



Abteilung III  
C-1090/2018

## Urteil vom 17. Juli 2019

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richterin Viktoria Helfenstein, Richter Vito Valenti,  
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Österreich),  
vertreten durch lic. iur. Bettina Surber, Rechtsanwältin,

Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 18. Januar 2018).

**Sachverhalt:****A.**

Der am (...) 1974 geborene, österreichische Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) wohnt in Österreich. Er war seit 2000 als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und leistete dabei bis 2013 Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; act. 57, act. 89). Zuletzt arbeitete er seit 1. September 2003 als Mechaniker (ohne Lehrabschluss) in der Produktion von Metallteilen für verschiedene Industriezweige im Schichtdienst mit einem Pensum von 100 %, ehe er ab 27. Juni 2012 von seinem Hausarzt krankgeschrieben wurde (act. 1, act. 10, act. 14 S. 19) und danach die Erwerbstätigkeit nicht mehr aufnahm. Das Arbeitsverhältnis wurde per 31. Mai 2013 aufgelöst (act. 39).

**B.**

**B.a** Am 7. Dezember 2012 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) unter Hinweis auf Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Depressionen, Angstzustände, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Schwindel, Tinnitus sowie Kopfschmerzen/Migräne zum Leistungsbezug an (act. 1). Im Rahmen ihrer Abklärungen holte die kantonale IV-Stelle zunächst den Fragebogen für Arbeitgebende (act. 10) sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers ein (act. 14), der den Versicherten von einer Vertrauensärztin hatte begutachten lassen (Gutachten vom 9. Januar 2013; act. 18). Vom 12. März 2013 bis 7. Mai 2013 unterzog sich der Versicherte einer stationären Behandlung in einer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Nach Vorliegen des Hospitalisationsberichts vom 14. Juni 2013 (act. 27) holte die kantonale IV-Stelle eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. Juli 2013 ein (act. 29). In der Folge nahm sie zwei weitere zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellte Gutachten vom 26. Juni 2013 (act. 33) und vom 30. Dezember 2013 (act. 34) zu den Akten und holte einen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2014 ein (act. 45). Zu den neuen ärztlichen Dokumenten liess die kantonale IV-Stelle den RAD am 10. April 2014 Stellung nehmen (act. 47) und verneinte daraufhin mit (unbeanstandet gebliebener) Mitteilung vom 25. April 2014 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (act. 51).

**B.b** Nach Einholen eines Verlaufsberichtes der behandelnden Psychiaterin vom 8. Oktober 2014 (act. 64), eines Berichts bezüglich einer stationären

Behandlung von 22. Juli 2015 bis 2. September 2015 zwecks psychosozialer Rehabilitation (act. 80) sowie eines Berichts des neuen behandelnden Psychiaters Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 2. Januar 2016 gab die kantonale IV-Stelle auf Empfehlung des RAD vom 24. Mai 2016 (act. 87) am 4. Juli 2016 bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten mit einer neuropsychologischen Untersuchung bei Dr. phil. F. \_\_\_\_\_ in Auftrag (act. 90), das am 12. Januar 2017 erstattet wurde (act. 94). Nachdem der RAD am 20. Januar 2017 dazu Stellung genommen hatte (act. 95), stellte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Februar 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. 98). Am 6. März 2017 übermittelte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) der kantonalen IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt G. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 (act. 102).

**B.c** Gegen den Vorbescheid vom 8. Februar 2017 liess der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin am 12. Mai 2017 Einwände erheben (act. 110), die auf Empfehlung des RAD dem Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vorgelegt wurden (Stellungnahme vom 1. September 2016 [recte: 2017]; act. 110). Nach einer weiteren Stellungnahme des RAD vom 7. November 2017 (act. 112) und Durchführung einer zweiten Anhörung (act. 116) wies die IVSTA gestützt auf die Feststellungen der kantonalen IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 0 % mit Verfügung vom 18. Januar 2018 ab. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, dass gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2017 davon auszugehen sei, dass der Versicherte zu 100 % in seiner bisherigen Tätigkeit arbeiten könnte, womit er keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse erleide (act. 120).

**C.**

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin mit Eingabe vom 21. Februar 2018 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, sein Gesundheitszustand sei umfassend abzuklären und danach sei erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden. Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2017 und verlangt, dass die bestehenden Diskrepanzen in einem unabhängigen Obergutachten zu klären seien (BVGer act. 1).

**D.**

Die Vorinstanz beantragt in ihrer Vernehmlassung vom 17. April 2018 unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 13. April 2018 die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 7).

**E.**

Der mit Zwischenverfügung vom 26. Februar 2018 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (BVGer-act. 2) wurde am 31. Mai 2018 geleistet (BVGer-act. 11).

**F.**

In seiner Replik vom 20. August 2018 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest (BVGer-act. 15). Am 18. Oktober 2018 und 22. Oktober 2018 reichte er ein psychiatrisches Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt G.\_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2018 ein (BVGer-act. 19, BVGer-act. 21).

**G.**

Mit Eingabe vom 9. November 2018 teilte die Vorinstanz mit, dass sie an ihrem Rechtsbegehren festhalte und auf eine Duplik verzichte (BVGer-act. 23).

**H.**

Mit Verfügung vom 15. November 2018 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 24).

**I.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). 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).

## **2.**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2018 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

## **3.**

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 18. Januar 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.2** Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig. 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 Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

#### 4.

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

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

**4.3** Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankungen eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

**4.3.1** Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regel-

mässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

**4.3.2** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**4.3.3** Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 143 V 418 E. 7.1).

**4.4** Im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 113 V 22 E. 4a) ist die versicherte Person jederzeit gehalten, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich, wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d; Urteil I 824/06 vom 13. März 2007 E.

3.1.1, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung (Urteil des BGer 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1). Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C\_13/2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die versicherte Person sämtliche Therapievorschlüsse des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in kooperativer Weise umgesetzt hat (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.2).

## 5.

**5.1** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

**5.2** Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung allein kann, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) in der Regel nicht

erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern, zu überprüfen, ob ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Urteil des BGer 9C\_194/2017 vom 29. Januar 2017 E. 6.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**5.3** 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).

## **6.**

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

**6.1** Nachdem der Beschwerdeführer seit Mai 2011 wiederholt infolge Krankheit am Arbeitsplatz gefehlt hatte (act. 10 S. 8), attestierte der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, ab 27. Juni 2012 durchgehend ein (volle) Arbeitsunfähigkeit (act. 14 S. 17 ff.).

**6.2** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, Psychosomatische und psychosoziale Medizin APPM, diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 9. Januar 2013, das sie im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellt hatte, eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) sowie einen Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom. Sie hielt fest, dass aus psychosomatischer Sicht ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für den angestammten Arbeitsplatz bestehe.

In spätestens zwölf Wochen sollte im Rahmen einer schrittweisen Steigerung die ursprüngliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % wieder erreicht werden können. Aus psychiatrischer und psychosomatischer Sicht lägen keine Einschränkungen vor. Sie empfahl, zunächst mit einem Pensum von 50 % zu beginnen und dieses schrittweise auf das ursprünglich vollschichtige Pensum zu steigern (act. 18).

**6.3** Auf Zuweisung seiner behandelnden Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie, hin, wurde der Beschwerdeführer vom 12. März 2013 bis 7. Mai 2013 in der Klinik J.\_\_\_\_\_. (Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie) stationär behandelt. Im Abschlussbericht vom 14. Juni 2013 wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine Dysthymie (ICD-10: F34.1), Spannungskopfschmerz (ICD-10: G44.2), Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1), Asthma bronchiale (ICD-10: J45.0) sowie eine Adipositas (ICD-10: E66.9) genannt. Laut den Klinikärzten habe sich die depressive Symptomatik zum Zeitpunkt der Entlassung sehr deutlich reduziert und die schwere Depression habe sich in eine leichte Depression zurückgebildet. Bei der Entlassung sei der Beschwerdeführer zunächst noch arbeitsunfähig gewesen (act. 27). Nach der Entlassung aus der Klinik attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 7. Mai 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Als Diagnosen gab sie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie eine somatoforme Störung (ICD-10: F45) an (act. 33 S. 15 ff.).

**6.4** Laut Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Juli 2013 sei beim Beschwerdeführer spätestens zum Austrittszeitpunkt im Rahmen einer nur noch leichtgradigen depressiven Episode von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit (keine Nacht- und Schichtarbeit, keine Akkordarbeit) auszugehen (act. 29).

**6.5** Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem zweiten, zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten vom 26. Juni 2013 fest, dass eine mittelgradige depressive Episode vorliege, die weiterhin die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. In Abhängigkeit vom weiteren Behandlungsverlauf sei zumindest von einer mehrwöchigen bis mehrmonatigen, vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeits-

markt auszugehen. Im Falle eines guten Ansprechens auf die antidepressive Medikation Cipralext (die erst vor wenigen Tagen begonnen worden sei) könne erfahrungsgemäss in sechs Wochen zunächst mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % gerechnet werden und in rund sechs Monaten mit einer Wiederherstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit (act. 33).

**6.6** Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung wurde der Beschwerdeführer am 29. November 2013 von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztin für Allgemeinmedizin, untersucht. Im Gutachten vom 30. Dezember 2013 diagnostizierte sie eine mittlere bis eher schwere depressive Episode (ICD-10: F32.1/2). Sie hielt fest, dass eine diagnostische Einschätzung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anlässlich dieser Begutachtung nur bedingt möglich seien. Aus den vorliegenden Arztberichten, Gutachten und Case Management Protokollen seien aber ausreichende Informationen über die Krankheitsentwicklung erhältlich. Das Zustandsbild habe sich im Verlauf, wohlmöglich aufgrund von nicht ausreichender Behandlung, massiv verschlechtert und chronifiziert. Derzeit liege eine mindestens mittelschwere bis eher schwere depressive Entwicklung vor, wobei ein psychotisches/paranoides Geschehen oder auch eine schizophrene Entwicklung nicht ausgeschlossen werden könne. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit liege aktuell nicht vor. Sofern eine konsequente und compliance-geprüfte Medikation mit einem Antidepressivum erfolge, sei mit einer Besserung der Symptome innerhalb von zwei bis drei Monaten zu rechnen. Prognostisch sollte nach etwa zwei Monaten zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und ab März, je nach Therapieverlauf, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliegen. Nach etwa spätestens vier Monaten sollten bestenfalls wieder eine vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erwarten sein (act. 34).

**6.7** Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt im IV-Arztbericht vom 28. März 2014 als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie einen Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1) fest. Der Beschwerdeführer sei für jegliche Tätigkeiten wegen der Depression zu 100 % arbeitsunfähig (act. 45).

**6.8** Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. April 2014 fest, dass gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztin bis auf Weiteres beim Beschwerdeführer nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen sei (act. 47).

**6.9** Im IV-Arztbericht vom 8. Oktober 2014 hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ als zusätzliche Diagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) fest. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 64).

**6.10** Der Beschwerdeführer war von 22. Juli 2015 bis 2. September 2015 in stationärer Rehabilitation im Zentrum für psychosoziale Gesundheit M. \_\_\_\_\_. Im Entlassungsbericht vom 2. September 2015 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), dysfunktionale Aufwuchsbedingungen (ICD-10: Z61.3) sowie ein Asthma bronchiale seit frühester Kindheit genannt (act. 80).

**6.11** Im IV-Arztbericht vom 2. Januar 2016 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, bei dem der Beschwerdeführer seit 23. April 2015 in Behandlung sei (letzte Kontrolle: 25. November 2015), als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode sowie Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung fest. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten (act. 85).

**6.12** Auf Anraten des RAD wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der kantonalen IV-Stelle durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet und durch Dr. phil. F. \_\_\_\_\_ neuropsychologisch beurteilt. Im Gutachten vom 12. Januar 2017 stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er fand viele Hinweise auf eine starke Aggravation und diagnostizierte eine Dysthymie (ICD-10: F34.1). Er hielt fest, dass sich mit der Dysthymie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse. Es sei aber möglich, dass früher tatsächlich vorübergehend eine eigentliche depressive Episode bestanden habe, die dann allenfalls vorübergehend auch eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermochte; es sei aber nicht möglich, klar zu sagen, von wann bis wann dies allenfalls der Fall gewesen wäre. Dr. phil. F. \_\_\_\_\_ hielt im neuropsychologischen Teilgutachten fest, dass er aufgrund der diskutierten Befunde die Kriterien für das Vorliegen einer wahrscheinlichen negativen Antwortverzerrung bzw. Aggravation als erfüllt betrachte. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit könne anhand der vorliegenden Befunde keine zuverlässige Aussage gemacht werden (act. 94).

**6.13** Im zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt G.\_\_\_\_\_ erstellten ärztlichen Gutachten («Wiederbegutachtung wegen Reha-Geld») von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, vom 1. Februar 2017 wurde als Diagnose eine derzeit mittelgradige, chronifizierte depressive Störung nach Traumatisierung in der Kindheit festgehalten. Geregelter Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (act. 102).

**6.14** Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer ein weiteres zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt G.\_\_\_\_\_ erstelltes ärztliches Gutachten («Wiederbegutachtung wegen Reha-Geld») von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2018 vorgelegt. In diesem Gutachten wurde als Diagnose eine chronifizierte depressive Störung nach Traumatisierung («F33.89») genannt. In einer dem festgelegten Leistungskalkül entsprechenden Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit vollschichtig zumutbar (BVGer-act. 21).

## 7.

**7.1** Die Vorinstanz stützte sich für die Abweisung des Leistungsbegehrens auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2017 und seine ergänzende Stellungnahme vom 1. September 2017 ab. Dieses Gutachten beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Der Gutachter legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzte sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander und nahm auch Bezug auf die in BGE 141 V 281 statuierten Indikatoren. Es bestehen keine Anhaltspunkte und der Beschwerdeführer macht auch nicht geltend, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wäre (vgl. Urteil des BGer 9C\_867/2018 vom 28. Mai 2019 E. 5.2.1). Der Gutachter zeigte auf, dass beim Beschwerdeführer eine (chronische) depressive Symptomatik bestehe, wies aber auf verschiedene Inkonsistenzen und Widersprüche hin, weshalb die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu relativieren seien. So legte der Gutachter dar, dass die neuropsychologische Abklärung eine Aggravation der beklagten kognitiven Einschränkungen

aufzeigte. Auch aufgrund der vom Beschwerdeführer in Anspruch genommenen psychiatrischen Behandlung und des Verzichts auf die Einnahme von antidepressiven Medikamenten kam der Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass die depressive Symptomatik keinen Schweregrad erreiche, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse, und diagnostisch als Dysthymie einzuordnen sei. Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, dem sich in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch der RAD-Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ angeschlossen hat (Stellungnahme vom 20. Januar 2017; act. 95), die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen an ein Gutachten.

**7.2** Der Beschwerdeführer kritisiert das Gutachten in verschiedener Hinsicht. So bringt er vor, dass die Schlussfolgerungen des Gutachters nicht überzeugten, weil aufgrund der Gutachten der Krankentaggeldversicherung sowie der Berichte der behandelnden Ärzte vom Vorliegen einer erheblichen psychischen Störung auszugehen sei, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. So hätten insbesondere die Ärzte, die den Beschwerdeführer während den beiden stationären Klinikaufenthalten behandelt hätten, eine schwere depressive Episode bzw. eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung diagnostiziert. Weiter rügt der Beschwerdeführer, dass der Gutachter zu Unrecht von einer Aggravation ausgehe. Entsprechende Hinweise liessen sich den Berichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht entnehmen. Es sei auch ungeklärt, ob das allfällig wenig kooperative Verhalten des Beschwerdeführers medizinisch erklärbar sei. Schliesslich beanstandet der Beschwerdeführer, dass der Gutachter bei seiner Beurteilung die Kindheitsgeschichte zwar umfassend wiedergegeben, diese aber bei der Gesamtbeurteilung ausser Acht gelassen habe. Die gravierenden und traumatisierenden Erlebnisse in der Kindheit seien nicht gewürdigt worden. Diesbezüglich wäre auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu diskutieren gewesen.

**7.3** Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einem depressiven Geschehen leidet. Umstritten sind hingegen die Diagnose, der Schweregrad der Erkrankung und die damit zusammenhängenden funktionellen Einbussen. Während der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von einer Dysthymie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgeht, sind sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Vorgutachterinnen darin einig, dass die depressive Symptomatik die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränke, wobei das Ausmass der Depression im Verlauf phasenweise als schwer, mehrheitlich als mittelgradig und teilweise auch als leichtgradig bezeichnet wurde.

**7.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat unter Bezugnahme auf die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltene Umschreibung (S. 53 des Gutachtens) detailliert dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach die im Rahmen der Untersuchung festgestellte depressive Symptomatik nicht den Schweregrad erreicht, um die Kriterien für eine depressive Störung zu erfüllen, sondern eine Dysthymie vorliegt. Eine Dysthymie ist gemäss ICD-10 eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. DILLING/MO-MBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 183). Der Gutachter hielt fest, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung am 12. Dezember 2016 die Grundstimmung des Beschwerdeführers zum depressiven Pol hin verschoben gewesen sei (wobei die affektive Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt war) und man aufgrund der erhobenen Befunde sowie der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers eigentlich von einer depressiven Episode ausgehen würde. Dazu sei allerdings festzuhalten, dass man sich bei der psychiatrischen Diagnostik weitgehend auf die subjektiven Angaben der Exploranden verlassen (können) müsse und dass viele psychiatrische Symptome nicht objektivierbar seien. Es gebe zwar Dinge, die sich aufgrund der Verhaltensbeobachtung erschliessen liessen, allerdings könne auch das Verhalten manipuliert werden. Beim Beschwerdeführer hätten sich bei der psychiatrischen Abklärung, in den Akten und insbesondere bei der neuropsychologischen Abklärung viele Hinweise auf eine starke Aggravation gefunden, weshalb seine Angaben stark zu relativieren seien (vgl. act. 94 S. 50 ff.). Aufgrund der zahlreichen Hinweise auf Aggravation und der Diskrepanzen müsse man davon ausgehen, dass auch die bei der Erhebung des Psychostatus beschriebene Symptomatik mindestens teilweise nicht dem tatsächlichen Erleben und Verhalten des Beschwerdeführers respektive tatsächlichen Einschränkungen entspreche (vgl. act. 94 S. 54, ebenso Ziff. 6.2.4 act. 94 S. 55 f.).

**7.5** Zu den vom Gutachter festgestellten Inkonsistenzen und Widersprüchen ist Folgendes festzuhalten:

**7.5.1** Die Überprüfung der Authentizität geklagter mentaler Beschwerden gehört zu den Kernaufgaben im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung (Urteil des BGer 8C\_817/2014 vom 27. April 2015 E. 4.4.2). Rechtssprechungsgemäss liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder

der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; Urteil des BGer 9C\_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des BGer 9C\_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweis).

**7.5.2** Vorliegend ergeben sich Inkonsistenzen insbesondere aus der neuropsychologischen Beurteilung des diplomierten Psychologen Dr. phil. F. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2016, der die Kriterien nach Slick et al. (1999) für das Vorliegen einer Aggravation als erfüllt betrachtete. Das Abstellen auf neuropsychologische (Validierungs-)Tests zur Beurteilung einer Aggravation ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht unzulässig, sofern wie hier auch ein psychiatrischer Facharzt die Testergebnisse würdigt (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.1; 8C\_817/2014 E. 4.4.2). Im vorliegenden Fall war die im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung durchgeführte Beschwerdevalidierung teilweise auffällig. So war das Ergebnis in einem von vier durchgeführten Validierungstests in zwei Durchgängen derart auffällig, dass es nur wenig über dem Erwartungswert bei zufälliger Testbearbeitung gelegen habe. Selbst bei Personen mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma seien derartige Auffälligkeiten nicht zu erwarten. Der Beschwerdeführer zeigte in der neuropsychologischen Untersuchung zudem zum Teil schwankende Reaktionszeiten, was bei authentischen Störungen in der Regel nicht zu erwarten sei und den Verdacht auf negative-Antwortverzerrungen respektive Aggravation begründete. Es ist nachvollziehbar, dass mit diesen festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen in der Leistungserzielung bei einfachen und schwierigen Aufgaben im Vergleich mit Menschen mit deutlicher Beeinträchtigung – gerade auch unter Einbezug der Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung (insbesondere die Tendenz des Beschwerdeführers,

Einschränkungen und Schwierigkeiten sehr stark zu betonen, teilweise übermässig hervorzuheben) und der Vorbefunde - die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens für den Gutachter klar überschritten waren (vgl. dazu ausführlich act. 94 S. 56, ebenso S. 57 Ziff. 6.2.7 und S. 54 Ziff. 6.2.2). Aufgrund dieser Feststellungen im neuropsychologischen Gutachten, die an sich vom Beschwerdeführer nicht bestritten werden, ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter die vom Beschwerdeführer beklagten starken Konzentrations- und Gedächtnisstörungen («er habe in der letzten Zeit das Gefühl, dement zu sein») in Frage stellte. Er hielt im Rahmen der Beurteilung explizit fest, er gehe davon aus, dass der Explorand seine Einschränkungen stark aggraviere (act. 94 S. 54 Ziff. 6.2.2). Dies ist auch insofern von Belang, als der Beschwerdeführer auch gegenüber den Vorgutachterinnen sowie den behandelnden Ärzten stets über kognitive Defizite wie Konzentrations- und Erinnerungsstörungen geklagt hat (vgl. beispielsweise act. 18 S. 6; act. 27 S. 1 f.; act. 34 S. 4; act. 80 S. 1), was in deren Beurteilung eingeflossen ist, ohne dass jedoch die beklagten Defizite im Rahmen einer neuropsychologischen Abklärung beurteilt und validiert worden sind.

**7.5.3** Gemäss psychiatrischem Gutachten hat der Beschwerdeführer überdies keine mit seinen beklagten Symptomen adäquate Inanspruchnahme von Therapien gezeigt. Insbesondere den Umstand, dass der Beschwerdeführer von Anfang an eine medikamentöse antidepressive Medikation abgelehnt hat (vgl. Bericht Care Management vom 26. Oktober 2012; act. 14), deutet der Gutachter als Widerspruch zum geltend gemachten Leidensdruck. Gegenüber dem Gutachter äusserte der Beschwerdeführer, dass er keine Antidepressiva nehme, weil diese nicht funktionierten. Früher äusserte er, er wolle keine Psychopharmaka einnehmen, da er befürchte, sich hierunter verändert zu fühlen und nicht mehr sich selbst zu sein (act. 18). Aus den Akten ergibt sich, dass die behandelnden Ärzte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (Bericht vom 2. Januar 2016; act. 85) und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (Berichte vom 28. März 2014 [act. 45] und vom 8. Oktober 2014 [act. 64]) eine medikamentöse antidepressive Behandlung als notwendig erachteten, diese jedoch mit Ausnahme eines kurzen Versuches im Juni 2013 nie durchgeführt werden konnte. Auch die Gutachterin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ ging von einer unzureichenden Ausschöpfung der Therapieoptionen aus und empfahl – neben der Psychotherapie – eine adäquate medikamentöse, antidepressive Therapie und eine ganztägige, tagesklinische Betreuung (Gutachten vom 30. Dezember 2013 act. 34). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter die Schwere der subjektiv be-

klagten depressiven Symptome in Frage stellte, zumal angesichts des erhobenen psychiatrischen Befundes und der klaren Empfehlung der behandelnden Ärzte nicht einleuchtet, weshalb der Beschwerdeführer bei entsprechendem Leidensdruck unfähig zur Krankheitseinsicht sein und nur deshalb auf eine medikamentöse und allenfalls auch intensivere (auch stationäre) psychiatrische Behandlung verzichtet haben soll. Es ergeben sich keine Hinweise aus den Akten, weshalb dem Beschwerdeführer eine medikamentöse Therapie nicht zumutbar wäre, hätten doch ansonsten auch die behandelnden Psychiater eine solche nicht empfohlen. Die Gutachterin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hielt sogar ausdrücklich fest, dass dem Beschwerdeführer eine psychopharmakologische Medikation zumutbar sei. Zwar spricht die regelmässige Inanspruchnahme von Einzel- und Gruppentherapie sowie die zweimalige stationäre Hospitalisation gegen das vollständige Fehlen eines Leidensdrucks, da der Beschwerdeführer jedoch die gemäss übereinstimmender fachärztlicher Einschätzung anerkannten und empfohlenen Therapieoptionen (insbesondere medikamentöse Therapie – es erfolgte nur ein kurzer Versuch im Juni 2013) nicht ausschöpft, ist das Vorliegen eines krankheitsbedingten grossen Leidensdrucks zu verneinen.

**7.5.4** Überdies hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erwähnt, dass sich auch in den Vorgutachten Hinweise auf eine Aggravation fänden. So hat bereits Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 9. Januar 2013 auf eine neurotische Fehlentwicklung mit Vermeidungsverhalten und Leistungshemmung sowie einen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Zudem hat sie eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers und der Fremdeinschätzung beobachtet (act. 18). Gegenüber der Gutachterin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ habe er teilweise keine Auskunft gegeben. Der Beschwerdeführer sei zurückhaltend und abweisend gewesen. Er habe das Untersuchungsgespräch beenden wollen und die Praxis der Vorgutachterin relativ plötzlich verlassen (Gutachten vom 30. Dezember 2013; act. 34). Schliesslich hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer eine Tendenz habe, Einschränkungen und Schwierigkeiten sehr stark zu betonen und teilweise übermässig hervorzuheben.

**7.5.5** Insgesamt ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ angesichts der aufgezeigten Inkonsistenzen und Widersprüche «viele Hinweise auf eine starke Aggravation» erkannte und sowohl die subjektiv beklagten kognitiven Beeinträchtigungen, die sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung kaum gezeigt haben, als auch die Schwere der beklagten depressiven Symptome als wenig glaubhaft betrachtet bzw.

relativiert hat. Daran ändert nichts, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nie von einer Aggravation ausgegangen sind.

**7.6** Zu den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie der Vorgutachterinnen der Krankentaggeldversicherer ist festzuhalten, dass die entsprechenden Berichte und Vorgutachten Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vorlagen. Er hat sich in seinem Gutachten sowie in der ergänzenden Stellungnahme mit den abweichenden Diagnosen auseinandergesetzt und überzeugend dargelegt, weshalb er die Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie der Gutachterinnen der Krankentaggeldversicherung hinsichtlich Schweregrad des depressiven Geschehens sowie deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht übernommen hat. Allein die abweichende diagnostische Einordnung des Leidens erweckt damit keine Zweifel am Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, zumal er auch ausführlich erörtert hat, weshalb er trotz der festgestellten depressiven Symptomatik zu einer anderen Einschätzung der Situation als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Vorgutachterinnen gelangt ist. Die abweichende Einschätzung hinsichtlich des Schweregrads der depressiven Symptomatik lässt sich insbesondere mit der festgestellten Aggravation erklären, die von keinem der anderen involvierten Ärztinnen und Ärzte bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden ist. Zu beachten ist auch, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteile des BGer 9C\_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1; 9C\_761/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 3.3.1).

**7.6.1** Zu den drei von der Krankentaggeldversicherung nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten aus dem Jahr 2013 ist festzuhalten, dass diesen lediglich der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3), weshalb bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit für die Anspruchsprüfung nicht darauf abgestützt werden kann (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4). Die Einschätzung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vermag nur deshalb keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu wecken und kann für die Anspruchsprüfung nicht herangezogen werden, weil sie über keinen psychiatrischen Facharztstitel verfügt (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Die im Gutach-

ten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer (mittleren) bis schweren depressiven Episode ist ebenfalls anzuzweifeln, zumal sie ausdrücklich festhielt, dass ihr eine diagnostische Einschätzung und konsekutive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur bedingt möglich gewesen sei. Ihre Einschätzung vermag daher das Gutachten ebenfalls nicht ernsthaft in Frage zu stellen. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ weist in seiner ergänzenden Stellungnahme zudem zu Recht darauf hin, dass die Aussagekraft des Gutachtens von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ stark eingeschränkt sei, weil sie sich aufgrund der fehlenden Angaben des Beschwerdeführers stark auf die Vorakten habe stützen müssen. Angesichts dieser Unklarheiten erübrigte es sich auch, dass sich der Gutachter eingehender mit den von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunden auseinandersetze. Schliesslich haben die Vorgutachterinnen – wie auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte – im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die normativen Vorgaben Bezug genommen (siehe vorne E. 5.2) und auch nicht zwischen dem psychischen Leiden und den ebenfalls festgestellten, nicht invalidisierenden psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzkonflikt) unterschieden, weshalb auch aus diesem Grund auf ihre Einschätzungen nicht abgestellt werden kann (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C\_753/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2.3).

**7.6.2** Soweit der Beschwerdeführer seine Einwände gegen das Gutachten mit anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte begründet, ist darauf hinzuweisen, dass ein im Rahmen von Art. 44 ATSG eingeholtes Administrativgutachten nach der Rechtsprechung nicht stets in Frage zu stellen ist, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt; vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen. Diesbezüglich ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu verweisen (vgl. Urteil des BGer 8C\_137/2019 vom 27. Mai 2019 E. 6.1). Vorliegend sind keine derartigen Aspekte ersichtlich, welche der Gutachter nicht erkannt hat. Überdies hat der Gutachter überzeugend dargelegt, weshalb die im Austrittsbericht der Klinik J. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2013, der von keinem Facharzt der Psychiatrie unterzeichnet wurde, gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht überzeugt. Er hat insbesondere zu Recht darauf hingewiesen, dass gemäss ICD-10 nicht gleichzeitig eine Dysthymie und eine (schwere) depressive Episode diagnostiziert werden kann. Zudem haben die Klinikärzte nicht begründet, weshalb sie – trotz

Vorliegens einer leichten depressiven Episode beim Austritt – eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten. Der Bericht der Klinik M. \_\_\_\_\_ vermag auch deshalb keine konkreten Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu wecken, weil sich dieser im Wesentlichen auf die Zusammenfassung des Behandlungsergebnisses beschränkt, aber keine Begründung der gestellten Diagnose und keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit enthält (zum Beweiswert solcher Austrittsberichte siehe Urteil des BGer 8C\_753/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2.2). Die Berichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ stellen ebenfalls keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage dar, und vermögen das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, zumal sie sehr rudimentär verfasst sind und keine Begründung der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit enthalten.

**7.6.3** Was das – nur wenige Monate nach den Untersuchungen durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ – von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ erstellte Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt G. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 anbelangt, so vermag auch dieses weder konkrete Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu wecken noch ergeben sich daraus konkrete Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit den Untersuchungen vom 8. September 2016 und vom 12. Dezember 2016. So benennt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ insbesondere keine Aspekte, die im Rahmen der vorangehenden Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Weiter weist er ausdrücklich auf einen unveränderten Zustand hin. Zudem begründet er nicht, weshalb dem Beschwerdeführer geregelte Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sein sollen.

**7.6.4** Auch das vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichte Gutachten von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2018 ist nicht geeignet, die Beurteilung des Gutachters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ betreffend den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit im Begutachtungszeitpunkt in Zweifel zu ziehen. Zunächst wurde dieses Gutachten erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2018 erstellt und bezieht sich auf die Situation im Zeitpunkt der Berichterstattung am 3. Mai 2018. Im Übrigen steht die – zwar kaum begründete – Einschätzung einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit gemäss festgelegten Fähigkeitsprofil nicht in Widerspruch zur Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_.

**7.6.5** Der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat auch nachvollziehbar dargelegt, dass keine Hinweise auf das Vorliegen einer neurotischen, Belas-

tungs- oder somatoformen Störung bestehen. Er hat sich auch zur Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung geäußert, welche die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. Oktober 2014 gestellt hat. Er weist zu Recht darauf hin, dass die behandelnde Psychiaterin diese Diagnose nicht begründet hat. Zudem fänden sich weder in den Akten noch bei der aktuellen Untersuchung oder in der Anamnese irgendwelche Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Auch habe sich der Beschwerdeführer trotz Fehlens einer beruflichen Ausbildung über viele Jahre beruflich erfolgreich etablieren können. Das leuchtet ein, zumal auch alle anderen Behandler sowie die Vorgutachter diese Diagnose nicht gestellt haben, worauf der Gutachter ebenfalls hinweist. Weiter hat der Gutachter auch das Vorliegen einer Schizophrenie, einer schizotypen Störung oder einer wahnhaften Störung ausgeschlossen.

**7.6.6** Soweit der Beschwerdeführer kritisiert, dass der Gutachter die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht diskutiert habe, schmälert dies den Beweiswert des Gutachtens vom 12. Januar 2017 nicht, zumal auch keiner der weiteren involvierten Ärzte eine entsprechende Diagnose gestellt hat. Allein aufgrund des Umstands, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. Januar 2016 festhielt, es bestünden Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, ist das Gutachten nicht anzuzweifeln. So hat Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die entsprechenden Hinweise nicht benannt. Der Beschwerdeführer hat denn auch nicht über die typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Nachhallerinnerungen, Alpträume, Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Überwachsamkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit geklagt. Zudem soll gemäss den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 207 f.; vgl. auch BGE 142 V 342 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer vorliegend vom zeitlichen Verlauf her die Voraussetzungen einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt, ergeben sich auch trotz der vom Beschwerdeführer geschilderten Erlebnissen in der Kindheit aus den Akten keine Hinweise auf ein traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere gemäss ICD-10.

**7.6.7** Insgesamt erwecken die abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzten, der Vorgutachterinnen der Krankentaggeldversicherer sowie des Gutachters des österreichischen Versicherungsträgers keine konkreten Zweifel am Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_.

**7.7** Hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit geht der Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ davon aus, dass aufgrund der starken Aggravation der Einschränkungen höchstens eine seit Jahren anhaltende Dysthymie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestätigt werden könne. Das Vorliegen einer anhaltenden Depression mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit Ende 2012 bzw. Anfang 2013 hat er ausdrücklich verneint. Dies ist insoweit nachvollziehbar, als der Beschwerdeführer seit Jahren keine einer mittelschweren oder schweren depressiven Störung entsprechende Medikation eingenommen hat. Zwar kann laut dem Gutachter nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit vorübergehend an einer depressiven Störung gelitten hat, die einen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit gehabt hat. Da die echtzeitlichen Einschätzungen der behandelnden und begutachtenden Ärztinnen und Ärzte jedoch, wie dargelegt, nicht zu überzeugen vermögen, ist eine allfällige vorübergehende psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nachweisbar. Auch nicht ersichtlich ist, welche (retrospektiven) Abklärungen diesbezüglich noch vorgenommen werden könnten. Die Folgen dieser Beweislosigkeit wirken sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus (vgl. etwa BGE 142 V 106 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_773/2017 vom 5. April 2018 E. 4.2). Auch weist der Gutachter zu Recht darauf hin, dass das phasenweise Vorliegen depressiver Störungen in der Vergangenheit gemäss ICD-Kriterien die Diagnose einer Dysthymie nicht ausschliesst. Unter Berücksichtigung, dass die retrospektive Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit naturgemäss mit Unsicherheiten behaftet ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_879/2017 vom 5. Februar 2018 E. 3.2.2) und vorliegend zusätzlich durch die festgestellten Inkonsistenzen erschwert wird, ist die rückwirkend ab Ende 2012 bzw. Anfang 2013 attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht zu beanstanden.

**7.8** Nach dem Dargelegten reichen zusammengefasst die vom Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und dem Neuropsychologen Dr. phil. F.\_\_\_\_\_ festgestellten Inkonsistenzen in Verbindung mit der gestützt auf die Akten ausgewiesenen fehlenden medikamentösen Behandlung des angeblich schweren psychischen Leidens aus, um auf Aggravation im Sinne der

Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 2.2.1) zu schliessen. Nach der gutachterlich nachvollziehbar begründeten Einschätzung liegt beim Beschwerdeführer trotz der Aggravation der Beschwerden eine verselbständigte Gesundheitsschädigung in Form einer Dysthymie vor, weshalb kein Ausschlussgrund vorliegt. Der Gutachter hat somit die Auswirkungen der verbleibenden Gesundheitsschädigung im Umfang der Aggravation bereits korrekt im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2.2 bereinigt, indem er die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung derselben festlegte. Findet sich wie vorliegend im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (Urteil des BGer 8C\_643/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 5.2.1). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte allein eine Dysthymie, während er andere gravierende Beeinträchtigungen wie namentlich eine Persönlichkeitsstörung explizit und mit einleuchtender Begründung ausschloss. Bei diesen Gegebenheiten kann keine andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit als rechtsgenügend ausgewiesen gelten. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden ist zu verneinen (vgl. Urteil des BGer 8C\_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 3.4). Weil auch den abweichenden Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann, erübrigt sich bei dieser Ausgangslage eine indikatorengelietete Überprüfung des psychischen Leidens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. auch Urteil 8C\_728/2017 vom 31. August 2018 E. 3.2.2). Dies ist hier auch deshalb entbehrlich, weil mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird. Vorliegend wird aber mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung von den Experten keine Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit einem psychischen Leiden festgestellt. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann jedoch auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (Urteil des BGer 8C\_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.2).

**7.9** Soweit der Beschwerdeführer schliesslich in seiner Replik darauf hinweist, dass ihm in der Zwischenzeit in Österreich eine Berufsunfähigkeitspension zugesprochen worden sei, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, weil die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

**8.**

Die Vorinstanz ist aufgrund des Gesagten für den vorliegend einzig bis zum Verfügungserlass zu beurteilenden Zeitraum gestützt auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2017 zu Recht (auch retrospektiv) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter ausgegangen. Damit durfte sie ohne Durchführung eines Einkommensvergleichs das Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität verneinen. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2018 ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

**9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**10.** Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Michael Rutz

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: