



## **Urteil vom 14. April 2025**

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Christoph Rohrer,  
Richterin Selin Elmiger-Necipoglu,  
Gerichtsschreiberin Fiona Schneider.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
Beschwerdeführer,  
gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung der IVSTA vom 17. Juni 2021.

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

A. \_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: Beschwerdeführer oder Versicherter), geboren am (...) 1977, ist deutscher Staatsbürger und wohnt in Deutschland. Er arbeitete ab Januar 2012 als Sozialpädagoge bei verschiedenen Arbeitgebern in der Schweiz (Grenzgänger) und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ [IV-act.] 18). Ab 15. Januar 2018 wurde der Versicherte zufolge einer rückläufigen schweren depressiven Episode, einer Cannabisabhängigkeit und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu 100 % krankgeschrieben (IV-act. 20 S. 2 f.). Vom 14. Februar bis 16. März 2018 liess er sich in einer psychiatrischen Klinik stationär behandeln (IV-act. 67 S. 6 ff.).

**B.**

**B.a** Am 12. Juni 2018 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IV-act. 10). Nach verschiedenen Arbeitsversuchen (IV-act. 44) wurden die ab September 2018 durchgeführten Massnahmen der Frühintervention im September 2019 beendet (IV-act. 53, 54). Am 30. Januar 2020 erfolgte eine Haushaltabklärung (IV-act. 60, 62).

**B.b** Am 24. August 2020 gab die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag (IV-act. 75), welches am 19. Januar 2021 erstattet wurde und dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angestammter sowie in angepasster Tätigkeit attestierte (IV-act. 76). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Versicherte diverse weitere Arztberichte ein, in welchen unter anderem ein Lupus Erythematoses bzw. eine Kollagenose diagnostiziert sowie eine Genveränderung mit Auswirkungen auf die Stoffwechslung von Medikamenten festgestellt wurden (IV-act. 85 S. 8 f., 87 S. 2 f.). In der Folge nahm der regionale ärztliche Dienst (RAD) sowohl zum Gutachten als auch zu den eingereichten Arztberichten (IV-act. 78, 88) Stellung.

**B.c**

Mit Verfügung vom 17. Juni 2021 lehnte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz) das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verweis auf das Vorliegen einer gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 80 % in angestammter und angepasster Tätigkeit wegen fehlender Erfüllung der Wartefrist ab (IV-act. 91).

**C.**

**C.a** Diese Verfügung focht der anwaltlich vertretene Versicherte mit Beschwerde vom 18. August 2021 beim Bundesverwaltungsgericht an und beantragte, die Verfügung vom 17. Juni 2021 vollumfänglich aufzuheben und die Sache zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventualiter sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act.] 1). Mit der Beschwerdeschrift wurde ein ausführlicher Bericht über einen weiteren stationären Klinikaufenthalt vom 17. Mai 2021 bis 1. Juli 2021 eingereicht (BVGer-act. 1 Beilage 3).

**C.b** Die Vorinstanz verwies in ihrer Vernehmlassung vom 20. Oktober 2021 auf die Stellungnahme der IV-Stelle und schloss sich deren Antrag auf Abweisung der Beschwerde sowie der diesbezüglichen Begründung an (BVGer-act. 6).

**C.c** Mit Zwischenverfügung vom 1. November 2021 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung abgewiesen (BVGer-act. 7).

**C.d** In ihrer Replik vom 17. Januar 2022 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 11).

**C.e** Mit Duplik vom 16. Februar 2022 hielt die Vorinstanz an ihrem Abweisantrag fest und verwies begründungsweise auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 10. Februar 2022 (BVGer-act. 13).

**C.f** Der Schriftenwechsel wurde mit Instruktionsverfügung vom 23. Februar 2022 (BVGer-act. 14) abgeschlossen.

**C.g** Mit Eingabe vom 26. März 2023 teilte die Rechtsvertreterin mit, dass sie die Interessen des Beschwerdeführers nicht mehr vertrete (BVGer-act. 15).

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

### **1.**

**1.1** Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**1.2** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen 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 gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV begründete Zuständigkeit bleibt (unter Vorbehalt der vorliegend nicht einschlägigen Abs. 2<sup>bis</sup>–2<sup>quater</sup> von Art. 40 IVV) im Verlaufe des Verfahrens erhalten (vgl. Art. 40 Abs. 3 IVV). Die Verfügungen werden – wie vorliegend – von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

### **2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. Juni 2021, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat (IV-act. 91 S. 4 f.). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **3.**

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

**3.2** Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

#### **4.**

**4.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen.

**4.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. Juni 2021) 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).

#### **5.**

**5.1** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind

auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im 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).

**5.2** Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet; die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer ist erfüllt (IV-act. 18 S. 2).

## **6.**

**6.1** 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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht 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).

**6.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederung

rungsmassnahmen 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).

**6.3** Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

## 7.

**7.1** 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 (vgl. Urteile des BGer 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

**7.2** Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl.

BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

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

**7.4** Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**7.5** Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht von vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Es hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (E. 6.3).

## **8.**

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

**8.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2014 eine chronifiziert depressive Entwicklung (ICD-10 F34.1). Beim Versicherten bestehe bereits seit Jahren eine Tendenz zu Melancholie und leichten depressiven Symptomen aufgrund der schwierigen privaten Verhältnisse und einer antidepressiven Medikation, die schlecht toleriert werde. Die Einnahme von Citalopram habe zu einer Stimmungsaufhellung geführt, allerdings habe der Versicherte unter diversen Nebenwirkungen gelitten. Beim Versuch, das Medikament abzusetzen, seien erneut Kopfdruck und vermehrte Unruhe aufgetreten (IV-act. 22 S. 20 = 68 S. 7).

**8.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. September 2015 ein anhaltendes Reizsyndrom bzw. eine nicht-obstruktive Bronchitis, wahrscheinlich im Zusammenhang mit regelmässigem Rauchen. Eine obstruktive Ventilationsstörung oder bronchiale Hyperreagibilität sowie exogen-allergische Sensibilisierungen lägen nicht vor. Die Lungenfunktionswerte seien im Normalbereich (IV-act. 22 S. 21).

**8.3** Im teilweise unleserlichen Bericht des Universitätsklinikums (...) vom 2. Mai 2016 wurde eine teilremittierte Depression diagnostiziert. Nach anfänglicher Besserung zu Beginn der Wiedereingliederung sei erneut eine Erschöpfung eingetreten, der Versicherte empfinde keine Freude und habe keine Kraft mehr (IV-act. 68 S. 9 f.).

**8.4** In seinen Berichten vom 14. Juni 2016, 28. Juli 2016, 13. Oktober 2016, 13. Januar 2017, 5. April 2017 und 5. Juli 2017 diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rückläufige schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, vermutlich auf dem Boden einer Dysthymie und erschwert durch einen langzeitigen Cannabis-Konsum (ICD-10 F32.2, F34.1, F12.1). Es handle sich um eine ausgeprägte depressive Symptomatik, wobei schon in den Jahren zuvor mindestens eine subdepressive Stimmung zu vermuten sei. Diese könne zusätzlich durch den regelmässigen Cannabis-Konsum im Rahmen eines amotivationalen Syndroms verstärkt werden. Auch regelmässiger Alkoholkonsum sei nicht förderlich. Der Versicherte habe in der Vergangenheit keine guten Erfahrungen mit Citalopram und Venlafaxin gemacht. Gerade Letztgenanntes sei bei der differentialdiagnostischen Möglichkeit einer ADHS noch eine gute Alternative, die nun nicht mehr eingesetzt werden könne. Die Konzentration sei weiterhin sehr schwierig, wohl schon seit Schulalter. Die Stimmung sei eher gedrückt mit vermindertem

Freudeempfinden, wenig Auflockerung, der Antrieb sei reduziert, aber langsam besser werdend. Intermittierende Suizidgedanken bestünden aktuell, aber ohne aktiven Handlungsdruck (IV-act. 21 S. 7-14).

**8.5** In seinem Bericht vom 16. November 2017 diagnostizierte Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Leiter der Hochschulambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (...), eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS; ICD-10 F 90.0), eine Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10 F12.2) und ein Zustand nach schweren depressiven Episoden bei rezidivierenden Störungen (ICD-10 F33.2). Es bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten im Berufsalltag. Der Versicherte sei im Affekt euthym, auslenkbar, Freudeempfinden und Interessen seien vorhanden, keine Reduktion von Antrieb oder Energie ausserhalb beruflicher Belastungen. Leitliniengemäss stelle bei isolierten ADS-Syndromen die Behandlung mit Stimulantien wie Methylphenidat die Medikation erster Wahl dar. Jedoch sei im Kontext des aktuellen Cannabis-Konsums von der Verschreibung eines Betäubungsmittels abzusehen. Mit dem Versicherten sei besprochen worden, dass eine Cannabis-Karenz auch die ADS-Symptome deutlich verbessern könne. Hierfür habe der Patient im Rahmen des Gesprächs eine weitere Motivation aufgebaut. Zur symptomatischen Behandlung könne Elontril auf 300 mg aufdosiert werden (IV-act. 22 S. 15 ff. = 68 S. 12 ff.).

**8.6** In einem undatierten Schreiben hielt Dipl. psych. G.\_\_\_\_\_, psychologischer Psychotherapeut, fest, er gehe vom Vorliegen einer zumindest mittelgradigen depressiven Episode mit Anhedonie, Antriebsschwäche, Konzentrationsstörungen, Grübelzwang und Zukunftsängsten aus. Die Beeinträchtigungen beträfen sämtliche Lebensbereiche und hätten zuletzt zu einer Krankenschreibung durch den behandelnden Arzt der Uniklinik (...) geführt. Es sei unsicher, ob eine ambulante Therapie allein ausreichen werde, um dem Versicherten bei der Alltagsbewältigung zu helfen, weshalb über die Möglichkeiten einer stationären Behandlung gesprochen worden sei (IV-act. 22 S. 19 = 68 S. 8).

**8.7** In seinen Berichten vom 29. November 2017 (IV-act. 21 S. 15 f.) und 15. Januar 2018 (IV-act. 21 S. 5) diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_\_ wiederum eine rückläufige schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, vermutlich auf dem Boden einer Dysthymie und erschwert durch einen langzeitigen Cannabiskonsum (ICD-10 F32.2, F34.1, F12.1) sowie eine ADHS. Dem Versicherten sei eine Behandlung mit Atomoxetin vorgeschlagen worden, und er habe sich nach intensiver Aufklärung darauf

eingelassen. Die Grundbedingung dafür sei aber, dass, sollte ein Effekt unter Atomoxetin eintreten, der Versicherte schrittweise den Cannabiskonsum reduziere. Anfang Januar habe ihn der Versicherte notfallmässig konsultiert und von Belastungen am Arbeitsplatz sowie Auseinandersetzungen mit der Freundin berichtet. Der Versicherte führe dies auf die Reduktion respektive die Abstinenz von Cannabis nach jahrelangem Konsum zurück. Mit Cannabis habe er versucht, seine Impulsivität und seine Emotionschwankungen zu unterdrücken. Ohne Cannabis habe er seine Emotionen nicht richtig im Griff, er reagiere teilweise sehr gereizt und aggressiv und befürchte, sowohl seinen Arbeitsplatz als auch seine Beziehung zu gefährden. Die kognitiven Einschränkungen beschreibe er als sehr belastend. Die gewählte Behandlung scheine vor dem Hintergrund der doch längeren Latenz von Atomoxetin und der aufflammenden emotional depressiven Symptomatik aktuell nicht ausreichend, so dass eine stationäre Behandlung mit dem Ziel der emotionalen Stabilisierung sinnvoll erscheine.

**8.8** Laut Austrittsbericht (inkl. Laborbefund) vom 15. März 2018 von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_\_, befand sich der Versicherte vom 14. Februar bis 16. März 2018 in stationärer Behandlung. Diagnostiziert wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) sowie sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugendzeit (ICD-10 F98.8). Gemäss psychopathologischem Befund ergäben sich keine klinischen Hinweise auf eine Intoxikation oder ein Entzugssyndrom. Psychomotorisch wirke der Versicherte gehemmt, blockiert. Auffassung, Konzentration sowie Gedächtnis seien im Rahmen der depressiven Grunderkrankung leicht gemindert. Formalgedanklich wirke er zeitweilig sehr eingeengt, vor allem hinsichtlich der Umstellung der Medikation auf Methylphenidat (MPH). Im Affekt wirke er leicht depressiv verstimmt bei weitgehend erhaltener Schwingungsfähigkeit. Sein Antrieb sei wechselhaft. Gegenwärtig bestünden keine suizidalen Gedanken. Es bestünden Hinweise auf eine Linksherzhypertrophie, der kraniale MRT-Befund vom 22. Februar 2018 sei altersentsprechend. Der Versicherte werde am 15. März 2018 in teilremittiertem Zustand in sein häusliches Umfeld entlassen. Es werde abhängig von dem klinischen Zustandsbild in den nächsten vier bis sechs Wochen die Erhöhung von Strattera zuerst auf 80 bis 100 mg pro Tag empfohlen. Bei fehlenden Besserungstendenzen des klinischen Bildes werde die Umstellung auf MPH empfohlen. Der

Versicherte habe sich während der stationären Behandlung vom weiteren Cannabiskonsum distanziert. Der Versicherte sei im ambulanten Rahmen weiterhin dringend auf eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung angewiesen, ebenso auf eine differenzierte Psychopharmakotherapie (IV-act. 67 S. 6 ff. = 41 S. 4 = 68 S. 16 ff.).

**8.9** In seinen Berichten vom 13. Juni 2018 (IV-act. 20 S. 7 f. = 22 S. 13 f. = 68 S. 21 f.) und vom 14. Juni 2018 (IV-act. 21 S. 3 f.) sowie im Arztbericht «Berufliche Integration/Rente» (IV-act. 20 S. 1 ff.) vom 27. Juni 2018 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_\_ nach wie vor eine rückläufige schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, vermutlich auf dem Boden einer Dysthymie und erschwert durch einen langzeitigen Cannabiskonsum, sowie eine ADHS (ICD-10 F32.2, F34.1, F12.1, F90.0). Der Versicherte habe Strattera wegen fehlender Wirkung abgesetzt und wieder mit Elontril begonnen. Ende 2017/Anfang 2018 sei daher ein Reduktionsversuch des Cannabis erfolgt, mit anschliessend zunehmender Gereiztheit und Impulsivität ohne ausreichendes Ansprechen auf Strattera bei zu geringen Wirkspiegeln im Blut. Das Zustandsbild des Versicherten sei geprägt von gesteigerter Impulsivität und Stimmungsschwankungen bei tendenziell eher gedrückter Stimmungslage. Es lägen eine verminderte Impulskontrolle, eingeschränkte Konfliktlösungsmöglichkeiten, eine reduzierte Stress- und Frustrationstoleranz, kognitive Defizite und eine verminderte Belastbarkeit vor. Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien eingeschränkt. Es bestehe der Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstrukturierung. Dies zeige sich in interaktionellen Konflikten an Arbeitsplätzen und im privaten Umfeld, werde aber sicherlich auch durch die ADHS überlagert. Trotz medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung habe bisher keine ausreichende Stabilisierung erzielt werden können. Behandlungsversuche mit Elontril, Sertralin, Citalopram, Venlafaxin und Strattera hätten nicht den erwünschten Erfolg gebracht. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

**8.10** In seinem Bericht vom 3. August 2018 diagnostizierte dipl. psych. G.\_\_\_\_\_ erneut eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1 G), zuletzt in Teilremission, sowie eine Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung (ICD-10 F90.0 G). Es bestehe das Vollbild einer Depression mit Antriebsschwäche, Anhedonie, Konzentrations- und Schlafstörungen, Zukunftsängsten und Überforderungserleben. Unter Pharmakotherapie sei die depressive Symptomatik im Verlauf des Jahres 2016 deutlich rückläufig gewesen. Zum Sommer 2016 habe nach einem Wechsel der Arbeitsstelle die psychische Belastung weiter abgenommen.

Anfang 2017 habe sich der Versicherte derart gefestigt gefühlt, dass die ambulante Psychotherapie habe pausiert werden können. Im Juli 2017 habe er sich psychisch stabil gezeigt. Im November 2017 habe sich der Versicherte im Alltag wieder überfordert gefühlt. Da zu diesem Zeitpunkt die Diagnose einer ADHS gesichert gewesen sei, habe er sich eine Erhöhung seiner Belastbarkeit, die Verbesserung seiner Alltagskompetenzen und nachhaltige psychische Entlastung durch die Einnahme von Methylphenidat (MPH) erhofft. Der Versicherte habe offenbart, dass er im Sinne einer Selbstmedikation Cannabis konsumiere, er habe jedoch zugleich die Bereitschaft gezeigt, den Konsum vollständig einzustellen, um die Voraussetzung für die Verordnung von MPH zu erfüllen. Die psychische Belastung mit erneutem Auftreten depressiver Symptome habe sich in einer Weise zugespitzt, dass Anfang 2018 eine stationäre Behandlung anstrengt worden sei. Der Versicherte sei vom Behandlungsergebnis jedoch enttäuscht gewesen, da die applizierte Medikation unzureichend dosiert und seinem Wunsch nach Verordnung von MPH trotz bestehender Cannabisabstinenz nicht entsprochen worden sei (IV-act. 31).

**8.11** Mit Bescheid vom 29. November 2018 bestätigte das Landratsamt (...) eine Schwerbehinderteneigenschaft beim Versicherten zufolge Depression, Abhängigkeitserkrankung und Persönlichkeitsstörung (IV-act. 40).

**8.12** In seinem Bericht vom 13. Dezember 2018 diagnostizierte J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0G), eine THC-Abhängigkeit (ICD-10 F12.2) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1). Gemäss Befund seien Konzentration und Gedächtnis reduziert, es bestehe ein schlechtes Zeitgefühl und Organisationsfragen würden überfordern. Der Versicherte sei herabgestimmt und auf der Suche nach besseren Lösungen. THC werde als Selbstmedikation genutzt. Vom 24. Juli bis 30. November 2018 habe eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 41 S. 3).

**8.13** In ihrem Bericht vom 27. August 2019 stellten Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. K. \_\_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronische depressive Episode bei fraglich rezidivierender depressiver Störung, ADS im Erwachsenenalter (ICD-10 F 98.8), narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.8) und Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10 F12.2). Gemäss Befund bestünden in der Konzentration und Aufmerksamkeit leichte Resteinschränkungen. Im formalen Denken sei der Versicherte

umständlich und weitschweifend, inhaltlich Grübeln über Zukunft sowie Affektlabilität. Phasenweise bestehe Aggressivität und Impulsivität. Ein Suchtverhalten sei gegeben vor dem Hintergrund einer dysfunktionalen Affektregulation. Der Antrieb sei gehemmt. Die Prognose sei eher ungünstig aufgrund fehlender Abstinenzmotivation und Diagnose der Persönlichkeitsstörung. Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Flexibilität seien durch emotionale Instabilität, Kränkbarkeit und Rigidität im Verhalten, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit wegen Ablenkung durch innere und äussere Bedingungen eingeschränkt, es bestehe ein schwankender Selbstwert. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit seien eingeschränkt, die Fähigkeit zu familiären/intimen Beziehungen deutlich eingeschränkt. Die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Selbstfürsorge (v.a. während des Konsums psychotroper Substanzen) sei phasenweise eingeschränkt (IV-act. 55).

**8.14** Im ärztlichen Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, erstattet von der M. \_\_\_\_\_ am 8. Januar 2020, wurde als Hauptdiagnose eine ADHS und als Nebendiagnose eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode angegeben. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit 7. Dezember 2018 wegen psychischer Dekompensation. Aktuell könne der Versicherte mit Stresssituationen und Zeitdruck schwer umgehen. Es bestehe eine sehr ausgeprägte Antriebslosigkeit sowie Mühe mit der Tagesstrukturierung und mit dem Zeitmanagement. Aufgrund verminderten Antriebs und Konzentrationsstörungen sei die Leistungsfähigkeit wesentlich reduziert. Die Ausprägung der Einschränkungen sei schwergradig (IV-act. 66 S. 23 ff.).

**8.15** Im Abklärungsbericht «Haushalt» der IV-Stelle vom 4. Februar 2020 wurde eine Behinderung im Haushalt von 13,5 % ermittelt (IV-act. 62).

**8.16** In seinem Bericht vom 24. März 2020 hielt Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ADHS (ICD-10 F90.0) und eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1) fest. Zudem stellte er eine fehlende Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, Grübelzwang, Zukunftsängste sowie eine Antriebsschwäche fest (IV-act. 68 S. 1-6).

**8.17** Laut Arztbericht vom 25. Mai 2020 von Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Oberärztin der Akutambulanz der M. \_\_\_\_\_, stehe der Versicherte wegen ADHS (ICD-10 F90.0) und rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.8) in

ihrer Behandlung. Der Versicherte habe eine relativ gute, geregelte Tagesstruktur, müsse aber viel Kraft aufwenden, um diese halten zu können. Die Emotionsregulation sei subjektiv und objektiv ausreichend. Formalgedanklich sei er leicht verlangsamt, aber geordnet. Im Affekt sei er schwingungsfähig, episodisch gereizt. Der Antrieb sei vermindert. Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Der Versicherte sei bei zwischenmenschlichen Interaktionen oft überfordert. Er habe Mühe, in Stresssituationen die eigenen Grenzen zu spüren. Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien eingeschränkt (IV-act. 70).

**8.18** Am 19. Januar 2021 erstattete Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter medizinischer Gutachter Q. \_\_\_\_\_, zuhanden der IV-Stelle ein monodisziplinäres Gutachten über die Untersuchung des Versicherten vom 9. November 2020 von 9.00 – 11.00 Uhr. Darin stellte er folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger Remission (ICD-10 F33.4), ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom mit andauerndem Substanzgebrauch (ICD-10 F12.25) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom mit andauerndem Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter akzentuierte (narzisstische/leicht zwanghafte) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Weiter hielt er fest, dass die Stimmung während der zweistündigen Untersuchung ausgeglichen gewesen sei, die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien nicht eingeschränkt gewesen. Der Versicherte habe stets einen sehr konzentrierten, wachen, aufmerksamen und nicht ablenkbaren Eindruck hinterlassen. Zu keinem Zeitpunkt sei ein impulsives Verhalten erkennbar gewesen. Der Schweregrad der diagnostizierten ADHS sei daher als leicht zu beurteilen. Trotz der anzunehmenden Stresssituation anlässlich der Untersuchung sei zu keinem Zeitpunkt eine Gedankenblockade feststellbar gewesen. Bezüglich der Abhängigkeitssyndrome werde eine durchaus zumutbare Totalabstinenz empfohlen. Akzentuierte narzisstische und leicht zwanghafte Züge seien erkennbar, die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien jedoch nicht erfüllt. Zu den Berichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte könne teilweise wegen fehlender Bestimmung des Schweregrades der Depression, wegen fehlender Beschreibung der Teilremission bzw. der eigenen Befunde sowie wegen unpräziser Angaben des Versicherten keine Stellungnahme erfolgen. Der Versicherte sei im Rahmen der Arbeitsversuche nicht in der Lage gewesen, das

Arbeitspensum von zwei auf drei Stunden zu steigern; dies lasse sich aufgrund der aktuellen Untersuchung rein psychiatrisch nicht begründen. Sozial sei der Versicherte relativ gut integriert. Die Prognose sei insgesamt offen, jedoch nicht ungünstig. Die Ansicht des Versicherten, er sei zu keiner Berufstätigkeit mehr fähig, stehe in Diskrepanz zum beschriebenen Tagesablauf, nach welchem er den anfallenden Haushalts- und Erziehungsaufgaben vollumfänglich nachgehen könne. Das Ergebnis der Haushaltsabklärung könne aus rein psychiatrischer Sicht nicht begründet werden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im freien Arbeitsmarkt betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 %. Retrospektiv lasse sich eine gemittelte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % seit Mitte Januar 2018 begründen, zuvor eine solche von 20 % mit Ausnahme des Zeitraums von Ende 2015 bis ein paar Monate zu Beginn des Jahres 2016, in welchem ebenfalls eine Einschränkung von etwa 30 % bestanden habe (IV-act. 76).

**8.19** In ihrem Bericht vom 23. Februar 2021 stellte Dr. R. \_\_\_\_\_, Praxis für Dermatologie, die Diagnose Lupus Erythematodes (LE). Die mitgebrachten Laborwerte würden die Diagnose bestätigen (ANA positiv), das übrige grosse Labor des Hausarztes sei vollständig unauffällig, insbesondere die Leber-Nieren-Entzündungswerte. Das dauerhafte Absetzen der Bupropion-Medikation werde dringend empfohlen (IV-act. 85 S. 8).

**8.20** Gemäss einem weiteren Bericht vom 26. Februar 2021 von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ habe sie den Versicherten ab September 2018 bis August 2020 in der ADHS Sprechstunde als introspektionsfähigen, selbstreflektierten Patienten erlebt, der unter der psychischen Problematik und dem Zusammenhang der familiären und psychosozialen Belastungsfaktoren sehr stark leide. Der Verlust seiner Arbeitsstelle habe den psychischen Zustand des Patienten subjektiv und objektiv weiter reduziert. Der Versicherte habe diverse Arbeitsversuche gemacht, wobei er dazu geneigt habe, seine Grenzen soweit zu überschreiten, dass er weiter dekompenzierte. Dies habe zu massiven Insuffizienzgefühlen geführt. Leider habe sich die medikamentöse Einstellung äusserst schwierig gestaltet. Nach diversen psychopharmakotherapeutischen Einstellungen, die zu starke Nebenwirkungen oder zu geringe Wirkung gebracht hätten, habe sie den Versicherten auf Bupropion (Wellbutrin) einstellen können, was seinen Zustand leicht verbessert, aber keine Stabilität gebracht habe. Den regelmässigen Cannabis-Konsum interpretiere sie als Automedikation (IV-act. 85 S. 5).

**8.21** Laut Bericht vom 17. März 2021 von S. \_\_\_\_\_, dipl. Psychologin und dipl. Heilpädagogin, wurde der Versicherte in sorgfältiger differenzial-diagnostischer Abklärung mit einer mittelschwer ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert (IV-act. 85 S. 6).

**8.22** Gemäss Bericht von Mag. Phil. T. \_\_\_\_\_ vom 29. März 2021 sei der Versicherte wegen einer rezidivierenden mittelgradigen Depression (ICD-10 F33.1) und einer mittelgradigen ADS bei ihr in verhaltenstherapeutischer Behandlung. Die Symptomatik seien Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, schnelle Ablenkbarkeit, schnelle Erschöpfbarkeit, geringe Belastbarkeit, Antriebslosigkeit, Versagensängste, Insuffizienzgefühle und Selbstwertprobleme. Die Symptomatik zeige sich vor allem in Situationen, in denen der Versicherte bestimmte Aufgaben in einem bestimmten Zeitfenster erfüllen müsse, aber auch, wenn viele Reize gleichzeitig auf ihn eintreffen würden. Er sei dann schnell überlastet und fühle sich unzulänglich. Es sei zu vermuten, dass der Versicherte aufgrund der ADS in Überforderungssituationen immer wieder in einen Teufelskreis aus Überforderung, Selbstabwertung und depressiver Symptomatik komme (IV-act. 85 S. 7).

**8.23** Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie und Infektiologie, stellte in seinem Bericht vom 25. März 2021 die Diagnosen Kollagenose, ANA positiv, smRNP-AK positiv, Dermatitis passend zum kutanen Lupus Erythematodes (LE), Herpes zoster. Dazu führte er unter anderem aus, dass zum Ausschluss einer interstitiellen Lungenerkrankung ergänzend eine Vorstellung bei einem Pneumologen sowie zum Ausschluss einer pulmonalarteriellen Hypertonie und einer kardialen Beteiligung eine Echokardiographie empfohlen werde (IV-act. 85 S. 9).

**8.24** In seinem Bericht über die Untersuchung vom 21. April 2021 stellte V. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen ADHS und schwergradige Depression (agitiert). Zur Behandlung der depressiven Störung sei eine akute stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik I. \_\_\_\_\_ vorgesehen. Nach erfolgreicher Behandlung der Depression sei die Therapie des ADHS in einer geeigneten Spezialklinik indiziert. Der Versicherte leide unter Konzentrationsstörungen, Reizüberflutung und eingeschränkter Belastbarkeit. Er habe bei der Berufstätigkeit seine Arbeit ständig überprüft, um keine Leichtsinnsfehler zu machen und die Kollegen nicht zu enttäuschen. Im Rahmen des ADHS sei eine Selbstüberforderung entstanden, das Scheitern verstärkte die depressive Symptomatik. Der Versicherte stehe unter ständiger hoher Anspannung im

Bemühen, seine Leistungsfähigkeit zu verbessern, Versagen führe zur Verstärkung des depressiven Syndroms (IV-act. 86 S. 2).

**8.25** In ihrem Bericht vom 1. Mai 2021 hielt W. \_\_\_\_\_, ADHS-Coach, unter anderem fest, dass der Versicherte ein ADHS-Coaching mit Selbstwert- und Kompetenztraining gewünscht habe mit dem Ziel, eine ganzheitliche Lebensperspektive zu entwickeln, die ihm augenblicklich völlig abhandengekommen sei. Der Versicherte wirke auf den ersten Blick intelligent, selbstreflektiv und sympathisch und zeige sich im Kontakt sehr freundlich, höflich, eloquent und aufrichtig, dennoch auf den zweiten Blick agitiert, vulnerabel, hoffnungslos und höchst depressiv verstimmt. Er brauche dringend und möglichst zeitnah einen ADHS-spezifischen, psychosomatisch gearteten Klinikaufenthalt, auch um notwendigerweise ADHS-spezifisch medikamentös gründlich und wirkungsvoll eingestellt zu werden. Im Anschluss an die jetzt dringlich erforderlichen Massnahme sei an eine Fortsetzung eines ADHS-Coachings zu denken (IV-act. 86 S. 3 f.).

**8.26** Laut molekulargenetischem Gutachten vom 29. April 2021 bestehe beim Versicherten gemäss Eigenanamnese eine Kollagenose. Zudem habe eine Genveränderung nachgewiesen werden können. Es liege der Genotyp CYP2D6\*1/\*4 vor. Gemäss pharmakogenetischer Beurteilung werde aufgrund des IM-Genotyps im CYP2D6-Gen für den Versicherten bei der Behandlung mit über diesen Stoffwechsel abgebauten Medikamenten eine Tagesdosis von 60–80 % bezogen auf die Standard-Dosis empfohlen, um einer Arzneimittelunverträglichkeit vorzubeugen bzw. eine optimale Wirkung des Präparats zu gewährleisten (IV-act. 87 S. 2 f.).

**8.27** Im Bericht vom 7. Juli 2021 des Kreiskrankenhauses I. \_\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 17. Mai 2021 bis 1. Juli 2021 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1), sonstige Formen des systemischen Lupus Erythematodes (ICD-10 M32.8) sowie spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 Z11) genannt. Beim Versicherten sei im Februar 2021 ein systemischer Lupus diagnostiziert worden, woraufhin die Behandlung mit Bupropion abgesetzt worden sei. Von dieser Medikation habe der Versicherte die Monate davor zufriedenstellend profitieren

können. Seither habe sich die Beschwerdesymptomatik zunehmend verschlechtert. Seit ca. 2013 konsumiere der Versicherte mehrfach wöchentlich Cannabis, zuletzt am Tag vor Aufnahme. Der Alkoholkonsum werde mit einem Liter Bier pro Tag seit 20 Jahren angegeben. Seit der Lupus-Diagnose habe er unregelmässig Muskelschmerzen und rheumatische Schübe. Gemäss internistischem Befund bestehe ein leicht reduzierter Allgemeinzustand. Während des Aufnahmegesprächs habe der Versicherte insgesamt in seiner Konzentration und Aufmerksamkeitsleistung streckenweise deutlich reduziert gewirkt, zudem ratlos und überfordert. Das formale Denken sei auf die aktuelle Beschwerdesymptomatik und der damit einhergehenden psychosozialen Problemlagen eingeengt, in diesem Zusammenhang bestünden auch streckenweise erheblich Grübelneigungen. Im Affekt sei er insgesamt gedrückt, leicht anhedonisch mit reduzierter Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb sei insgesamt reduziert. Es bestehe ein Gefühl der Sinnlosigkeit. Gemäss Krankengeschichte bestünden Hinweise auf eine Linksherzhypertrophie. Eine (hirn)organische Mitursache des aktuellen klinischen Bildes mit der vorliegenden Beschwerdesymptomatik könne aufgrund der erhobenen Befunde, der seit Dezember 2020 bekannten Lupus-Erkrankung und der bestehenden Medikation mit Prednisolon und Quensyl nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Hier seien weitere Verlaufsbeobachtungen und Untersuchungen in den kommenden Monaten erforderlich. Die Diagnostizierung der Lupus-Erkrankung und die Notwendigkeit des Absetzens des Bupropion habe zu einer erheblichen psychischen Destabilisierung des Versicherten geführt, verbunden mit einer erneuten Erschütterung seines ohnehin labilisierten Selbstwertgefühls und einer erheblichen Störung seines psychosomatischen Gleichgewichtes. Wegen der depressiven Symptomatik sei mit einer Behandlung mit Trazodon begonnen worden, dies vor allem wegen der beklagten Schlafstörungen. Zum Ende der stationären Behandlung sei die Dosis schrittweise auf 100 mg erhöht worden, mit guter Verträglichkeit und im Hinblick auf das klinische Bild zufriedenstellend wirksam. Zur Behandlung der ADH-Symptomatik sei während des Aufenthaltes die Dosis des Elvanse auf 50 mg erhöht worden. Auch hier habe sich eine zufriedenstellende Verträglichkeit gezeigt. Die festgestellten Mängel an Vitamin D und Vitamin B 12 seien mit entsprechenden Präparaten behandelt worden. Der Abstinenzwunsch des Patienten sei unter Erarbeitung von Strategien und Verhaltensweisen als Ersatz zum Cannabiskonsum gefördert worden. Im Verlauf der Behandlung sei es dem Versicherten gelungen, sich weitgehend zu stabilisieren, die initial bestehende depressive Symptomatik habe sich teilweise leicht zurückgebildet. Der Versicherte sei jedoch weiterhin sehr belastet durch die Strukturierung seines Alltages und die Erledigung

von Aufgaben, welche ihn weiterhin leicht überfordern. Am 1. Juli 2021 sei der Versicherte in einem leicht gebesserten, jedoch noch nicht remittierten Zustand entlassen worden. Er sei im ambulanten Rahmen weiterhin auf eine engmaschige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung angewiesen. Die etablierte Psychopharmakotherapie sollte unter regelmässigen EKG- und Labor-Kontrollen weiter fortgeführt, evaluiert und gegebenenfalls modifiziert werden. Unter der aktuellen Medikation seien im stationären Behandlungsverlauf die Leukozyten etwas niedrig gewesen. Der Versicherte sei aktuell weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Mit einer Wiedereingliederung sei in absehbarer Zeit (in den kommenden 2–3 Monate) nicht zu rechnen, da zuvor weitere psychiatrische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Massnahmen etabliert werden sollten. Um einer erneuten Dekompensation entgegenzuwirken, sollte nach einer Besserung der aktuellen Symptomatik langsam eine berufliche integrative Massnahme angedacht werden (BVGer-act. 1 Beilage 3).

## **9.**

Streitig und zu prüfen ist, ob der rechtserhebliche Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren rechtsgenügend abgeklärt worden ist (vgl. Art. 43 ATSG).

**9.1** Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich im Wesentlichen geltend, dass sich die Vorinstanz nicht rechtsgenügend mit dem neuen Befund des systemischen Lupus auseinandergesetzt habe. Der hierzu befragte RAD-Arzt habe weder eine Abklärung noch eine Würdigung der mit dieser Krankheit einhergehenden Beschwerden vorgenommen. Ausserdem verfüge er nicht über die erforderliche Facharztausbildung. Die Begutachtung habe zu einem Zeitpunkt stattgefunden, in welchem der Beschwerdeführer von einer Umstellung der Medikation auf Bupropion erheblich habe profitieren können. Diese Medikation habe wegen des im Februar 2021 diagnostizierten systemischen Lupus jedoch abgesetzt werden müssen. Dies habe zu einer massiven Verschlechterung des psychischen Zustandes geführt. Eine stationäre Behandlung sei notwendig geworden. Immer wieder sei es zu psychischen Dekompensationen gekommen, zuletzt anfangs 2018. Die Eingliederungsbemühungen des Beschwerdeführers seien gescheitert, wobei der Gutachter dies nicht erwähne und es unterlassen habe, den Beschwerdeführer hierzu zu befragen. Mit den anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte und den im Rahmen der Exploration geklagten Beschwerden setze sich der Gutachter nicht begründet auseinander, weshalb seiner retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kein Beweiswert zugesprochen werden könne. Aufgrund der Erkrankung an Lupus

komme es nicht nur zu Hautrötungen, sondern der Beschwerdeführer leide auch an Muskelschmerzen und unter rheumatischen Schüben. Es handle sich um eine systemische Erkrankung, die mehrere Organe befallt. Der RAD-Arzt versuche gestützt auf eine Prognose eine dauerhafte und wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verneinen, indem er nach dem stationären Aufenthalt eine Besserung erwarte. Zudem setze er sich nicht mit der im Austrittsbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie gut begründeten Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auseinander, obwohl eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode diagnostiziert werde. Die dokumentierte Beschwerdesymptomatik zeige eindrücklich, dass es im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung zu einer Verschlechterung gekommen sei. Im Anschluss an die stationäre Behandlung sei zudem eine teilstationäre Behandlung erfolgt. Die Behauptung des RAD-Arztes, die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft, sei unbegründet.

**9.2** Die Vorinstanz führt aus, dass das psychiatrische Gutachten von einem sehr erfahrenen und zertifizierten medizinischen Gutachter mit einschlägigem Facharztstitel erstellt worden sei und sämtliche formellen Voraussetzungen für ein beweiskräftiges Gutachten erfülle. Gemäss zuständigem RAD-Arzt sei der diagnostizierte Lupus Erythematoses mit ausschliesslicher Hautmanifestation kein Grund für eine dauerhafte und massgebliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Zudem sei diese Erkrankung wirksam und zweckmässig behandelbar. Auch ein Psychiater sei aufgrund seiner medizinischen Grundausbildung durchaus in der Lage, den vorliegenden nicht komplexen somatischen Sachverhalt zu beurteilen. Soweit möglich und in zeitlicher Hinsicht relevant, habe sich der Gutachter mit anderslautenden Berichten hinreichend auseinandergesetzt. Die im Dossier gut dokumentierten Eingliederungsbemühungen seien in der gutachterlichen Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden, auch wenn diese nicht explizit bei den psychiatrisch relevanten Vorakten aufgeführt worden seien. Für die beantragten weiteren somatischen Abklärungen reiche es nicht aus, wenn der Beschwerdeführer bei vollständig unauffälligem grossem Labor und insbesondere unauffälliger Leber-Nieren-Entzündungswerte angebe, er habe aufgrund des Lupus unregelmässig Muskelschmerzen und rheumatische Schübe. Es bestünden keinerlei Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen aufgrund des systemischen Lupus neben der ausschliesslichen Hautmanifestation.

**9.3** Entgegen der Ansicht der Vorinstanz erweist sich das monodisziplinäre psychiatrische Gutachten vom 19. Januar 2021 (IV-act. 76) als mangelbehaftet, so dass darauf nicht abgestellt werden kann:

**9.3.1** Am Tag der Begutachtung wurde eine Laboruntersuchung zwecks Blutkonzentrationsbestimmung des verordneten Bupropions durchgeführt. Die Untersuchung ergab einen Wert von 1529 µg/l bei einem Referenzwert von 850 bis 1500 µg/l (IV-act. 76 Beilage). Aus den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten war indes klar ersichtlich, dass nicht nur Psychopharmaka, sondern auch weitere psychotrope Stoffe – insbesondere Cannabis und Alkohol – im Alltag des Beschwerdeführers eine gewichtige Rolle spielen. Entsprechend ist nicht nachvollziehbar, weshalb diesbezüglich im Rahmen der Untersuchung keine umfassendere Erhebung durchgeführt wurde (betr. Alkoholabusus vgl. Urteil des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 7.3.2). Es fehlt daher bereits an grundlegenden Labordaten, welche Rückschlüsse auf das Vorliegen und die Ausprägung der diagnostizierten Abhängigkeitssyndrome erlauben würden. Zudem bleibt unklar, ob und gegebenenfalls welche weiteren Medikamente und Substanzen einen Einfluss auf das Auftreten und die Stimmungslage des Beschwerdeführers während der Begutachtung hatten.

**9.3.2** Bezüglich der diagnostizierten ADHS stellte der Gutachter fest, dass der Versicherte während der zweistündigen Untersuchung einen sehr konzentrierten, aufmerksamen und nicht ablenkbaren Eindruck hinterlassen habe, obwohl er im Moment keine entsprechende medikamentöse Behandlung mache. Aufgrund dieser Feststellungen beurteilte der Gutachter den Schweregrad der diagnostizierten ADHS als leicht. Diese Einschätzung erweist sich indes als nicht nachvollziehbar, nachdem Bupropion, unter dessen Einwirkung der Versicherte während der Begutachtung nachweislich stand, auch bei einer ADHS wirksam sein kann (vgl. [https://www.pharmazeutische-zeitung.de/bei-erwachsenen-haeufig-unterschaetzt](https://www.pharmazeutische-zeitung.de/bei-erwachsenen-haeufig-unterschaetzt, abgerufen am 3. April 2025), abgerufen am 3. April 2025).

**9.3.3** Der Gutachter setzt sich zudem nur unzureichend mit den Berichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte auseinander. Während der Bericht von J. \_\_\_\_\_ (IV-act. 41 S. 3) an keiner Stelle erwähnt wird, äussert sich der Gutachter nur spärlich zu den Inhalten der übrigen Berichte. Seine diesbezügliche Begründung der fehlenden Angaben kann dabei angesichts der zum Teil sehr ausführlichen Berichte kaum nachvollzogen werden. Auf die Tatsache, dass verschiedene behandelnde Ärztinnen und Ärzten dem Beschwerdeführer ab Januar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %

attestierten (vgl. z.B. IV-act. 41 S. 3, 46 S. 2 ff., 51 S. 2, 52 S. 2, 70 S. 4) und damit eine erhebliche Diskrepanz zur gutachterlich geschätzten Arbeitsunfähigkeit von 20 % besteht, geht der Gutachter nicht ein. Die von ihm retrospektiv geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 20 bzw. 30 % (vgl. S. 26) erweist sich zudem als ungenau, bezüglich des Zeitraums ab Mitte Januar 2018 als widersprüchlich und bezüglich des Zeitraums des nachgewiesenen stationären Aufenthaltes als aktenwidrig. Die Leistungsfähigkeit während der Arbeitsversuche im Herbst 2018 (IV-act. 38, 41, 48) sowie während der Haushaltsabklärung im November 2019 (IV-act. 59, 62) beurteilt der Gutachter aufgrund der anlässlich der Begutachtung gemachten Feststellungen, ohne sich mit dem Inhalt der im genannten Zeitraum erstellten Arztberichte bzw. mit der zum damaligen Zeitpunkt unterschiedlichen Pharmakotherapie auseinanderzusetzen (Herbst 2018: IV-act. 32, 41 S. 3, 55 S. 2; Herbst 2019: IV-act. 66 S. 24; November 2020: IV-act. 70 S. 4). Das Gutachten enthält im Übrigen keine Ausführungen zur wiederholt angepassten Pharmakotherapie sowie keine Angaben zur Medikation zum Zeitpunkt der Begutachtung. Aufgrund der Aktenlage bestehen jedoch Hinweise, dass das vom Beschwerdeführer seit Frühling 2016 eingenommene Bupropion (Elontril 300 mg, vgl. IV-act. 21 S. 7) erst in einer höheren Dosis (600 mg, vgl. IV-act. 70 S. 4) bzw. mit einem Produktwechsel (Wellbutrin, vgl. IV-act. 85 S. 5) zum vom Gutachter anlässlich der Untersuchung festgestellten (verbesserten) Gesundheitszustand führte.

**9.3.4** Wie sich aus den Akten ergibt, musste der Beschwerdeführer das Bupropion nach erfolgter Lupus-Diagnose im Februar 2021 absetzen. In der Folge verschlechterte sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers derart, dass erneut ein stationärer Klinikaufenthalt notwendig wurde. Gemäss Austrittsbericht der Klinik konnte zwar eine neue Medikation mit zufriedenstellender Wirkung und Verträglichkeit gefunden werden. Gleichzeitig wurde jedoch auf eine etwas niedrige Leukozytenzahl und die Notwendigkeit einer Mitbehandlung der Lupus-Erkrankung hingewiesen (vgl. BVGer-act. 1 Beilage 3). Es bleibt somit unklar, ob die im Rahmen des stationären Klinikaufenthalts begonnene Medikation auch über einen längeren Zeitraum wirksam und verträglich sowie mit der parallel verlaufenden Behandlung der diagnostizierten somatischen Erkrankungen kompatibel ist. Da sich das Gutachten ausschliesslich auf die Sachlage stützt, welche vor Dezember 2020 Bestand hatte, erweist es sich angesichts der aktenkundigen Entwicklungen sowohl in Bezug auf die medizinische Situation als auch in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 17. Juni 2021 als nicht aussagekräftig.

**9.3.5** Der Gutachter stellte bezüglich der diagnostizierten Abhängigkeits-syndrome fest, dass der andauernde Substanzkonsum zu einer Intensivierung der vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Beschwerden führen dürfte (IV-act. 76 S. 19). Dabei kam er zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine Totalabstinenz von Cannabis und Alkohol zumutbar sei. Dieser habe zwischen 1999 und 2011 – und damit vor Beginn der depressiven Symptomatik – offenbar gar kein Cannabis konsumiert. Eine gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung notwendige Indikatorenprüfung hinsichtlich der Abhängigkeitssyndrome (vgl. oben E. 7.5) nimmt der Gutachter indes nicht vor. Somit fehlt es an einer Auseinandersetzung mit der zentralen Frage, ob invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Suchtsituation vorliegen, welche konkreten Auswirkungen die Abhängigkeitssyndrome auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben und welcher Schweregrad erreicht wird (vgl. BGE 145 V 215 E. 6; Urteil des BVGer C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 4.9 und 6). Obwohl der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage wiederholt eine Reduktion des Cannabiskonsums bzw. eine Abstinenz in Betracht gezogen hatte (vgl. IV-act. 50 S. 1, 51 S. 3, 67 S. 7/9, 68 S. 14 und 20), wurde im Gutachten eine diesbezüglich fehlende Motivation festgestellt, ohne dass beurteilt wurde, ob, inwieweit, in welchem Zeitraum und mit welcher Prognose die seit Jahren bestehende multiple Substanzabhängigkeit des Beschwerdeführers einer Therapie zugänglich wäre (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2 m.w.H.). Damit bleibt das Ausmass der Auswirkungen der Abhängigkeitssyndrome auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unklar.

**9.4** Im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren sind sämtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 9C\_341/2019 vom 5. September 2019 E. 3.1; BGE 133 V 549). Obwohl vor Erlass der angefochtenen Verfügung am 17. Juni 2021 die Diagnosen eines Lupus Erythematodes bzw. einer Kollagenose, eines Herpes zoster sowie die Verdachtsdiagnose einer Linksherzhypertrophie gestellt wurden und der Beschwerdeführer während seines letzten stationären Aufenthalts vom 17. Mai 2021 bis 1. Juli 2021 laut Austrittsbericht der Klinik (BVGer-act. 1 Beilage 3) von unregelmässigen Muskelschmerzen und rheumatischen Schüben berichtete, hat die Vorinstanz diesbezüglich keine weiteren Abklärungen getätigt. Der Verweis der Vorinstanz auf ein im Februar 2021 und damit drei Monate vor Antritt des stationären Aufenthalts erstelltes, vollständig unauffälliges grosses Labor ist diesbezüglich unbehelflich. Im Weiteren wurde in besagtem Austrittsbericht der Klinik festgehalten, dass eine (hirn-)organische Mitursache des klinischen Bildes mit der

festgestellten Beschwerdesymptomatik aufgrund der erhobenen Befunde, der seit Dezember 2020 bekannten Lupus-Erkrankung und der bestehenden Medikation mit Prednisolon und Quensyl nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne, weshalb weitere Verlaufsbeobachtungen und Untersuchungen in den kommenden Monaten erforderlich seien. Aufgrund der vorliegenden Akten bleibt somit unklar, unter welchen weiteren Erkrankungen und damit einhergehenden Symptomen der Beschwerdeführer tatsächlich leidet bzw. inwiefern sich diese auf seine funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit auswirken.

**9.5** Zusammenfassend ergibt sich, dass das monodisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein beweiskräftiges Administrativgutachten nicht zu erfüllen vermag. Damit fehlen ausreichend beweistaugliche Unterlagen über die streitigen Belange, weshalb sich Weiterungen bezüglich der seitens des Beschwerdeführers geäußerten Kritik an den RAD-Stellungnahmen erübrigen.

## **10.**

**10.1** Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ff. ATSG mangelhaft abgeklärt, weshalb entscheidungswesentliche Aspekte ungeklärt geblieben sind. Folglich steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen und hernach neuem Entscheid nichts entgegen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BVerfG C-977/2020 vom 6. Juli 2023 E. 10.1; zur Rückweisung bzw. zum Absehen von einem Gerichtsgutachten vgl. auch Urteil des BVerfG C-4760/2018 vom 25. Juli 2019 E. 7.2).

**10.2** Im Rahmen einer umfassenden interdisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers wird insbesondere eine ausführliche Suchtanamnese zu erheben sowie die Fragen zu beantworten sein, ob die diagnostizierten zwei Suchterkrankungen einer Behandlung zugänglich sind, ob invalidisierende Einschränkungen aufgrund der beiden Suchterkrankungen vorliegen und – bejahendenfalls – mittels welcher zumutbaren ambulanten oder stationären Therapien die beiden Suchterkrankungen behandelt und infolgedessen die invalidisierenden Einschränkungen reduziert oder behoben werden können. Dabei ist das ganze für die beiden Suchterkrankungen massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteil des BVerfG I 313/06 vom 6. Februar 2007 E. 2.3

m.w.H.). Es wird durch die Gutachter aufzuzeigen sein, welche der Therapieoptionen dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht gemäss Art. 7 IVG auferlegt werden können. Von der versicherten Person kann etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Kommt sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhält willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, ist nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.3.1). Jedoch dürfen weder gestützt auf die Pflicht zur Selbsteingliederung noch im Rahmen der dem Versicherten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen stehenden Möglichkeiten zur Verwertung seiner Resterwerbsfähigkeit von ihm Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles nicht zumutbar sind (vgl. Urteil BGer I 401/01 vom 4. April 2002 E. 3e m.w.H.). Weiter wird – soweit möglich – abzuklären sein, ob und in welchem Umfang die beiden langjährigen Suchterkrankungen beim Beschwerdeführer bereits irreversible Organschäden hervorgerufen haben.

**10.3** Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie (Letztere möglichst unter Beizug eines auf Substanzabhängigkeits-syndrome sowie ADHS spezialisierten Psychiaters und unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418 sowie 145 V 215 [Suchtpraxis]), Rheumatologie sowie Neurologie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten – insbesondere aus dem Bereich Neuropsychologie – beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

**10.4** Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu

ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

## 11.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt unzureichend erstellt und die Vorinstanz deshalb anzuweisen ist, die erforderlichen Abklärungen nachzuholen. Demnach ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 17. Juni 2021 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. Dabei wird angesichts einer in casu verbleibenden Aktivitätsdauer von 17 Jahren zu berücksichtigen sein, dass die Anforderungen an die Pflicht zur Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht zulässigerweise dort höher sein dürfen, wo eine verstärkte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht (vgl. Urteil des BGer 9C\_111/2009 vom 21. Juli 2009 E. 2.2.2). Der Vollständigkeit halber ist zudem darauf hinzuweisen, dass, sollte sich gestützt auf die Abklärungsergebnisse ein Rentenanspruch ergeben, die geringe Anzahl von Beitragsjahren und die Teilzeitbeschäftigung des Beschwerdeführers (vgl. IVSTA-act. 18) sich ungünstig auf die Höhe der möglichen Rentenleistung auswirken wird.

## 12.

**12.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind demnach keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Damit entfaltet die Gutheissung des Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung mit Zwischenverfügung vom 1. November 2021 keine Wirkung. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**12.2** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine

Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Im Bereich der Invalidenversicherung beträgt der vor Bundesverwaltungsgericht übliche Stundenansatz Fr. 250.– (vgl. Urteil des BVGer C-3286/2014 vom 15. Mai 2017 E. 6.2.2 m.H. auf Urteil des BGer 9C\_484/2010 vom 16. September 2010 E. 3).

**12.3** Mit detaillierter Honorarnote vom 17. Januar 2022 (BVGer-act. 11 Beilage) wird eine Entschädigung von insgesamt Fr. 3'484.65 (12.75 Stunden zu Fr. 250.– [Fr. 3'187.50] und Barauslagen von Fr. 48.– [Kopien Fr. 39.–, Porto Fr. 9.–] zuzüglich 7,7 % MwSt [Fr. 249.13]) geltend gemacht.

**12.4** Der geltend gemachte Zeitaufwand erscheint angemessen. Die Kopierauslagen von Fr. 39.– (26 Kopien à Fr. 1.50) sind auf 50 Rappen pro Seite und damit auf Fr. 13.– zu reduzieren (vgl. Art. 11 Abs. 4 VGKE). Für die anwaltliche Vertretung des in Deutschland wohnhaften Beschwerdeführers ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Urteil des BVGer C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 mit weiteren Hinweisen). Die notwendigen Vertretungskosten des Beschwerdeführers belaufen sich somit auf total Fr. 3'209.50 (Fr. 3'187.50 + Fr. 13.– + Fr. 9.–), weshalb dem Beschwerdeführer zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in diesem Umfang zuzusprechen ist.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 17. Juni 2021 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von CHF 3'209.50 zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Fiona Schneider

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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 Rechtschrift 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: