden war mit der aktuellen, in der Klinik neu eingestellten Medikation. Es wurde ihm vermittelt, dass ihm im Rahmen dieser Behandlung kein medizinisches Cannabis verschrieben werde. Nach Entlassung am 22. Februar 2019 heiratete er seine mittlerweile nach Deutschland gereiste Partnerin. Cannabis wurde ihm von den behandelnden Ärzten wieder verschrieben (vgl. Rezept vom 18.6.2019; [IV-act. 64]).

### **E. 6.2.9**

In seiner Beurteilung vom 6. Februar 2020 berichtete der behandelnde Psychologe I. \_\_\_\_\_ über den Verlauf der ambulanten psychothe-

C-849/2022 Seite 16 rapeutischen Behandlung, und dass der Patient seit Jahren innerlich enorm unter Spannung stehe. Dies raube ihm sichtlich die Lebensenergie, er habe keinen strukturierten Tagesrhythmus, Alltäglichkeiten könne er nur mit Unterstützung bewältigen, er gehe so gut wie nicht ausser Haus und lebe in einer Wohnung, die er nicht in Ordnung halten könne. Bisherige Behandlungsstrategien hätten sich nicht als umfassend wirksam erwiesen. Er lasse sich einzig zur Aufnahme eines Hobbys (der Elektronik) motivieren. Aktuell sei er komplett blockiert durch seine Zukunftsängste, die einen therapeutischen Fortschritt zusätzlich erschweren, aktuell gar verhindern. Die Therapiekontakte dienten aktuell eher der Krisenintervention, um die Ängste nicht ganz eskalieren zu lassen (IV-act. 92 S. 1).

Die Akten enthalten einen weiteren Befundbericht von I. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2022 (d.h. 1 Monat nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung), wonach er neben erwähnten verschiedenen somatischen Diagnosen (Schlafapnoe, Adipositas und beginnender Diabetes, weiteren HNO-Beschwerden und Massnahmen) als Behandlungsdiagnosen in psychischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, wechselnd zwischen mittelgradiger und schwerer Ausprägung bei mittlerweile auch offensichtlichen hypomanen Zuständen, die den Verdacht auf eine Bipolare Störung zuliessen, eine Panikstörung, eine Angststörung und Nikotinabhängigkeit aufführte. Der Patient könne ohne sein familiäres Umfeld seinen Alltag nicht bewältigen. Grundsätzliche Tätigkeiten wie Alltagsstruktur oder -routinen, Körperhygiene, Ordnung et cetera seien ihm offensichtlich nicht mehr möglich. In den letzten Jahren habe keiner seiner Behandler ihn als arbeitsfähig erachtet. Der Gesundheitszustand habe sich zunehmend verschlechtert (Beilage zu BVGer-act. 1).

### **E. 6.3**

Die vorinstanzliche Abweisung des Rentenanspruchs stützt sich auf das von der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ eingeholte psychiatrische Administrativ- gutachten von med. pract. K. \_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 25. März 2020 (Exploration vom 10. Februar 2020; IV-act. 90).

#### **E. 6.3.1**

Diese stellte folgende Diagnosen: • Generalisierte Angststörung (ICD-10: F 41.1); • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F 33.4); • Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitsyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F 12.25); • Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitsyndrom, ständiger Substanzgebrauch ICD-10: F 17.25);

C-849/2022 Seite 17 • Anamnestisch: Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika, Abhängigkeitsyndrom, ggw. gemäss den Angaben des Exploranden abstinent (ICD-10: F 13.20); • Anamnestisch: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F 10.1); • Anamnestisch: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (andere Stimulantien: Amphetamine, Halluzinogene), schädlicher Gebrauch, aktuell – gemäss seinen Angaben – abstinent (ICD-10: F 19.1); • Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen, histrionischen und ängstlichen (vermeidenden) Anteilen (ICD-10: Z 73.1), DD: Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, histrionischen und gewissen ängstlichen (vermeidenden) Zügen (ICD-10: F 61.0); • Status nach einer einmaligen akuten polymorphen psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10: F 23.1) Ende 2018/Anfang 2019, DD: Entzugssyndrom von Cannabinoiden und Amphetaminen mit Delir (ICD-10: F 19.4) Ende 2018/Januar 2019.

#### **E. 6.3.2**

Die Gutachterin bestätigte die vordiagnostizierte generalisierte Angststörung, stellte aber keine Panikstörung fest; konkrete Panikattacken gemäss ICD-10 hätten sich nicht eruieren lassen. Sie stellte weiter keine depressiven Symptome fest, welche die Kriterien einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode erfüllen würden. Die geklagten Beschwerden/Symptome (Depressionen, Ängste, Konzentrationsprobleme, innere Unruhe, Erschöpfung, Kraftlosigkeit, andauernde Müdigkeit, weitgehende Inaktivität im Tagesverlauf) hätten in der aktuellen Untersuchung nicht verifiziert werden können. Der Explorand sei sehr aufmerksam, konzentriert und mitteilend gewesen und sei immer wieder zielgerichtet auf seine Darstellung der Krankheitsgeschichte zurückgekommen. Er habe vielfach psychiatrische Begriffe verwendet, die er sehr eigenwillig interpretiere. Es habe sich der Eindruck ergeben, dass er mit viel Nachdruck die Gutachterin von seinem subjektiven Krankheitskonzept einer schwersten psychischen Störung habe zu überzeugen versucht. Es hätten sich jedoch einzig gewisse, zeitweilige Stimmungsschwankungen eruieren lassen (vgl. insb. S. 31, wonach die Gutachterin festhält, der Explorand habe nach Ablauf von etwa drei Stunden der Exploration laut zu schluchzen begonnen). Ein Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten habe aber aktuell nicht mit Sicherheit eruiert werden können. Es hätten sich auch nicht depressiv kognitive oder mnestiche Einschränkungen feststellen lassen; auch kein Verlust des Selbstwertgefühls und/oder Selbstzweifel und/oder Schuldgefühlen identifiziert. Die angegebenen Zukunftsängste beziehungsweise finanziellen Sorgen hätten

einen konkreten psychosozialen Hintergrund. Das Aus-

C-849/2022 Seite 18 schlusskriterium einer depressiven Episode gemäss ICD-10 sei bisher und weiterhin aufgrund der langjährigen und aktuell weiter bestehenden Sucht- problematik erfüllt. Aus dem täglichen Gebrauch von Cannabinoiden resul- tierten psychische Verhaltensstörungen. Die aktuelle ärztliche Verordnung von Cannabinoiden lasse sich aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehen, zumal sie bei der psychischen Gesamtproblematik des Ex- ploranden eindeutig kontraindiziert sei.

Das Ausmass der geltend gemachten Angstproblematik konnte sie ange- sichts der Angaben des Exploranden zu seinem Aktivitätsniveau nicht (ganz) nachvollziehen. Sie erschienen zumindest inkonsistent vor dem Hintergrund der angegebenen uneingeschränkten Fähigkeit, in Supermär- ten einzukaufen, sich im Vollsommer in Strandbädern aufzuhalten sowie Auto- und Fahrrad zu fahren. Auch seien die vielen Flugreisen nach Thai- land nicht damit vereinbar. Eine Ängstlichkeit habe im Rahmen der aktuel- len Untersuchung nicht beobachtet werden können, jedoch eine zeitweilige psychomotorische Anspannung und eine zeitweilige geringgradige motori- sche Unruhe. Aus ihrer Sicht ergab sich der Eindruck von massiven Ver- deutlichungstendenzen der Beschwerden bei einem eigenwilligen subjek- tiven Krankheitskonzept.

Eine Persönlichkeitsstörung konnte sie nicht mit Sicherheit feststellen, da nicht klar unterschieden werden könne, welche der psychischen Verhal- tensstörungen auf die Suchtproblematik zurückzuführen und welche einer Persönlichkeitsproblematik zuzuordnen seien.

Die Gutachterin diskutierte die weitere medikamentöse Behandlung (Psy- chopharmaka, Blutdrucksenker) des Exploranden sowie psychische Stö- rungen und Verhaltensstörungen durch multiple Substanzen in der Vergan- genheit, sowie den Behandlungsversuch des behandelnden Psychiaters mit Methylphenidat (Phenylethylamin). Sie stützte sich dabei auf die Anga- ben des Beschwerdeführers ab (vgl. S. 27). Die im Winter 2018/2019 erlit- tene Krise stellte sie in Zusammenhang mit der Absetzung von Methyl- phenidat, dem zudem abgesetzten Cannabis für die Reise nach Thailand bei gleichzeitig weiterem Konsum der anderen Medikamente, allenfalls in Kombination mit Alkohol (nach diesbezüglicher Abstinenz). Gesamthaft habe sich retrospektiv ein nicht mehr überschaubarer Medikamentencock- tail aus verschiedenen Psychopharmaka, Blutdrucksenkern und mindes- tens zwei psychotropen Substanzen ergeben, bei dem Wirkung, Nebenwir- kungen und Wechselwirkungen absolut unübersichtlich geworden seien. Die damals von Dr. J. \_\_\_\_\_ geäusserte Verdachtsdiagnose einer

C-849/2022 Seite 19 schizo-affektiven Störung erscheine vor dem Hintergrund der genannten Medikation nicht nachvollziehbar, zumal sowohl die euphorisierende Wir- kung von Amphetaminen als auch die Suchtproblematik sowie die mögli- chen Neben- und Wechselwirkungen der vielen verschiedenen Substan- zen nicht berücksichtigt worden seien. Die nach der Rückreise nach Deutschland in der Psychiatrie in D. \_\_\_\_\_ diagnostisch aufgefasste «akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizo- phrenie» habe dann auch unter einer neuroleptischen Behandlung rasch remittiert.

Zum Verlauf der Behandlungen führte sie aus, dieser zeuge von einer mas- siven Suchtproblematik, welche vom Exploranden rationalisiert, verharm- lost und (teilweise) auch gegenüber Ärzten verheimlicht worden sei. Die Behandlungsmassnahmen seien nicht ausgeschöpft. Sie empfahl eine be- wusste Abstinenz. Erst dann könne eine

psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung der generalisierten Angststörung einen Sinn ergeben. Diese Behandlungsmassnahmen würden nicht nur zur Besserung der psychischen Verfassung des Exploranden beitragen, sondern es sei auch eine Verringerung der aktuellen psychischen Einschränkungen anzunehmen und zu erwarten. Entsprechend führte die Gutachterin aus, dass sich keine medizinischen Befunde feststellen liessen, welche eine dauerhafte und höhergradige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Der aktuelle Zustand (März 2020) sei durchaus vergleichbar mit dem Zustand im Zeitpunkt des Austritts aus der psychiatrischen Klinik im September 2017, in welchem der Explorand sich eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit zugetraut habe.

### **E. 6.3.3**

Im nachfolgenden Fragekatalog der IV-Stelle stützte die Gutachterin auf das Prüfsystem des Mini-ICF-APP ab (S. 52 f.). Hinsichtlich dargelegter Ressourcen bei der bisherigen Tätigkeit bezog sie sich hauptsächlich auf die Beurteilung des Arbeitgebers (Zeugnis vom 25. April 2018 [IV-act. 91]). Gemäss seiner beruflichen Vita habe er sich bei einer guten Motivation stets an die Anforderungen, Regeln und Routinen an seinen Arbeitsstellen anpassen können. Bei vorhandener Motivation habe er auch regelmässig und zuverlässig die Termine im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie wahrnehmen und auch gut während der aktuellen Untersuchung die allgemeinen Regeln und die Vorgaben der Gutachterin einhalten können. Einschränkung sei jedoch der Konsum von psychotropen Substanzen; insbesondere der Konsum von Cannabis wirke sich auf die Motivation aus und führe zum zeitweiligen Nichteinhalten der Regeln und Routinen. Bei entsprechender Motivation habe der Explorand verschiedene Spontanaktivi-

C-849/2022 Seite 20 täten – entsprechend seinen Interessen wahrnehmen und durchführen können. Das Durchhaltevermögen sei leicht bis allenfalls zeitweilig mässig eingeschränkt. Bei entsprechender Motivation könne es auch uneingeschränkt sein, wie bei der aktuellen Untersuchung festgestellt werden können. Was Konversations- und Kontaktfähigkeit betreffe, hätten keine Einschränkungen festgestellt werden können.

### **E. 6.3.4**

Die Gutachterin kam hinsichtlich der zumutbaren und verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Exploranden und dem zeitlichen Verlauf zu folgenden Schlussfolgerungen (S. 53 f.): Bei der bisherigen Tätigkeit als Leiter Marketing könne er 8 – 8.5 Stunden pro Tag anwesend sein. Es bestehe jedoch eine zirka 30%-ige Einschränkung der Leistung wegen der Notwendigkeit zu vermehrten Erholungspausen im Rahmen einer Ganztagestätigkeit, was eine Arbeitsfähigkeit insgesamt 70% auf ein 100%-Pensum ergebe. Während den stationären respektive teilstationären Klinikaufenthalten habe definitionsgemäss eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden. Aufgrund der Aktenlage lasse sich aber darüber hinaus eine länger dauernde oder eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als zirka 30% nicht eruieren. Die Gutachterin empfahl jedoch Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Frustrationstoleranz und hohen Anforderungen an soziale Kompetenzen (Abgrenzungsfähigkeit, Führungskompetenzen) – wie die letzte Tätigkeit als Leiter Marketing – eher nicht. Die Tätigkeit als IT-Administrator erscheine dagegen besser angepasst. Dafür bestehe eine Arbeitsfähigkeit in einem Pensum von 80 – 90% (von 100%) wegen der Notwendigkeit von zusätzlichen Erholungspausen.

### **E. 6.3.5**

Hinsichtlich medizinischer Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit stelle die Behandlung der Suchtproblematik aktuell das wichtigste therapeutische Ziel dar. Der Explorand erscheine jedoch hierzu nicht motiviert, weshalb im Rahmen einer Therapie vor allem eine Motivationsvermittlung erfolgen sollte. Erst unter Abstinenz von Suchtmitteln sei eine reguläre und zielführende psychotherapeutische Behandlung der Angstproblematik möglich. Unter Beachtung dieser Empfehlungen erscheine mittel- bis längerfristig eine Verminderung der noch bestehenden Arbeitsunfähigkeit möglich.

## **E. 7**

Die Abklärung des Sachverhalts durch die IV-Stelle sowie das eingeholte Administrativgutachten erweisen sich – wie nachfolgend dargelegt wird – nicht als beweistauglich (vgl. oben E. 5.3.1 ff.).

C-849/2022 Seite 21

### **E. 7.1.1**

Die Gutachterin stellt im Wesentlichen eine Suchtproblematik fest und schliesst deshalb – gemäss der alten Überwindungspraxis (oben E. 5.3.6) – das aktuelle Vorliegen einer Depression aus (IV-act. 90 S. 40 oben). Auch die Auswirkungen der festgestellten Angststörung erachtet sie in diesem Kontext nicht als für die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkend. Sie stellt bei der Exploration keine depressiven Symptome fest, auch wenn der Beschwerdeführer ihr entsprechende Symptome schilderte (vgl. IV-act. 90 S. 31 f.). Ihre Beurteilung stützt sie einerseits auf das Auftreten und Verhalten des Exploranden im Rahmen der Exploration, andererseits auf seine Angaben zu Tagesablauf und Aktivitäten (oben E. 6.3.2 S. 18).

### **E. 7.1.2**

Den Akten, insbesondere dem Schlussbericht aus der Klinik E.\_\_\_\_\_, ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer gegenüber Behandlern, Ärzten und Fachpersonen zunächst selbstbewusst, konzentriert und aufmerksam als gut informierter Patient auftritt und seinen Standpunkt vertreten kann, gleichzeitig jedoch emotional niemanden an sich heranlasse. Hinsichtlich seiner Krankheiten tritt er als «Experte» auf und kennt deren Symptome und Begrifflichkeiten. Mit diesem Verhalten versuche er, die behandelnden Ärzte und Therapeuten von seinem Krankheitskonzept zu überzeugen. Hinsichtlich der medikamentösen, aber auch psychotherapeutischen Behandlung (zu Terminen etc.) verhandle er und versuche, das therapeutische Team zu manipulieren. In der Klinik E.\_\_\_\_\_ wurde ihm kommuniziert, dass sich bei diesem Verhalten der bei ihm stark vorhandene Suchtcharakter zeige. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, der Eindruck sei entstanden, dass der Patient schon bei seinem Drogenkonsum ab dem 14. Altersjahr eine Art Doppelleben geführt habe. Diese Abwehr- und Vermeidungsstrategien seien langjährig eingeübt und verdeckt seien Not dahinter (oben E. 6.2.2).

### **E. 7.1.3**

Bei der Befragung des Exploranden durch die Gutachterin (und der Gespräche am Telefon) fällt ein ähnliches Verhalten auf. Er war gut vorbereitet, freundlich, aufmerksam, konzentriert, sehr kommunikativ, schilderte seine Beschwerden ausführlich und kam immer wieder gezielt auf die Probleme zurück, die er durch seine Krankheit habe. Das seit Jahren eingeübte «Doppelspiel» konnte er lange aufrechterhalten. Nach knapp drei Stunden Exploration änderte seine Stimmung jedoch plötzlich (oben E. 6.3.2 S. 17 f.). Somit ergibt

sich dasselbe Bild seines Verhaltens wie in der Klinik E.\_\_\_\_\_, wobei es auch in den stationären Aufenthalten in der Klinik C.\_\_\_\_\_ im Sommer 2017 (E. 6.2.1) und in der Psychiatrie D.\_\_\_\_\_ im Februar 2019, als die psychotische Phase überwunden war (E. 6.2.8),

C-849/2022 Seite 22 beschrieben wird und damit wie ein roter Faden durch das Dossier führt. Obwohl die behandelnden Kliniken neben weiteren Diagnosen stets von einer mittelschweren bis schweren Depression und einer massgebenden Angstproblematik (und Panikstörungen) ausser der Suchtproblematik ausgingen, schliesst die Gutachterin diese Diagnosen gänzlich aus, ohne sich damit auseinanderzusetzen, dass der Beschwerdeführer in der Begutachtungssituation dasselbe Verhalten zeigte und der Gutachterin auch direkt sagte, er glaube nicht, dass sie ihn «geknackt» habe (IV-act. 90 S. 31). Ebenso fehlt eine Auseinandersetzung damit, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, diese verschiedenen Gesichter zu zeigen, und dass er sich dazu allenfalls auch mit Hilfsmitteln (wie Medikamenten oder sonstigen Substanzen) bedient. Die pauschale Beurteilung im Gutachten, es lägen kaum mehr massgebende psychische Einschränkungen hinsichtlich der (remittierten) Depression und der Angstsymptomatik vor, vermögen bereits aus diesen Gründen nicht zu überzeugen. Die Beurteilung, es lägen keine depressiven Symptome mehr vor, vermag auch insofern nicht zu überzeugen, als das Begleiten der Ehefrau in den Supermarkt einmal pro Woche, das früher gar nicht möglich gewesen sei, das Fahrradfahren an einzelnen guten Tagen, wenn er sich einmal überwinden könne, oder das Autofahren für kurze bekannte Strecken, auf dem Hintergrund des Ausgeführten gerade nicht als «unbeschränktes» Einkufen in Supermärkten oder «unbeschränktes» Fahrrad- und Autofahren, das eine Depression per se ausschliesse, plausibel erscheint. Dass der Beschwerdeführer offenbar nicht in der Lage ist, während der Abwesenheit der Ehefrau die 1-Zimmerwohnung in Stand zu halten und allenfalls Mittagessen für die Dreipersonenfamilie zuzubereiten, wird im Gutachten weder thematisiert noch wird in Betracht gezogen, dass ihm selbst für das Hobby (Elektronik) die Energie fehle, um zu einem Ergebnis zu kommen (vgl. IV-act. 90 S. 30 f.). Was die beiden Reisen nach Thailand im Herbst/Winter 2017 und 2018 zu seiner damals dort lebenden Verlobten betrifft, wurden diese gemäss Aktenlage unter Absprache mit den behandelnden Ärzten unternommen bei aus deren Sicht weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit. Im Herbst 2017 gehörte die Reise explizit zum mehrstufigen medizinischen Behandlungskonzept, mit dem ersten Ziel einer belastbaren persönlichen Stabilisierung (oben E. 6.2.1). Bei der Reise im Dezember 2018 ergibt sich aus den Akten ohne Weiteres, dass beim Beschwerdeführer schon davor ein schlechter Gesundheitszustand vorlag (aggressives und psychotisches Verhalten; oben E. 6.2.7). Die retrospektive Beurteilung der Gutachterin, der Beschwerdeführer habe in diesen Zeiträumen «Ferien» gemacht, in dem Sinne, dass er stattdessen gemäss ihrer eigenen Ein-

C-849/2022 Seite 23 schätzung hätte arbeiten können, ist weder im Längsschnitt noch im Gesamtkontext nachvollziehbar. Auffallend fehlen im Gutachten denn auch klare konkrete Angaben und Überlegungen dazu, unter welchen Umständen er die Reisen jeweils unternehmen konnte, beziehungsweise welche Hilfsmittel (bspw. in Form von Medikamenten u/o Alkohol) er wann benutzte, um die Flugreisen zu überstehen (vgl. IV-act. 90 S. 26 und 35; siehe dazu auch hiernach E. 7.3). Auch etwa betreffend die dargelegten Motivationsschwierigkeiten, welche die Gutachterin im Wesentlichen mit dem Konsum von Cannabis begründet, fällt auf, dass die beschriebenen Probleme mit

Termineinhaltung und dem Rückschritt hinsichtlich der Erhaltung der Tagesstruktur in der Klinik E. \_\_\_\_\_ (Dezember 2017 bis März 2018) einen Zeitraum betraf, in dem er (gemäss den Akten) nicht unter dem Einfluss von Cannabis stand. Die diesbezüglich verkürzte gutachterliche Einschätzung erweist sich somit ebenfalls als schwer nachvollziehbar.

## E. 7.2

Das Gericht geht mit der Gutachterin insofern einig, dass die langjährige Suchtproblematik mit verschiedensten Substanzen, auch Medikamenten, einen wesentlichen Anteil am gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers haben dürfte. So hielt die Gutachterin selbst fest: «Aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht zeugt der gesamte Verlauf der bisherigen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen von einer massiven Suchtproblematik des Exploranden, welche von ihm rationalisiert, verharmlost und teilweise sogar (gegenüber einigen Ärzten) verheimlicht wurde» (IV-act. 90 S. 49; zur Verheimlichung von Suchtkrankheiten, insbesondere der Alkoholsucht und ihrem Nachweis vgl. z.B. Urteil C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 6). Eine Auseinandersetzung mit der zentralen Frage, ob invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Suchtsituation vorliegen respektive, welche Auswirkungen die krankheitswert diagnostizierte psychische Gesundheitsstörung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers konkret hat und in welchem Schweregrad das multiple Substanzabhängigkeitssyndrom ausgeprägt ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 6 = Urteil 9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019; Urteil C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 4.9 und 6), fehlen im Gutachten vom 25. März 2020 hingegen gänzlich. Es fehlt überhaupt bereits an einer Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und auch an einer gesamtheitlichen Beurteilung im Lichte der Indikatoren. Insbesondere fehlen eine verwertbare Auseinandersetzung und Schlussfolgerungen zum Zusammenhang des Suchtverhaltens mit einer allfälligen Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert. Wie die Gutachterin ausführt, konnte sie nicht klar unterscheiden, welche der psychischen Verhaltensstörungen auf die Suchtproblematik zurückzu-

C-849/2022 Seite 24 führen seien und welche der Persönlichkeitsproblematik zugeordnet werden könne. Die Unvollständigkeit des Gutachtens in diesem Punkt fällt wesentlich ins Gewicht, denn es ist für die streitigen Belange offensichtlich nicht umfassend. Im Jahre 2011 wurde beim Beschwerdeführer erstmals eine stationäre mehrmonatige Entgiftungsbehandlung durchgeführt. Wie sich aus den Akten ergibt, war diese wie auch die nachfolgende Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zunächst erfolgreich. Bei nun festgestellter fehlender Motivation zur Abstinenz von Suchtmitteln und zur beruflichen Integration bleibt bei diagnostiziertem massivem Substanzabhängigkeitssyndrom insbesondere unklar, ob und inwieweit die seit Jahren bestehende multiple Substanzabhängigkeit und die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers im vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum therapeutisch angebar sind, in welchem Zeitraum und mit welcher Prognose (vgl. auch BGE 141 V 281 E. 4.3.2 mit Hinweis auf RENATO MARELLI, Nicht können oder nicht wollen?, SZS 2007 S. 332 ff.). Dies mitunter auch deshalb, weil gemäss gutachterlicher Einschätzung eine zielführende psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung des Beschwerdeführers (insbesondere der Angststörung) erst unter bewusster Abstinenz von suchterzeugenden psychotropen Substanzen möglich sei (IV-act. 90 S. 49 und 54), der vom Beschwerdeführer

seit 2018 konsultierte Hausarzt hingegen und entgegen der Empfehlung des bis dahin behandelnden Psychochiaters Cannabis verschreibe, welches sich negativ auf die Motivationslage auswirke (IV-act. 90 S. 50). Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer im März 2018 den ihn seit Jahren behandelnden Psychochiatern, welcher eine unbedingte Abstinenz in Bezug auf Benzodiazepine und Cannabis empfahl, wechselte. Unklar bleiben bei akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzistischen, histrionischen und ängstlichen (vermeidenden) Anteilen bei beschriebenem agierendem bis manipulativen Verhalten gegenüber Behandlern neben der Frage der therapeutischen Annehmbarkeit, wie ausgeführt, gerade auch das Ausmass der krankheitswertfunktionellen Auswirkungen des (multiplen) Abhängigkeitssyndroms auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit.

### **E. 7.3**

Im Gutachten fehlen bereits Laborbefunde. Im Hinblick auf die fachärztlich-gutachterliche Ausgangslage, worin Psychopharmaka und weitere psychotrope Stoffe mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einem zentralen Zusammenhang stehen beziehungsweise diesen beeinflussen, hätte sich eine entsprechende Erhebung aufgedrängt. Die Gutachterin stützt sich einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers. Der Einfluss allfälliger Medikamente respektive weiterer Substanzen während der Begutachtung bleibt damit offen, weshalb auch hinsichtlich seines Auf-

C-849/2022 Seite 25 tretens und seiner Stimmungslage während der Begutachtung nichts abgeleitet werden konnte. Wegen fehlender Laborabklärungen konnten auch keine verwertbaren Schlüsse zur medikamentösen Behandlung gezogen werden (vgl. Bericht Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 26. November 2018, Labor vom 31. August 2018 [IV-act. 92.4], oben E. 6.2.7). Das Gutachten äussert sich nur insofern, dass die Behandlung mit Cannabis (und Methylphenidat im Herbst 2018) kontraindiziert sei. Somit bleibt der Einfluss von Medikamenten und weiteren Substanzen auf den Beschwerdeführer im Gutachten insgesamt unklar, weshalb das Gutachten sich auch dahingehend als ungenügend erweist.

### **E. 7.4**

Hinsichtlich der Sachverhaltsabklärung und Diagnostik bleibt festzuhalten, dass sich aus den Akten verschiedene Hinweise auf Einschränkungen, medizinische Abklärungen und gestellte Diagnosen nicht-psychiatrischen Ursprungs (vgl. Hypertonie [IV-act. 11, 90 S. 28, 92 S. 12], Abklärungen Dr. J. \_\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht [IV-act. 92 S. 4 f., 105 S. 5 ff.], Kopfschmerzen, Schlafapnoe, Stimmlippenleukoplakie, Übergewicht, Gedächtnislücken, Tinnitus [teilweise erwähnt im psychiatrischen Gutachten: IV-act. 90 S. 28], sowie IV-act. 96 S. 1; Beil. zu B-act. 1) ergeben, zu welchen die IV-Stelle keine Abklärungen tätigte. Selbst die Einholung des Formulars «IV-Stellen-Arztbericht» beim Hausarzt wurde versäumt, weshalb die Abklärung des Sachverhalts auch unter diesem Aspekt unvollständig ist.

### **E. 7.5**

Das monodisziplinäre Administrativgutachten erweist sich demnach schon hinsichtlich der Ausgangslage einer nicht de lege artis gestellten Diagnostik als unpräzise, unvollständig und fehlerhaft. Eine Indikatorenprüfung im Nachgang zu BGE 141 V 281 (oben E. 5.3.5) fand ausserdem nur punktuell im Rahmen der Prüfung des Mini-ICF statt, ohne dass die gestellten Fragen der IV-Stelle zur Indikatorenprüfung vollständig beantwortet wurden und ohne dass verwertbare Aussagen vorliegen. Somit braucht auf die weiteren

Ausführungen im Gutachten zur Quantifizierung der Fähigkeitseinschränkungen hier nicht weiter eingegangen zu werden. Soweit die Gutachterin sich indes – entgegen der Beurteilung aller behandelnden Fachärzte – auf den Standpunkt stellt, der Beschwerdeführer sei jeweils ausserhalb der stationären und teilstationären Klinikaufenthalte im Rahmen der geschätzten Arbeitsfähigkeit arbeitsfähig gewesen, vermag diese Schlussfolgerung wegen der fehlenden Beurteilungsgrundlage nicht zu überzeugen. Zudem gilt jedenfalls für den Zeitraum Ende 2018 (oben E. 6.2.7 in fine), dass der Beschwerdeführer offensichtlich nicht arbeitsfähig war. Soweit das Gutachten ausserdem zu vorhandenen Ressourcen

C-849/2022 Seite 26 auf das Arbeitszeugnis vom 25. April 2018 abstellt, hätte beachtet werden müssen, dass diese Beurteilung Fähigkeiten und Ressourcen vor Erkrankung des Beschwerdeführers im Sommer 2017 beschreibt, und darauf demnach im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung im März 2020 nicht direkt abgestellt werden kann.

### **E. 7.6**

Insgesamt fehlt es vorliegend an einem lege artis erstelltes Gutachten entsprechend den Qualitätsanforderungen an ein schweizerisches fachärztlich-psychiatrisches Administrativgutachten. Entsprechend liegt kein feststehender medizinischer Sachverhalt in psychischer Hinsicht vor. Daraus folgend fehlen auch nachvollziehbare fachärztliche Einschätzungen zu Umfang und Verlauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, wobei es diesbezüglich bereits an einer für die streitigen Belange umfassenden Indikatorenprüfung fehlt. Hinzu kommt, dass in den Akten weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen beschrieben werden, welche verschiedene medizinische Fachdisziplinen (innere Medizin, Neurologie und Neuropsychologie sowie allenfalls Oto-Rhino-Laryngologie [HNO/ ORL]) betreffen, was entsprechend eine interdisziplinäre Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsbeziehungsweise Leistungsfähigkeit im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung (siehe dazu unten E. 8.2) erfordert hätte. Schliesslich finden sich Hinweise, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers – auch als Folge der seit dem 14. Altersjahr bestehenden Suchtproblematik – seit der Begutachtung vom Februar/März 2020 verschlechtert hat und irreversible Schäden nicht ausgeschlossen werden können (vgl. IV-act. 96, 105 S. 2 ff., B-act. 1 Beil. 1). Unter diesen Umständen sind weitere Abklärungen unabdingbar.

### **E. 8.1**

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der erforderliche weitere Abklärungsbedarf ist offenkundig. Es fehlt neben der nicht verwertbaren gutachterlichen psychiatrischen Beurteilung an weiteren entscheidungswesentlichen medizinischen Erhebungen gänzlich sowie an einer Beurteilung der Befunde und deren funktioneller Einschränkungen im Lichte der Indikatoren sowie an einer invalidenversicherungsrechtlich erforderlichen interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Da die Vorinstanz nur ein monodisziplinäres Gutachten veranlasst hat und die Verwaltung

C-849/2022 Seite 27 von vornherein nicht darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfahrensweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam

gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzu- sehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; vgl. unter vielen: Urteil des BVGer C-3667/2021 E. 7.1 m.H.). Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug verwehrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

### **E. 8.2**

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzu- weisen, nach Vervollständigung und Aktualisierung der medizinischen Ak- ten (Einholung des vollständigen Aktendossiers inkl. aktueller Akten von zwei behandelnden Psychiatern [Dr. F. \_\_\_\_\_ u/o Dr. L. \_\_\_\_\_, Ge- meinschaftspraxis G. \_\_\_\_\_, (...), und Dr. J. \_\_\_\_\_, (...)], des Hausarz- tes Dr. H. \_\_\_\_\_, (...), des behandelnden Psychologen sowie des behan- delnden HNO-Arztes und allfällig weiterer behandelnder Ärzte) eine um- fassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veran- lassen zur Klärung der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigung- en (somatisch und psychisch) samt allfälliger Spätfolgen (aus multipler Abhängigkeit) mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit August 2017 und im Ver- lauf in der bisherigen (IT-Administrator und Marketing-Leiter) wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus je- weils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen er- scheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie (letztere möglichst unter Beizug eines auf Substanzabhängig- keitssyndrome spezialisierten Psychiaters und unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418 sowie 145 V 215 [Suchtpraxis]) sowie Neurologie als angezeigt. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden (wie Neuropsycholo- gie, ORL u/o Pneumologie), ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gut- achter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der kon- kreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen (einschliess- lich der für die medizinisch einwandfreie Beurteilung der konkreten Frage- stellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen, wie vorliegend einer Labor-

C-849/2022 Seite 28 untersuchung zum Medikamentenstatus und weiterer psychotroper Sub- stanzen) zu befinden.

### **E. 8.3**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versiche- rungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erschei- nen liessen. Die Gutachterstelle ist nach dem Zufallsprinzip gemäss Zu- weisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV). Dem Beschwerdeführer sind die ihm zu- stehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 8.4**

Zu ergänzen bleibt, dass soweit aus den Akten ersichtlich, der Anspruch des Beschwerdeführers auf Durchführung beruflicher Massnahmen bisher weder geprüft noch darüber entschieden wurde (vgl. Verfügung vom 19. Januar 2022; IV-act. 112 S. 5). Darüber wird demnach von der Vorinstanz nach entsprechenden Abklärungen noch zu befinden sein (siehe oben E. 5.2 in fine).

#### **E. 9**

Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 19. Januar 2022 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

#### **E. 10**

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

##### **E. 10.1**

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

C-849/2022 Seite 29

##### **E. 10.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

(Dispositiv: siehe nächste Seite)

C-849/2022 Seite 30

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