



## Urteil vom 4. Juni 2018

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richterin Caroline Bissegger, Richter David Weiss,  
Gerichtsschreiberin Giulia Santangelo.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Andreas Gnädinger, Hubatka Müller  
Vetter,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**B.** \_\_\_\_\_, (Frankreich),  
vertreten durch Charles Flory, C.P.T.F.E.,  
Beschwerdegegner,

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente;  
Verfügung IVSTA vom 26. November 2015.

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

**A.a** Der 1959 geborene, in seiner Heimat wohnhafte französische Staatsangehörige B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdegegner) war in den Jahren 2000 bis 2013 in der Schweiz als Schlosser erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der Vorinstanz [act.] 6). Seit 1. Januar 2012 war der Versicherte als Grenzgänger bei der C.\_\_\_\_\_ AG in (...) angestellt (act. 21). Das Arbeitsverhältnis wurde am 27. Februar 2013 aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Mai 2013 aufgelöst (act. 12 S. 1). Seit dem 8. März 2013 war der Versicherte krankgeschrieben (act. 7 S. 7).

**A.b** Am 23. Mai 2013 meldete sich der Versicherte unter Angabe einer Dilatation der Aorta ascendens bei der IV-Stelle D.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (act. 7). Diese klärte die erwerblichen Verhältnisse sowie die gesundheitliche Situation ab. Sie holte insbesondere Berichte der behandelnden Ärzte (act. 13 S. 3-4, 8-9, act. 14, act. 19 S. 1-3, 5, 8-13, act. 22 S. 2, act. 23 S. 2-6) sowie Unterlagen des Arbeitgebers (act. 12 und 21) ein. Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (nachfolgend: RAD) am 8. Oktober 2013 zu den medizinischen Akten Stellung genommen hatte, stellte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da weder in psychiatrischer noch in somatischer Hinsicht ein Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (act. 24). Dagegen erhob der Versicherte am 14. September (recte: Oktober) 2013 Einwand (act. 28 S. 1) und reichte am 4. November 2013 zwei weitere Arztberichte ein (act. 31). Daraufhin wies die IV-Stelle am 22. November 2013 das Leistungsbegehren in Bestätigung des Vorbescheids ab (act. 33). Der Versicherte reichte am 5. Dezember 2013 (act. 36 S. 1) weitere medizinische Unterlagen (act. 36 S. 2-3) ein. Am 18. Dezember 2013 teilte ihm die IV-Stelle mit, dass die Verfügung aufgehoben werde (act. 37).

**A.c** In der Folge wurden weitere medizinische Unterlagen (act. 46, act. 47 S. 3, act. 52, act. 54, act. 59 S. 2-5) zu den Akten geholt. Gestützt auf die Stellungnahmen des RAD vom 16. Juni 2014 und vom 13. August 2014 beauftragte die IV-Stelle am 5. September 2014 (act. 62) das E.\_\_\_\_\_ AG mit dem Verfassen eines polydisziplinären Gutachtens. Am 15. Dezember 2014 reichte die E.\_\_\_\_\_ AG das Gutachten, bestehend

aus einem psychiatrischen (act. 69.3), einem internistischen (act. 69.4) und einem neurologischen (act. 69.5) Teilgutachten sowie einem interdisziplinären Teil (act. 69.2) der IV-Stelle ein. Dem Gutachten wurden weitere medizinische Unterlagen (act. 69.1 S. 6-8) beigelegt. Die Beurteilung durch den RAD erfolgte am 19. Dezember 2014. Nachdem weitere medizinische Unterlagen (act. 71 S. 2, act. 78, act. 82 S. 2) zu den Akten gereicht wurden, beurteilte der RAD am 12. Mai 2015, dass eine eigene Untersuchung notwendig sei, welche am 22. Juni 2015 durchgeführt wurde.

## **B.**

**B.a** Mit Vorbescheid vom 20. Juli 2015 (act. 84) stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine Viertelsrente ab 1. Juli 2014 und eine ganze Rente ab 1. Oktober 2014 in Aussicht. Gegen den Vorbescheid erhob die A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 3. September 2015 Einwand.

**B.b** Mit Verfügungen vom 26. November 2015 sprach die IV-Stelle für versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA) dem Versicherten für den Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 2014 eine Viertelsrente (act. 99 S. 2-8) und ab dem 1. Oktober 2014 eine ganze Rente (act. 99 S. 9-14) zu.

## **C.**

**C.a** Gegen diese Verfügung erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 15. Januar 2016 (Akten im Beschwerdeverfahren [B-act.] 1) Rechtsmittel beim Bundesverwaltungsgericht und stellte folgende Rechtsbegehren:

- „Es sei die Verfügung vom 26. November 2015 aufzuheben. Es sei auf einen fehlenden Invalidenanspruch des Beschwerdegegners zu entscheiden.
- Eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zur Prüfung der Wiedereingliederung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
- Unter Kosten und Entschädigungsfolgen zulasten der Vorinstanz.“

**C.b** Der mit Zwischenverfügung vom 20. Januar 2016 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss von Fr. 800.- (B-act. 2) wurde am 25. Januar 2016 geleistet (B-act. 5).

**C.c** Der Beschwerdegegner reichte am 9. Februar 2016 weitere medizinische Unterlagen ein (Beilagen zu B-act. 6).

**C.d** Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 25. Februar 2016 unter Hinweis auf eine Stellungnahme der IV-Stelle vom 12. Februar 2016 die Abweisung der Beschwerde (B-act. 11).

**C.e** Die Beschwerdeführerin hielt in ihrer Replik vom 12. Mai 2016 an den Rechtsbegehren und Ausführungen fest (B-act. 16).

**C.f** Am 19. Mai 2016 reichte der Beschwerdegegner eine Rentenzusprache des ausländischen Versicherers vom 14. April 2016 (B-act. 17) und am 24. Juni 2016 weitere (medizinische) Unterlagen (B-act. 20) ein.

**C.g** In ihrer Duplik vom 10. August 2016 schloss die Vorinstanz unter Hinweis auf eine Stellungnahme der IV-Stelle vom 3. August 2016 weiterhin auf Abweisung der Beschwerde (B-act. 23).

#### **D.**

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

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

**1.1** Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

**1.2** Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG [SR 830.1]; vgl. zur Beschwerdelegitimation auch Art. 59 ATSG und Art. 48 Abs. 1 VwVG). Indem die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung für die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge prinzipiell bindend ist, ist sie geeignet, die Leistungspflicht des BVG-Versicherers in grundsätzlicher, zeitlicher und masslicher Hinsicht im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG (unmittelbar) zu berühren. Die Organe der beruflichen Vorsorge sind daher gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung zur Einsprache gegen die Verfügung oder zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der IV-Stelle über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt (vgl. BGE 132

V 1 E. 3.3.1, 132 V 74 E. 3.2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 49 Rz. 76 und 102 f.; Hans-Ulrich Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 3. Aufl. 2013, S. 58 f.).

**1.3** Vorliegend hat die Beschwerdeführerin am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen und ist durch die Festlegung der Arbeitsfähigkeit und des Invaliditätsgrads in den angefochtenen Verfügungen berührt, weshalb die entsprechende Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin zu bejahen ist.

**1.4** Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 22a Abs. 1 Bst. c, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 VwVG; siehe auch Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG).

## **2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die beiden Verfügungen vom 26. November 2015, mit welchen die Vorinstanz dem Versicherten eine Viertelsrente ab 1. Juli 2014 und eine ganze Rente ab 1. Oktober 2014 zugesprochen hat. Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Zusprache einer Invalidenrente zu Recht erfolgt ist oder ob der Beschwerdegegner keinen Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

## **3.**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

Der Beschwerdegegner war zuletzt als Grenzgänger in (...) erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Frankreich), wo er heute noch lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

#### 4.

**4.1** Der Beschwerdegegner ist französischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Frankreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

**4.2** Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

**4.3** Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Frankreich und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sahen bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

**4.4** Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

**4.5** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier die beiden Verfügungen vom 26. November 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**4.6** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 26. November 2015 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

## **5.**

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache massgebenden Bestimmungen des Invalidenversicherungsrechts und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargelegt.

**5.1** 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).

**5.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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). Die Rechtsprechung lässt zur Eröffnung der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG eine Arbeitsunfähigkeit von 20% genügen (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, S. 303 mit Hinweis auf AHI 1998 124). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war. Ein gescheiterter Arbeitsversuch unterbricht grundsätzlich die Arbeitsunfähigkeit nicht, selbst wenn er länger als 30 Tage dauert (EVGE 1963 290; Urteil des BGer I 238/05 vom 2. November 2005 E. 2.2).

**5.3** Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch allerdings frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Während es sich bei der einjährigen Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG um eine materielle Anspruchsvoraussetzung für die Rentenberechtigung handelt, stellt diejenige gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG eine Anspruchsvoraussetzung verfahrensmässiger Natur dar (BGE 142 V 547 E. 3.2). Beide Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit ein Rentenanspruch entstehen kann.

**5.4** Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).



Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche eine abweichende Regelung vorsehen, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie – was vorliegend der Fall ist – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

**5.5** Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Bei einer erwerbstätigen versicherten Person wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG).

**5.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

**5.6.1** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden

hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

**5.6.2** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c).

**5.6.3** Versicherungsexterne Gutachten haben vollen Beweiswert, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465; 125 V 351 E. 3b/bb). Werden solche Expertisen demnach durch anerkannte Spezialärztinnen und –ärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Arztpersonen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so kommt diesen Gutachten volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 122 V 157 E. 1 c; 104 V 209 E. c; vgl. auch URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1721).

**5.6.4** Auf Berichte und Stellungnahmen des RAD kann ebenfalls nur abgestellt werden, sofern sie den beweisrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 125 V 351 E. 3b/ee). Die Ärztinnen und Ärzte des RAD müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist jedoch, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht oder eine RAD-Stellungnahme für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt

insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 und 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, je mit weiteren Hinweisen; vgl. auch MÜLLER, a.a.O., § 25 Rz. 1739 f.).

**5.6.5** Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C\_385/2014 E. 4.2.2).

**5.6.6** Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (unveröffentlichtes Urteil des EVG [heute: BGer] I 498/89 vom 19. April 1990; MÜLLER, a.a.O., § 25, Rz. 1741, 1747 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und -ärzten darf und soll das Gericht aber der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese

Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte, sondern auch für die behandelnden Spezialärztinnen und -ärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

## 6.

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seine Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Das Risiko der Nicht-Beweisbarkeit, also die objektive Beweislast, trägt für leistungsbegründende Tatsachen die versicherte Person (BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, N 1536 ff.).

## 7.

In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**7.1** Dr. F.\_\_\_\_\_, Kardiologin, berichtete am 18. Oktober 2012 (act. 13 S. 8) die Dilatation der Aorta sei – im Vergleich zum letzten Bericht vom 17. Februar 2011 (act. 13 S. 9) – auf 45 mm gewachsen.

**7.2** Im radiologischen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_, Chef de Département - Hôpital H.\_\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2012, der anlässlich eines MRI der Thorax-Aorta vom 22. Dezember 2012 verfasst wurde, ergab der Befund einen atypischen Aspekt der Leberkuppe und der rechten Basis sowie das Vorhandensein von drei Aortenklappen, wovon zwei zusammengewachsen seien und als biskupide Klappen funktionierten. Die Aorta ascendens sei auf 46 mm erweitert (act. 19 S. 8-9).

**7.3** Dr. I.\_\_\_\_\_, Spezialist für Herz- und Gefässerkrankungen berichtete am 10. Januar 2013, im Rahmen der Konsultation vom 9. Januar 2013 habe der Versicherte über atypische Präkordialgien, unabhängig von Anstrengungen geklagt. Es bestehe keine Dyspnoe, aber Müdigkeit und ge-

gelegentlich Nausea. Links sei ein Karpaltunnel-Syndrom möglich. In Anbetracht des Aneurysma sei zur antihypertensiven Therapie ein Betablocker vorzuziehen (act. 13 S. 4). Es werde eine Reduktion von Iperfen auf 10 mg und – in einem ersten Schritt – Tenormin 50 (halbe Tablette) empfohlen.

**7.4** Im radiologischen Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ des Hôpital H. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2013 ergab das CT Thorax/Abdomen/Becken vom 1. Januar 2013 ein noduläres Bild des hinteren Segments der Leberkuppe rechts, hypo-intensiv in der arteriellen und venösen Phase, iso-intensiv in der Spätphase, was für ein Angiom spreche. Es bestehe eine Ausweitung der tubulären Aorta (antero-posterior 45 mm) auf einer Transversalen von 44 mm (act. 19 S. 5).

**7.5** Dr. I. \_\_\_\_\_ berichtete am 25. März 2013 im Vergleich zu 2012 seien die Aortendimensionen stabil. Die Umstellung auf Tenormin sei gut vertragen worden. Es werde vorgeschlagen, die Dosis auf eine Tablette pro Tag zu erhöhen und eventuell Iperfen abzusetzen (act. 13 S. 3).

**7.6** Im Bericht von Dr. J. \_\_\_\_\_, Neurologe, vom 17. April 2013 wurde beurteilt, in den Röntgenbildern der HWS vom 14. März 2013 zeige sich eine moderate Retrolisthesis von C4 gegenüber C5 und von C5 gegenüber C6, verknüpft mit einer zervikalen stufenweisen Unkodiskarthrose und einer Dikopathie C5-C6. Transversale Vergrößerung der Apophyse C7. Der Versicherte empfinde ein ständiges Gefühl des Betrunkenseins. Die somatisch-neurologische Untersuchung sei objektiv im Normalbereich gelegen (act. Act. 19 S. 2-3).

**7.7** Im ärztlichen Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ an die L. \_\_\_\_\_ vom 22. Mai 2013 wurde festgehalten, der Versicherte sei aufgrund seines Aneurysmas, wegen Schwindels und Dyspnoe bei Anstrengungen seit 8. März 2013 zu 100% Arbeitsunfähig (act. 19 S. 12-13).

**7.8** Dr. I. \_\_\_\_\_ führte am 5. Juni 2013 einen Belastungstest durch. In seinem am selben Tag verfassten Bericht beurteilte er, der Test sei in koronarer Hinsicht negativ. In beruflicher Hinsicht wurde festgehalten, dass das weitere Heben und Tragen extrem schwerer Lasten wegen des intrathorakalen Drucks zu riskant sei (act. 19 S. 1).

**7.9** Im Bericht vom 19. Juni 2013 von Dr. M. \_\_\_\_\_, Angiologin, wurde festgehalten, in der Echodoppler-Untersuchung der Arterien zeige sich eine kleine Erweiterung der Abdominalarterie von 22 mm (act. 23 S. 6).

**7.10** Im Arztbericht vom 20. Juni 2013 von Dr. I. \_\_\_\_\_ an die L. \_\_\_\_\_ wurden anamnestisch arterielle Hypertonie, biskupidale Aortenklappe mit Aortendilatation und moderate Aorteninsuffizienz festgehalten. Symptomatisch wurden Kraftlosigkeit, moderate Kurzatmigkeit, Schlafstörungen und Schwindelgefühle genannt. Das Heben und Tragen extrem schwerer Lasten sei wegen des intrathorakalen Drucks zu riskant (act. 19 S. 10-11).

**7.11** Dr. N. \_\_\_\_\_, Psychiaterin, beurteilte in ihrem Arztzeugnis vom 6. September 2013, der Versicherte leide an einer reaktiven Depression und benötige eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Zoloft (50mg/Tag). Bei der Untersuchung habe sich eine depressive Stimmung gezeigt, ein Angstzustand vom phobischen Typ sowie sozusagen vollständige Insomnie. Er sei somit nicht in der Lage einer Arbeit nachzugehen, da er vollständiger Ruhe bedürfe (act. 22 S. 2).

**7.12** Dr. O. \_\_\_\_\_, Pneumologe diagnostizierte am 12. September 2013 ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und riet zum Tragen einer CPAP-Maske (act. 30 S. 2).

**7.13** In einem undatierten ärztlichen Bericht beurteilte Dr. I. \_\_\_\_\_ es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30% seit Januar 2013 (act. 23 S. 2-5).

**7.14** Dr. N. \_\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten am 29. Oktober 2013 und am 3. Dezember 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Bei der Untersuchung haben sich eine depressive Stimmung, ein Angstzustand vom phobischen Typ sowie eine beinahe vollständige Insomnie gezeigt. Der Versicherte leide an einer reaktiven Depression und benötige eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zweimal pro Woche sowie eine regelmässige Behandlung mit Zoloft (50 mg; act. 31 S. 3 und 36 S. 3).

**7.15** Dr. O. \_\_\_\_\_ berichtete am 11. März 2014 über ein gutes Funktionieren der CPAP-Maske, wobei die Compliance noch verbesserungsfähig sei. Persistierendes Schwindelgefühl, das aufgrund eines anxio-depressiven Zustands zunehme (act. 47 S. 3).

**7.16** Mit Verlaufsbericht vom 26. März 2014 diagnostizierte Dr. K. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie, ein Aorten-Aneurysma sowie eine Aortendilatation, eine Depression und Schwindelgefühl. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60% (act. 47 S. 1-2).

**7.17** In ihren Arztzeugnissen vom 8. April 2014 und vom 15. Mai 2014 bestätigte Dr. N. \_\_\_\_\_ ihre bisherige medizinische Einschätzung und ergänzte, der Versicherte werde mit Zoloft 25 mg/Tag, Alprazolam 0.25 nach Bedarf sowie Zolpidem 10 auf die Nacht behandelt. Er sei als Invalid zu betrachten (act. 51 S. 1 und 52 S. 2).

**7.18** Dr. I. \_\_\_\_\_ beurteilte in seinem Untersuchungsbericht vom 14. April 2014, es bestehe eine sehr gut eingestellte Hypertonie ohne Zeichen linksventrikulärer Hypertrophie, eine biskupide Aortenklappe mit leichter Insuffizienz, eine stabile Dimension der Aorta ascendens sowie ein zervikales Syndrom mit unspezifischem, nicht kardiovaskulär bedingtem Schwindel (act. 69.1 S. 4-5).

**7.19** Im medizinischen Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2014 wurde als Diagnose eine schwere depressive Episode (F32.2) seit dem 21. Juni 2013 genannt. Seither bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. 54 S. 2-5).

**7.20** Am 16. Juni 2014 beurteilte Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin des RAD aufgrund der Unterlagen, ein anhaltender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne nach wie vor nicht aus den vorliegenden Akten abgeleitet werden. Es bestehe aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine drohende Invalidität, wenn nicht sogleich Massnahmen zur beruflichen Reintegration unternommen werden. Sollten diese Massnahmen im weiteren Verlauf scheitern, bedürfe es einer polydisziplinären Untersuchung, um einen allfälligen Gesundheitsschaden beurteilen zu können (Protokoll per 12. Februar 2016 der IV-Stelle D. \_\_\_\_\_ [Protokoll] S. 5-6).

**7.21** Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Psychiater und Chefarzt der Klinik R. \_\_\_\_\_ nannte am 4. August 2014 und am 8. August 2014 als Diagnose eine schwere depressive Episode (F32.2). Die Hospitalisation (vom 18. Juli bis 7. August 2014) sei günstig verlaufen mit Aufhellung der Stimmung und verbessertem Appetit. Es sei Zurückhaltung mit der Erhöhung von Zoloft geübt. Dagegen sei von Xanax auf Buspirone gewechselt worden (act. 59 S. 2-5 und 69.1 S. 8).

**7.22** Die RAD-Ärztin Dr. P. \_\_\_\_\_ beurteilte am 13. August 2014 es bestehe eine Diskrepanz zwischen der diagnostizierten Schwere der Depressivität und der niedrig dosierten Pharmakotherapie. Es präsentiere sich einer seit Monaten unveränderte Situation mit ungenügend ausgeschöpften

therapeutischen Möglichkeiten und der (zu vermutenden) subjektiven Überzeugung des Versicherten, gar nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Unter diesen Umständen dränge sich eine externe polydisziplinäre Begutachtung zur Objektivierung des Gesundheitsschadens auf (Protokoll S. 7).

**7.23** Am 15. Dezember 2014 wurde das polydisziplinäre Gutachten (allgemeininternistisch, neurologisch und psychiatrisch) der E. \_\_\_\_\_ AG ausfertigt und eingereicht (act. 69.2-69.5).

**7.23.1** In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am 2. Dezember 2014 mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom F32.11, deutlich ausgeprägt, an der Grenze zu einer schweren depressiven Episode sowie ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine Angststörung, nicht näher bezeichnet F41.9. Gestützt darauf sowie unter Berücksichtigung des Verlaufs wurde eine 80-100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2013 und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2014 in der bisherigen Tätigkeit sowie ab Juli 2013 zunächst eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, ab Anfang 2014 zunächst eine 40%ige, ab ca. Mitte 2014 bis Ende des stationären Aufenthaltes eine 10-20%ige und danach wieder eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestiert (act. 69.3).

Der Versicherte leide seit vier Jahren an Ängsten im Zusammenhang mit einer Erweiterung der Aorta ascendens dahingehend, dass die Aorta platzen könne. Trotz dieser Ängste sei der Versicherte aber durchgehend beruflich tätig gewesen, als Leiter einer Schlosserei. Im Februar 2013 sei eine betriebsbedingte Kündigung erfolgt. Der Verlust des Arbeitsplatzes habe dazu geführt, dass sich eine erhebliche depressive Symptomatik entwickelt habe, wobei dazu eine persönlichkeitsstrukturell hohe Leistungsorientierung beigetragen habe, ferner bestehe eine Disposition zu Depressionen. Zu einer erhöhten Vulnerabilität hinsichtlich der Entwicklung einer Depression dürfte auch die (an sich nicht Arbeitsunfähigkeitsrelevante) Angststörung beigetragen haben, die im Zusammenhang stehe mit einem zufällig vor vier Jahren entdeckten Aortenaneurysma. Es sei eine ambulante psychiatrische Behandlung, einschliesslich einer antidepressiven Medikation mit Zolofit erfolgt, ferner mit dem Schlafmittel Zolpidem. Warum hinsichtlich der Medikation mit Zolofit trotz ausbleibender Besserung und sogar Verschlechterung der Depression ab Anfang 2014 keine Dosiserhöhung erfolgt sei, sei nicht nachvollziehbar. Nach stationär-psychiatrischem



Aufenthalt in der Klinik R. \_\_\_\_\_ sei nur eine partielle Besserung der Depression eingetreten; es bestehe aktuell weiterhin eine erheblich ausgeprägte Depression, sogar wieder mit Verschlechterungstendenz.

**7.23.2** In allgemeininternistischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, am 6. November 2014 mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine bikuspidale Aortenklappe mit leichter bis höchstens moderater Aorteninsuffizienz und eine Dilatation der Aorta ascendens, aktuell 45 mm bis 46 mm sowie ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie (ED zirka 2008, gut eingestellt), ein obstruktives Schlafapnoesyndrom unter CPAP-Behandlung, anamnestisch eine Retrolisthesis C4/C5 und C5/C6, unspezifische Schwindelzustände und anamnestisch eine leichte Periarthropathia humeroscapularis links.

Es wurde beurteilt, das Aortenvitium dürfe als derzeit leicht und von hämodynamisch untergeordneter Bedeutung eingestuft werden. Diese Aussage beruhe auf den verfügbaren Daten der kardiologischen Voruntersuchungen sowie auf dem aktuell nur diskreten Herzgeräusch mit normaler Blutdruckamplitude sowie einer normalen Belastbarkeit in einer früheren Fahrradgeometrie. Mithin ergeben sich vom Aortenklappenvitium her derzeit keine Einschränkungen bezüglich körperlicher Belastungen in einem üblichen Rahmen sowie bezüglich Arbeitsfähigkeit. Zum Aortenaneurysma wurde sodann ausgeführt, die Dimensionen der Aorta ascendens scheinen gemäss der vorliegenden Berichte über die letzten rund vier Jahre stabil gewesen zu sein oder jedenfalls nur wenig verändert. Aktuell werden die maximalen Dimensionen der Aorta ascendens mit rund 45 mm bis 46 mm angegeben. Damit liege der Wert noch eindeutig unter den 50 mm, welche im Allgemeinen als Indikation zur Operation betrachtet werden. Allerdings müsse auch bei der aktuellen Dimension der Aorta eine Einschränkung bezüglich heftiger körperlicher Aktivitäten zur Verminderung der Rupturgefahr formuliert werden: Zu vermeiden seien heftige körperliche Aktivitäten mit abrupten und starken intrathorakalen Druckveränderungen, also bruske, isometrische Kraftanstrengungen, Pressen, Stossen sowie Aktivitäten mit Gefahr von Zusammenstössen. Auch Lastenheben sollte gewichtsmässig eingeschränkt werden, wobei hier die Gewichtslimite oft arbiträr festgelegt werde; also es fehlten eindeutige wissenschaftliche Limiten. Von den französischen Kollegen seien bereits vor knapp vier Jahren eine Gewichtshelimiten von zehn Kilogramm festgelegt worden. Ein Wert, der zwar als eher vorsichtig einzustufen sei, der aber in Anbetracht der eher schwächlichen Statur des Versicherten auch von ihnen übernommen werden könne.

Wegen des Aneurysmas der Aorta ascendens seien körperliche Aktivitäten zu vermeiden, welche mit abrupten und hohen Änderungen des intrathorakalen Druckes einhergehen. Mithin alle beruflichen und sportlichen Aktivitäten, welche plötzliches starkes Pressen, Heben, Ziehen und Drücken beinhalten. Ebenfalls Aktivitäten, bei denen die Gefahr von Thoraxkontusionen bestehe. Das Heben schwerer Lasten (über zirka 10 kg) sei zu vermeiden. Für alle anderen körperlichen Aktivitäten ergäben sich aber aus internistisch-kardiologischer Sicht keine Einwände. Namentlich keine Einwände bezüglich Arbeitszeiten und Arbeitsdauer. Auch Aktivitäten mit Stehen oder häufigem Gehen seien möglich. Es sei davon auszugehen, dass die Tätigkeit als Schlosser auch schwere, körperliche Aktivitäten beinhalte, welche es zu vermeiden gelte. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Schlosser betrage daher 0%. Eine Verweistätigkeit, welche dem Belastungsprofil entspreche, könne zu 100% ausgeübt werden.

In Bezug auf den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, grundsätzlich wäre es gerechtfertigt gewesen, bereits nach der Diagnosestellung des Aortenvitiums bzw. des Aneurysmas der Aorta ascendens (zirka 2008) die Empfehlung auszusprechen, auf schwere körperliche Arbeiten zu verzichten. De facto sei der Versicherte im Zusammenhang mit den sich entwickelnden Symptomen erst am 8. März 2013 als 100% arbeitsunfähig geschrieben. Es sei vertretbar, dieses Datum retrospektiv als Beginn der Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Arbeiten zu wählen. Mithin sei es vertretbar, den Beginn der Arbeitsunfähigkeit als Schlosser auf den 8. März 2013 zu verlegen. Die Arbeitsfähigkeit für eine berufliche Tätigkeit, welche dem Profil entspreche, sei immer zu 100% gegeben gewesen (act. 69.4).

**7.23.3** Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie konnte am 26. Oktober 2014 keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie einen diskreten Tremor an beiden Händen, vegetativ bedingt und Schwindelbeschwerden, wahrscheinlich funktionell. Daher sei die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten, wie auch in einer angepassten Tätigkeit nicht gestört (act. 69.5).

**7.23.4** In der Konsensbesprechung wurden folgende Diagnosen gestellt (act. 69.2):

1. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom F32.11, deutlich ausgeprägt, an der Grenze zu einer schweren depressiven Episode
  2. Bikuspidale Aortenklappe mit leichter bis höchstens moderater Aorteninsuffizienz
  3. Dilatation der Aorta ascendens, aktuell 45 mm bis 46 mm
2. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)
4. Angststörung, nicht näher bezeichnet F41.9
  5. Diskreter Tremor an beiden Händen, vegetativ bedingt
  6. Schwindelbeschwerden, wahrscheinlich funktional
  7. Arterielle Hypertonie (ED zirka 2008, gut eingestellt)
  8. Obstruktives Schlafapnoesyndrom unter CPAP-Behandlung
  9. Anamnestisch Retrolithesis C4/C5 und C5/C6
  10. Anamnestisch leichte Periarthropatia humeroscapularis links

Die Gutachter schlossen in ihrer konsensualen Synthese, beim Versicherten haben sich in den letzten Jahren Beschwerden in Form von unspezifischen Schwindelzuständen, Energielosigkeit sowie Ängsten entwickelt. Letztere seien im Zusammenhang mit der Erweiterung der Aorta ascendens (Rupturgefahr) und einer in Zukunft möglicherweise bevorstehenden Herzgefäßoperation gestanden. Trotz dieser Ängste sei der Versicherte aber zunächst beruflich tätig gewesen, als Leiter einer Schlosserei. Wegen zunehmender Beschwerden sowie wegen der ärztlichen Empfehlung, schwere und brüske Arbeiten zu vermeiden, habe der Versicherte im März 2013 seine Stelle als Schlosser verloren. Der Verlust des Arbeitsplatzes habe dazu geführt, dass sich eine erhebliche depressive Symptomatik entwickelt habe, wobei dazu eine persönlichkeitsstrukturell hohe Leistungsorientierung beigetragen habe. Ferner müsse aufgrund der Anamnese mit einer früheren depressiven Episode von einer Disposition zur Depression ausgegangen werden. Mithin stehen beim Versicherten nicht somatisch bedingte Störungen im Vordergrund, sondern psychische Symptome, wie auch der begutachtende Psychiater festhalte. So stelle er die Diagnose einer gegenwärtig mittelgradigen bis gegen schweren depressiven Episode, zu deren Entwicklung auch die (an sich nicht arbeitsunfähigkeitsrelevante) Angststörung beigetragen habe. Ab Mitte 2013 sei eine ambulante psychiatrische Behandlung, einschliesslich einer antidepressiven Medikation,

vorerst ohne Besserung, respektive sogar einer Verschlechterung der Depression ab Anfang 2014 erfolgt. Auch nach einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt sei nur eine partielle Besserung der Depression eingetreten; es bestehe aktuell weiterhin eine erheblich ausgeprägte Depression, sogar wieder mit Verschlechterungstendenz. Für den psychiatrischen Gutachter bestehe damit bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit derzeit keine Arbeitsfähigkeit. Auch bezüglich adaptierten Verweistätigkeiten bestehe aktuell nur eine Arbeitsfähigkeit von zirka 40% (3.5 Stunden pro Tag).

Die kardiovaskuläre Erkrankung löse selbst keine körperlichen Beschwerden aus – und habe nur geringe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend dürfe das Aortenvitium als derzeit leicht und von hämodynamisch untergeordneter Bedeutung eingestuft werden. Mithin ergeben sich vom Aortenklappenvitium her derzeit keine Einschränkungen bezüglich körperlicher Belastungen in einem üblichen Rahmen sowie bezüglich Arbeitsfähigkeit. Dagegen gehe eine gewisse Einschränkung bezüglich der Arbeitsfähigkeit vom Aneurysma der Aorta ascendens aus: bei der aktuellen Dimension der Aorta müsse eine Einschränkung bezüglich heftiger und schwerer körperlicher Aktivitäten zur Verminderung der Rupturgefahr formuliert werden. Es sei davon auszugehen, dass die Tätigkeit als Schlosser auch schwere körperliche Aktivitäten beinhalte, welche es zu vermeiden gelte. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage daher 0%. Verweistätigkeiten, welche ohne zu vermeidenden Aktivitäten auskämen, können aus kardiologischer Sicht dagegen zu 100% ausgeübt werden. Die letztere Einschätzung basiere auch auf der Beobachtung, dass die Dimensionen der Aorta ascendens über die letzten rund vier Jahre stabil gewesen seien oder sich jedenfalls nur wenig verändert hätten. Die derzeit maximalen Dimensionen der Aorta ascendens mit rund 45 mm bis 46 mm liegen noch eindeutig unter den 50 mm, welche im Allgemeinen als Indikation zur Operation (Ersatz der Aorta ascendens) betrachtet werden.

Von den übrigen internistischen Störungen und Leiden gehen keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus, dies gelte insbesondere für die arterielle Hypertonie, welche sehr gut eingestellt sei, sowie für das obstruktive Schlafapnoesyndrom und die anamnestisch geäußerte im Moment aber klinisch blande Periarthropathia humeroscapularis.

Von neurologischer Seite her seien sämtliche Untersuchungsbefunde im Normalbereich, ausser eines minimalen Zitterns an beiden Händen, das bei Intention nicht zunehme. Die begutachtende Neurologin halte den angegebenen Schwindel für funktionell bedingt. Ein zentralvestibulärer respektive

zervikal bedingter Schwindel sei höchst unwahrscheinlich, da es sich um einen Dauerschwindel handle, der durch äussere Momente kaum beeinflussbar sei. Auch fehle eine drehende Komponente, so dass ein vestibulärer Schwindel ebenfalls nicht zu diagnostizieren sei. Darüber hinaus machen die Charakteristik der Schwindelzustände sowie die Daten der erfolgten Abklärungen eine kardiovaskuläre Genese, aber auch eine otogene Genese unwahrscheinlich. Von neurologischer Seite ergeben sich damit keine Einschränkungen bezüglich Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend seien wegen des Aneurysmas der Aorta ascendens körperliche Aktivitäten zu vermeiden, die mit abrupten und hohen Änderungen des intrathorakalen Druckes einhergehen. Mithin alle beruflichen und sportlichen Aktivitäten, welche plötzliches, starkes Pressen, Heben, Ziehen oder Drücken beinhalten. Ebenfalls Aktivitäten, bei denen die Gefahr von Thoraxkontusionen bestehen. Das Heben schwerer Lasten (über zirka 10 kg) sei zu vermeiden. Für alle anderen körperlichen Aktivitäten ergeben sich aber aus internistisch-kardiologischer und auch neurologischer Sicht keine Einwände. Namentlich keine Einwände bezüglich Arbeitszeiten und Arbeitsdauer. Auch Aktivitäten im Stehen oder häufigem Gehen seien möglich. Der Psychiater befürworte sehr einfache, gut strukturierte, sachbezogene Tätigkeiten, ohne erhöhte Anforderungen an Flexibilität, Umstellungsvermögen, emotionale Belastbarkeit, ohne Zeitdruck, ohne sehr unregelmässige Arbeitszeiten und ohne Nachtschichten.

**7.24** Die RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_\_ beurteilte am 19. Dezember 2014, die im polydisziplinären Gutachten vom Psychiater postulierte Arbeitsunfähigkeit von 60% für angepasste Tätigkeiten lasse sich aus den psychopathologischen Befunden schwer ableiten. Dort seien eher diskrete Funktionseinschränkungen beschrieben. Die wichtigste Information aus dem Psychostatus sei die Selbsteinschätzung des Versicherten, der sich zu keinerlei Arbeitstätigkeit mehr in der Lage sehe. Die erhobene Forderung nach Intensivierung der Behandlung sei aus ihrer Sicht unbedingt zu stützen und könne dem Versicherten zugemutet werden. Es werde empfohlen eine stationäre psychiatrische Behandlung im Sinne der Schadensminderungspflicht zur Auflage zu machen. In kurzem zeitlichen Abstand zur Beendigung der stationären Behandlung sollten Massnahmen zur beruflichen Reintegration ergriffen werden, da der Versicherte seine angestammte Tätigkeit langfristig nicht mehr ausüben könne und gemeinsam mit ihm eine leidensangepasste Tätigkeit gesucht werden sollte. Aufgrund der vom psychiatrischen Gutachter beschriebenen intellektuellen Ressour-

cen und der Leistungsorientierung des Versicherten halte sie die beruflichen Massnahmen grundsätzlich für durchführbar, sofern die Grundüberzeugung des Versicherten korrigiert werden könne, der sich in keinerlei Arbeitstätigkeit mehr sehe (Protokoll S. 8-9).

**7.25** Am 22. Juni 2015 führte der RAD-Arzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH eine eigene Untersuchung des Versicherten durch und beurteilte dabei, durch die sehr strenge Erziehung habe der Versicherte ein hohes Pflichtbewusstsein und eine hohe Leistungsbereitschaft. Bereits mit 25 Jahren sei er wegen eines recht schweren depressiven Zustandes psychiatrisch hospitalisiert, und seither sei es wiederholt zu leichteren depressiven Phasen und zu tageweisem Auftreten von Schwindel gekommen. Der Zufallsbefund eines Aortenaneurysmas habe ab 2010 zu einer Verstärkung des Schwindels sowie zu erheblichen Ängsten geführt. Der Versicherte habe seine Arbeitsstelle nach einer Anstellung von 22 Jahren verloren. Die Kombination aller Faktoren habe zur Entwicklung eines chronifizierenden, therapieresistenten psychiatrischen Leiden geführt. Im Vordergrund stehe dabei eine schwere, agitierte depressive Symptomatik. In Bezug auf gewisse Berichte der Behandler sei davon auszugehen, dass diese wegen der agitierten Komponente das Ausmass der Depression unterschätzt haben. Bereits die E.\_\_\_\_\_ AG habe festgehalten, dass sich die mittelgradige depressive Symptomatik an der Grenze zu einem schwer depressiven Zustand befinde. Seither habe deren Intensität offenbar noch zugenommen. Die ambulante Behandlerin habe zudem bereits zuvor eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Der Entwicklung der schweren, depressiven Symptomatik seien psychosomatische Symptome (Schwindel) und Ängste (insbesondere vor dem Platzen des Aorten-Aneurysmas) voraus. Mittlerweile stehen diese Beschwerden ganz im Rahmen der schweren Depression, sodass diesbezüglich keine zusätzliche Diagnose gerechtfertigt sei. Allerdings seien die psychosomatischen Beschwerden und die Angst der Entwicklung der schweren, depressiven Symptomatik im Verlauf deutlich voraus gegangen. Im Rahmen der Beurteilung wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

#### Rezidivierende depressive Störung F33.3

- schwere agitierte depressive Episode mit psychotischen Symptomen (Schuldwahn)
- bestehend seit rund 3/13, progredienter, therapieresistenter, chronifizierender Verlauf
- mit erheblicher Somatisierung (permanenter Schwindel, Kopfschmerzen)

- mit ausgeprägten Ängsten

Als funktionelle Einschränkungen wurden genannt, erhebliche Beeinträchtigungen von Antrieb, Konzentrationsfähigkeit, emotionaler Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde beurteilt, aufgrund der selbst erhobenen Befunde sei auf das psychiatrische Teilgutachten vom 2. Dezember 2014 der E. \_\_\_\_\_ AG bis zum Eintritt in die Klinik vom 18. Juli 2014 abzustellen. Hingegen bestehe seither eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede Art von Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Somit ergebe sich folgender Verlauf der Arbeitsunfähigkeit: 50% ab Juli 2013, 40% ab Januar 2014, 100% seit 8. Juli 2014. In Anbetracht des trotz einer angemessenen Behandlung progredienten Verlaufs sei es unwahrscheinlich, dass es während der kommenden ein bis zwei Jahre zu einer erheblichen, anhaltenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit kommen werde (Protokoll S. 16-31).

## **8.**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz für die Rentenzusprache an den Beschwerdegegner (Viertelsrente) zu Recht auf das Gutachten der E. \_\_\_\_\_ AG vom 15. Dezember 2014 sowie auf das RAD-Gutachten vom 22. Juni 2015 abgestellt hat.

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht sei die angestammte oder zumindest eine leicht angepasste Tätigkeit noch möglich gewesen. Der somatische Gesundheitszustand habe sich seit Jahren nicht verändert und der Beschwerdegegner sei bis zur Kündigung praktisch durchgehend voll arbeitsfähig gewesen. Es sei kein Grund ersichtlich, weshalb dies nach der Kündigung geändert haben sollte.

**8.1** Soweit die Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf den somatischen Zustand des Beschwerdegegners in Frage gestellt wird, hat Dr. med. T. \_\_\_\_\_ im allgemeininternistischen Teilgutachten vom 6. November 2014 nachvollziehbar dargelegt, dass die aktuelle Dimension der Aorta eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit sich bringe. Dabei seien heftige körperliche Aktivitäten mit abrupten und starken intrathorakalen Druckveränderungen zu vermeiden, da dadurch die Rupturgefahr vermindert werden könne. Er beurteilte, dass die Tätigkeit als Schlosser derart schwere körperliche Aktivitäten beinhalten könne und in diesem Zusammenhang keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Unter Berücksichtigung des Belastungsprofils könne

demgegenüber eine Verweistätigkeit vollschichtig ausgeübt werden. Bereits in früheren ärztlichen Stellungnahmen wurde eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht postuliert. Insbesondere Dr. I. \_\_\_\_\_ betonte, dass das Heben extrem schwerer Lasten riskant sei, womit sich seine Einschätzung im Wesentlichen mit derjenigen von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ deckt. Demgegenüber beurteilte Dr. I. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30%, was nachvollziehbar ist, da die Schlossertätigkeit nicht vorwiegend aus körperlich schweren Arbeitsabläufen besteht. Dr. K. \_\_\_\_\_ begründete seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 60% nicht näher. Zudem geht aus seiner Beurteilung nicht hervor, ob er seiner Einschätzung sämtliche Diagnosen zu Grunde legt, weshalb auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden kann.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf nicht hinreichend nachvollziehbar beurteilt wurde.

**8.2** In psychiatrischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, weder das psychiatrische Teilgutachten der E. \_\_\_\_\_ AG noch das versicherungsinterne RAD-Gutachten können als schlüssig und nachvollziehbar gelten. Daher habe die Vorinstanz nicht auf diese Untersuchungsergebnisse abstellen dürfen. Zudem hätte erkannt werden müssen, dass die auf Kündigung zurückgehende psychische Gesundheitsstörung praktisch vollständig in bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren aufgehe.

**8.2.1** Wie die RAD-Ärztin Dr. med. P. \_\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 19. Dezember 2014 zu Recht festgestellt hat, lässt sich die im psychiatrischen Teilgutachten der E. \_\_\_\_\_ AG beurteilte Arbeitsunfähigkeit von 60% gestützt auf die Befunde nicht nachvollziehen. Unklar ist insbesondere die Ausprägung der diagnostizierten mittelgradigen Depression sowie die bestehenden Funktionseinschränkungen. Zudem wird bei der Beurteilung schwergewichtig auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdegegners abgestellt und keine kritische Würdigung vorgenommen. Die psychosozialen Belastungsfaktoren wurden weder abschliessend herausgearbeitet noch wurde eine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht auf das psychiatrische Teilgutachten der E. \_\_\_\_\_ AG abgestellt hat.



**8.2.2** Zu prüfen ist folglich, ob die Vorinstanz hinsichtlich der Feststellung des psychiatrischen Gesundheitszustandes sowie der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das RAD-Gutachten vom 22. Juni 2014 abgestellt hat (vgl. Protokoll S. 34).

**8.2.2.1** Gemäss der mit BGE 143 V 418 jüngst geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher 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; vgl. Urteil des BGer 9C\_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 4.1). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend (vgl. Urteil des BGer 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

**8.2.3** Das RAD-Gutachten vom 22. Juni 2015 wurde erstellt, bevor das Bundesgericht am 30. November 2017 seine Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter psychischer Störungen mit den Urteilen 8C\_841/2016 und 8C\_130/2017 geändert hat. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des BGer 9C\_78/2017 vom 26. Januar 2017 E. 6.3.1).

Zu prüfen ist daher, ob die im RAD-Gutachten vom 22. Juni 2015 vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor der neuen Rechtsprechung standhält.

**8.2.4** Im RAD-Gutachten vom 22. Juni 2015 wurden Fragen zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 beantwortet. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wurde gestützt auf den erhobenen psychiatrischen Befund, die Verhaltensbeobachtungen und die Angaben des Versicherten zu seinen Beschwerden sowie zu seinem Tagesablauf der

Schweregrad der depressiven Episode als schwer, agitiert und mit psychotischen Symptomen eingestuft. Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_\_ sei von einer schweren Depression ausgegangen. Im Teilgutachten der E.\_\_\_\_\_ AG sei die mittelgradige depressive Symptomatik an der Grenze zu einem schweren depressiven Zustand beurteilt worden. Seither habe deren Intensität offenbar noch zugenommen. Dr. med. V.\_\_\_\_\_ begründet nicht, inwiefern sich das depressive Beschwerdebild seit dem psychiatrischen Teilgutachten der E.\_\_\_\_\_ AG verschlechtert haben soll. Es wird auch nicht ausgeführt, weshalb seit dem Eintritt in die Klinik R.\_\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Da ein stationärer Aufenthalt grundsätzlich zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes eines Patienten vorgenommen wird, hätte Dr. med. V.\_\_\_\_\_ zumindest aufzeigen müssen, weshalb er zu dieser Einschätzung gelangt ist.

**8.2.5** Was den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (Urteile des BGer 9C\_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 4.2.1 und 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2; BGE 141 V 281 E. 4.3.1) anbelangt, wird festgehalten, dass weder eine angemessene, ambulante psychiatrische Behandlung noch zwei stationäre psychiatrische Therapien zu einer anhaltenden Besserung des psychischen Zustandsbildes geführt hätten. Wegen der agitierten Komponente sei zudem in Bezug auf gewisse Berichte der Behandler davon auszugehen, dass diese das Ausmass der Depression unterschätzt haben. Die ambulante Therapie, der geringe Therapieerfolg sowie die wiederholte Inanspruchnahme einer stationären psychiatrischen Behandlung sprechen für einen erheblichen Schweregrad der Erkrankung. Es wird indes nicht ersichtlich, ob Dr. med. V.\_\_\_\_\_ den Verlauf und den Ausgang der Therapien bei seiner Beurteilung der Gesundheitsschädigung und der daraus resultierenden Funktionseinschränkungen genügend berücksichtigt hat, da eine eingehende Auseinandersetzung damit fehlt. Ebenfalls äussert sich Dr. med. V.\_\_\_\_\_ nicht zur psychopharmakologischen Medikation, obwohl seit dem Gutachten durch die E.\_\_\_\_\_ AG eine Dosiserhöhung des Sertralins von 50 mg auf 100 mg stattgefunden hat und die niedrige Dosierung bereist im E.\_\_\_\_\_ AG-Gutachten erwähnt und beanstandet worden ist. Die engmaschige Therapie spricht überdies für einen hohen Leidensdruck, was im Hinblick auf den beweisrechtlichen Aspekt der Konsistenz bedeutsam ist (BGE 141 V 281 E. 4.4).

**8.2.6** Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der diagnostizierten schweren depressiven Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil des BGer 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1). Im Vordergrund steht das Herzleiden des Beschwerdeführers. Dieses schränkt den Beschwerdeführer zwar in seiner angestammten Tätigkeit als Schlosser ein, nicht aber in einer angepassten Tätigkeit. Dr. med. V.\_\_\_\_\_ beurteilte, die mit dem Herzleiden zusammenhängenden psychosomatischen Symptomen (Schwindel) und Ängste (insbesondere vor dem Platzen des Aorten-Aneurysmas) stünden beim Versicherten subjektiv im Vordergrund. Die als psychosomatische Komponenten definierten Schwindel, wie auch die Kopfschmerzen finden sich nicht in früheren psychiatrischen Berichten, sondern wurden bis anhin lediglich als somatische Leiden eingestuft. Dr. med. V.\_\_\_\_\_ hat indessen nicht begründet, weshalb er zu dieser abweichenden Einschätzung gelangt ist.

**8.2.7** Im Komplex Persönlichkeit beschrieb Dr. med. V.\_\_\_\_\_, es bestehe eine erheblich agitierte Komponente und ausgeprägte Ängste. Die typisch depressive Symptomatik erreiche teilweise ein psychotisches Ausmass, mit wahnhaften Gefühlen von Schuld und Scham, weil der Versicherte der Überzeugung sei, seine Kinder unzumutbar zu belasten. In Bezug auf den sozialen Kontext wird dargelegt, dass krankheitsbedingt ein erheblicher sozialer Rückzug bestehe. Schliesslich beurteilte Dr. med. V.\_\_\_\_\_, die Kombination mehrerer Faktoren im Sinne einer stark leistungsorientierten Haltung, die rezidivierende depressive Episoden, Schwindel seit Jahren, verstärkt durch das Aortenaneurysma, zusätzlich deshalb wieder Schwindel sowie den Stellenverlust nach 22 Jahren habe zur Entwicklung eines chronifizierenden, therapieresistenten psychiatrischen Leiden geführt. Damit stehen zumindest teilweise psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund der depressiven Symptomatik. Doch kann ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seinen Erklärung findet, sondern davon unterscheidbare psychiatrische Befunde umfasst. Vorliegend ist es jedoch nicht möglich zu beurteilen, inwiefern Dr. med. V.\_\_\_\_\_ auch die invali-

ditätsfremden Komponenten bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt hat, da eine Auseinandersetzung damit fehlt und auch keine entsprechende Differenzierung vorgenommen wurde.

**8.3** Insgesamt sind im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 die im Gutachten vom 22. Juni 2015 postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht hinreichend erstellt. Damit lässt sich die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit nach Prüfung der Standardindikatoren nicht nachvollziehen. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit besteht somit weiterer Abklärungsbedarf.

**8.4** Damit ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht auf einem nicht rechtsgenügend abgeklärten Sachverhalt beruht (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb über den hier streitigen Rentenanspruch nicht entschieden werden kann und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlt eine nachvollziehbare gefässchirurgische Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht unter Berücksichtigung der gesamten Vorakten. Sodann fehlen hinreichende psychiatrische Angaben, um eine einlässliche und schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts vornehmen zu können. Erforderlich sind entsprechende psychiatrische Angaben zu Entwicklung und Verlauf der psychischen Erkrankung, eine differenzierte Auseinandersetzung mit den psychosozialen Belastungsfaktoren sowie eine klare Abgrenzung und die Beurteilung der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in der bisherigen Tätigkeit (als Schlosser) und in einer leidensangepassten Tätigkeit, was rechtsprechungsgemäss eine einlässliche psychiatrische Auseinandersetzung auch mit den gesamten Vorakten voraussetzt. Zu diesem Zweck ist ein Gutachten in den Disziplinen Psychiatrie und Gefässchirurgie einzuholen. Da es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art unabdingbar ist, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen, wird die Rückweisung mit der Weisung verbunden, dass die Vorinstanz eine entsprechende Begutachtung des Versicherten in der Schweiz zu veranlassen hat (vgl. Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vo-

rinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). Die bisherigen Gutachter kommen nicht mehr in Frage, da sie anlässlich der neuen Begutachtung ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Das neu zu erstellende Gutachten hat sich mit den für den Vergleichszeitraum massgeblichen medizinischen Vorakten hinreichend auseinanderzusetzen. Sodann ist bei der Begutachtung insbesondere die dargelegte neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zu beachten, damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist. Bei der Einholung des Gutachtens wird die IVSTA die nach der Rechtsprechung massgebenden Grundsätze eines fairen Verfahrens (BGE 139 V 349 i.V.m. 137 V 210), namentlich die Partizipationsrechte zu beachten haben.

**8.5** Die vorliegende Sache ist – mangels eines rechtsgenügend abgeklärten Sachverhalts – gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich und angebracht, da relevante Fragen (insb. die Anwendung des neuen Prüfungsrasters gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung) bisher vollständig ungeklärt blieben. Würde diese mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

**8.6** Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen

sind, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen (vgl. 10.8) über den Rentenanspruch neu verfüge.

**9.** Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**9.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**9.2** Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Beschwerdeführerin war im vorliegenden Verfahren anwaltlich vertreten, weshalb ihr zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwands auf Fr. 3'000.- festzusetzen. Als Bundesbehörde hat die unterliegende Vorinstanz keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Dispositiv nächste Seite

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben wird und die Akten an die Vorinstanz zurückgewiesen werden, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.- zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- den Beschwerdegegner (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Giulia Santangelo

**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 Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: