



Urteil vom 27. Juli 2021

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Mirjam Angehrn.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. Hans Frei, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,
neuer Entscheid nach Rückweisung,
Verfügung der IVSTA vom 19. Juni 2019.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1971, Staatsangehöriger der Schweiz und wohnhaft in (...), Liechtenstein, meldete sich am 16. August 2013 bei der IV-Stelle des Kantons B. _____ (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von IV-Leistungen der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung an, mit der Begründung, er leide an einem Burnout beziehungsweise einer Stressfolgeerkrankung (Akten der IV-Stelle gemäss Aktenverzeichnis vom 19. September 2019 [act.] 4). Mit Verfügung vom 14. Januar 2016 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) das Rentengesuch ab (act. 73). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1022/2016 vom 19. Dezember 2017 insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. Januar 2016 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und anschliessender Neuverfügung an die Vorinstanz zurückwiesen wurde (act. 91). In Erwägung Ziff. 10.1.4 wurde die Vorinstanz angewiesen, ein bi-disziplinäres, kardiologisches und psychiatrisches Gutachten einzuholen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wurde in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt.

B.

B.a Nach Aktualisierung der medizinischen Akten teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 7. Juni 2018 mit, dass eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich sei (act. 103). Daraufhin reichte der Rechtsvertreter des Versicherten weitere medizinische Berichte ein (act. 107 ff.). Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst C. _____ (nachfolgend RAD; act. 117) wurde beim D. _____ (...) eine polydisziplinäre Abklärung in Auftrag gegeben (act. 119). Am 11., 17., 19. und 20. September 2018 wurde der Versicherte polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, kardiologisch, endokrinologisch, urologisch und psychiatrisch) untersucht und begutachtet (act. 128). Die am 13. Dezember 2018 erstattete polydisziplinäre Expertise des D. _____ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (F32.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) und Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Erschöpfungssyndrom (Z73.0; vgl. act. 128 S. 9). Die Gutachter gelangten in der Konsensbeurteilung zum Schluss, der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer

und Mitinhaber einer Firma zu 60% arbeitsfähig. In angepasster Tätigkeit, wie in der gegenwärtig ausgeübten Tätigkeit als Bauführer, bestehe eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit (act. 128 S. 11 f.).

B.b Nach Einholung einer Stellungnahme beim RAD (act. 132) und beim Rechtsdienst der IV-Stelle (act. 134) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Januar 2019 mit, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe (act. 136). Gegen den Vorbescheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 6. Mai 2019 fristgerecht Einwand (act. 143).

B.c Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme beim RAD (act. 145) und beim Rechtsdienst der IV-Stelle (act. 146) wies die IVSTA das Rentengesuch mit Verfügung vom 19. Juni 2019 ab (act. 150; Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.], Beilage 1 zu BVGer-act. 1). In der Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass in der Gesamtbeurteilung die im Gutachten des D._____ postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde, namentlich des nicht adäquat behandelten leichtgradig ausgeprägten depressiven Leidens, auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht hinreichend erstellt seien. Damit sei beim Versicherten kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Mit Blick auf die Feststellungen im Urteil C-1022/2016 (Dysthymie anstatt mittelschwere oder gar schwere depressive Symptomatik) sei ein länger dauernder, ununterbrochener invalidisierender Gesundheitsschaden auch rückwirkend ab Oktober 2012 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

C.

Hiergegen liess der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 21. August 2019 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung der IVSTA vom 19. Juni 2019 sei aufzuheben und es sei ihm eine IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des Sachverhalts und zur Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen (BVGer-act. 1). Es wurde im Wesentlichen vorgebracht, die Diagnose einer Dysthymie werde bestritten, zumal im Gutachten des D._____ noch eine leichte depressive Erkrankung diagnostiziert worden sei. Die Behauptung der Vorinstanz, dass die in der Gesamtbeurteilung des Gutachtens des D._____ postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde, namentlich des nicht adäquat behandelten leichtgradig ausgeprägten depressiven Leidens, auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht erstellt seien, widerspreche den Beurteilungen

des Gutachters Dr. med. E._____, der Gutachter des D._____, und des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____. Da die Vorinstanz keine weiteren Abklärungen getroffen habe, sei sie ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen. Vorliegend sei ein Obergutachten angezeigt, da die psychiatrische Gutachterin des D._____ dem behandelnden Facharzt eine nicht leitliniengerechte Behandlung zur Last lege, obwohl diverse Antidepressiva ausprobiert worden seien, die erwartete Besserung aber nicht eingetreten sei und dann andere Therapieformen angewendet worden seien.

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 29. August 2019 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ging am 3. September 2019 bei der Gerichtskasse ein (BVGer act. 2 und 4).

E.

Mit Vernehmlassung vom 30. September 2019 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 6). Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 25. September 2019. Darin wurde im Wesentlichen festgehalten, dass anhand der Indikatoren bundesrechtskonform ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden verneint worden sei. Wenn wie vorliegend die erhobenen Befunde für die funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht hinreichend erstellt seien, sei der Beweis nicht geleistet, was sich zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirke.

F.

Am 9. Dezember 2019 liess der Beschwerdeführer in seiner Replik an den Beschwerdebegehren festhalten und eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters, Dr. med. F._____, vom 11. November 2019 zu den Akten reichen (BVGer-act. 14). Begründend liess er zusammengefasst ausführen, es werde bestritten, dass er ein hohes Aktivitätsniveau aufweise. Seit Anfang 2013 habe ein starker sozialer Rückzug stattgefunden, der noch immer bestehe. Im Frühjahr 2016 hätten mit Beginn der jetzigen beruflichen Tätigkeit die bisherigen bescheidenen Freizeitaktivitäten noch stark abgenommen, weil ihm nach einem Arbeitstag die nötige Energie fehle, noch andere Aktivitäten auszuüben. Er arbeite als selbständiger Bauleiter nach wie vor in einem Pensum von 60 %. Sobald er jeweils ver-

suche, sein Pensum zu erhöhen, verspüre er sofort wieder körperliche Reaktionen (u.a. innere Unruhe, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Schlafstörungen, etc.).

G.

Mit Duplik vom 8. Januar 2020 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 16).

H.

Der Schriftenwechsel wurde am 15. Januar 2020 abgeschlossen (BVGer-act. 17). Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die vorgelegten Beweismittel wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

2.

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2019 erlassen hat. Diese Verfügung bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Mit dieser hat die Vorinstanz – nach Vornahme ergänzender Abklärungen gemäss Rückweisungsentscheid des Bundesverwaltungsgerichts C-1022/2016 – das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. Juni 2019) 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).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche am 19. Juni 2019 in Kraft standen anwendbar; 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.

3.3 Im Verhältnis Schweiz – Liechtenstein, das heisst bei (ehemaliger oder aktueller) Erwerbstätigkeit in der Schweiz und Wohnsitz in Liechtenstein, ist das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (SR 0.632.31; nachfolgend: EFTA-Übereinkommen) anwendbar. Gemäss Art. 21 Bst. a des EFTA-Übereinkommens werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 1 Anhang K-Anlage 2 sind die Mitgliedstaaten überein gekommen, im Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit untereinander die Rechtsakte der Europäischen Union anzuwenden. Bis zum 31. Dezember 2015 waren somit 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; kurz: VO Nr. 1408/71) und deren Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO Nr. 574/72) anwendbar. Ab dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den

Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des Freizügigkeitsabkommens ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m. H.; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteil des BVGer C-998/2018 vom 19. Dezember 2019 E. 2.4. m. H.)

4.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [act. 94]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist

4.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar

ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

4.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

4.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), was vorliegend auch bei einem Wohnsitz in einem EFTA-Staat gilt (vgl. vorne E. 3.3).

4.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

4.6 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

4.7

4.7.1 Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung auf der Grundlage des strukturierten Beweisverfahrens bildet eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

4.7.2 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schwe-

regrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

4.7.3 Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender trifft einerseits die Pflicht, die medizinischen Angaben daraufhin zu prüfen, ob sich die Ärzte an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich also aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Andererseits darf keine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3 S. 307; vgl. auch ANDREAS TRAUB, BGE 141 V 281 - Auswirkungen des Urteils auf weitere Fragestellungen, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2016, Ueli Kieser [Hrsg.], 2017, S. 142 Ziff. 3.3.3). Vielmehr ist zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 307 f.). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist nur dann erbracht, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für eine Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2; 143 V 418 E. 6 S. 427).

5.

In ihrer Verfügung vom 14. Januar 2016 stützte sich die Vorinstanz massgeblich auf das neurologische und psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 4. Mai 2015 (act. 60).

5.1 Basierend auf der psychiatrischen Befunderhebung und den Zusatzuntersuchungen stellte Dr. med. E. _____ folgende Diagnosen (act. 60 S. 17):

- mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73)
- Maladaptive Verarbeitung einer Lebensbelastung (F43.2)
- Dysthymia (F34.1)

- ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Arterielle Hypertonie (I10.90)

Er führte aus, die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Geschäftsführer in einem holzverarbeitenden Betrieb betrage 50%. Die Gesamt-Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit schätzte er seit Ende 2014 auf 60%.

5.2 Das Bundesverwaltungsgericht kam in seinem rechtskräftigen Urteil C-1022/2016 (vgl. E. 9.7) zum Schluss, dass dem Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 4. Mai 2015 betreffend die psychischen Leiden voller Beweiswert zukomme. So wurde ausgeführt (E. 9.2), dass der Experte die Diagnose Dysthymie aus objektiven Befunden abgeleitet habe. Bezüglich des ebenfalls geltend gemachten Herzleidens des Beschwerdeführers und eine mögliche Wechselwirkung betreffend den psychischen Gesundheitsschaden hielt das Gericht fest, dass der medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend erstellt sei. Ferner sei der Einwand, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei, berechtigt (vgl. E. 9.3, 9.7 und 9.7.1).

5.3 Für den Zeitraum nach dem am 19. Dezember 2017 ergangenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, liegen im Wesentlichen folgende ärztliche Unterlagen in den Akten:

5.3.1 Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS) im Spital (...) vom 22. Juni 2017 (act. 113).

5.3.2 Verlaufsbericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 10. Januar 2018 (act. 96 S. 2 ff.) mit folgenden Ausführungen unter der Rubrik "Verlauf/veränderte Befunde": Therapie vom 28. April bis 15. November 2017 wegen Rückenschmerzen; Diskushernie L4/L5.

5.3.3 Dr. med. F. _____ ersuchte in seinem Psychiatrischen Verlaufsbericht vom 11. Februar 2018 darum (act. 100), dass beim Versicherten aufgrund von hormonellen Störungen und seiner jahrelangen Behandlung bei einem Urologen weitere Abklärungen gemacht werden.

5.3.4 Im Rahmen des interdisziplinären Gutachtens der D. _____ vom 13. Dezember 2018 wurde der Versicherte internistisch, orthopädisch, kardiologisch, endokrinologisch, urologisch und psychiatrisch untersucht.

5.3.4.1 Konsensual nannten die Gutachter Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Kardiologie, Dr. med. K. _____, Facharzt für Endokrinologie und Diabetologie, Dr. med. L. _____, Facharzt für Urologie, und Dr. med. M. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (vgl. Gutachten S. 9 Ziff. 4.2):

- mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
- Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0)

- ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Verdacht auf arterielle Hypertonie
- Hypercholesterinämie laut Akten
- Stand nach paroxysmalem tachykardem Vorhofflimmern 2002, 2005 und 2009

- Echokardiographie 19.09.2018: Normale linksventrikuläre Funktion mit Ejektionsfraktion (LVEF) 55%

- Stand nach Entfernung eines Hautkarzinoms am Rücken vor circa 15 Jahren, anamnestisch
- Stand nach operativer Reposition & Refixation laterale Claviculafraktur rechts am 08.04.2013

mit

- postoperativer Wundheilungsstörung
- intermittierendes lumbospondylogenes Syndrom
- Stand nach medialer Überlastung Knie rechts im Mai 2014
- Normogonadotroper Hypogonadismus
 - am ehesten hypothalamisch bedingt bei depressiver Episode
 - Testosteron-Substitution seit Juni 2013
 - Stand nach Libidoverlust und Erektionsstörung, persistierende leichte erektile Dysfunktion

5.3.4.2 In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss (vgl. Gutachten S. 8 f.), dass von internistischer Seite im Untersuchungsstatus hypertone Blutdruckwerte gefunden worden seien. Möglicherweise seien dies situative Faktoren. Aufgrund der Anamnese, der Akten und der Klinik fänden sich keine Hinweise auf manifeste hypertensive Organschäden.

Von kardiologischer Seite seien Episoden von paroxysmalem tachykardem Vorhofflimmern 2002, 2005 und 2009 zu erwähnen. Die Arrhythmien hätten jeweils medikamentös behandelt werden können. Eine strukturelle Herzerkrankung sei nicht festgestellt worden, die linksventrikuläre Funktion sei immer normal gewesen. Auch aktuell fänden sich eine unauffällige Echokardiographie mit normaler LVEF, eine unauffällige Ergometrie mit Belastung bis 88% ohne Hinweise auf Myokardischämie bei allerdings leicht eingeschränkter physischer Belastbarkeit und Hinweisen auf eine Belastungs-

hypertonie. Zusammenfassend lasse sich für die angestammte und die jetzige Tätigkeit aus kardiologischer Sicht keine Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angeben.

Aus orthopädischer Sicht sei der Stand nach operativer Reposition und Refixation der lateralen Claviculafraktur rechts vom April 2013 zu erwähnen. Diesbezüglich fände sich im Bereich der rechten Schulter eine diskrete Hemmung bei der Abduktion, ein diskretes Krepitieren im AC-Gelenk bei leichter Instabilität, ansonsten ein blander Schulterstatus. Seitens der LWS fände sich eine moderate Druckdolenz parovertebral lumbal auf der Höhe L4 und L5 ohne begleitenden Muskelhartspann bei guter Beweglichkeit und uneingeschränkter Einsetzbarkeit im spontanen Verhalten. Auch seitens des rechten Kniegelenkes bestehe ein blander Status. Zusammenfassend lasse sich aus rein orthopädischer Sicht für die bisherige Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

Von urologischer Seite lasse sich keine Erkrankung feststellen. 2013 sei es zu einem Libidoverlust und anschliessend zu einer Testosteronsubstitutionstherapie durch den behandelnden Urologen gekommen. Aktuell persistiere noch eine leichte erektile Dysfunktion. Die urologische Symptomatik sei am ehesten mit der psychischen Problematik zu erklären. Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würden sich von urologischer Seite nicht ausmachen lassen.

Von endokrinologischer Seite könne festgehalten werden, dass es nach dem Auftreten einer depressiven Episode 2013 zu urologischen Abklärungen gekommen sei und aufgrund eines im Normbereich gelegenen Gesamt-Testosterons bei erniedrigtem freiem Testosteron eine Testosteronsubstitutionstherapie eingeleitet worden sei. Zusammenfassend lasse sich ein Hypogonadismus beim Versicherten nicht sicher diagnostizieren, da die Gesamt-Testosteron-Werte stets im Normbereich gelegen hätten. Anhand der freien Testosteron-Werte könne jedoch ein Hypogonadismus vermutet werden, der am ehesten sekundärer, beziehungsweise hypothalamischer Genese sei und durch die depressive Episode ausgelöst worden sei. Die Testosteron-Substitution hätte passager einen guten Effekt auf die depressive Symptomatik gehabt. Eine Reduktion sei bisher nicht möglich gewesen, da die depressive Symptomatik jeweils wieder aufgetreten sei.

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, der genaue psychiatrische Behandlungsverlauf lasse sich aus den Akten nicht erschliessen. Fest steht nur, dass Dr. F. _____ verschiedene Versuche mit Antidepressiva und

auch phytotherapeutische sowie komplementär-medizinische Massnahmen versucht habe. Es werde davon ausgegangen, dass der Versicherte durch seine Doppelbelastung als Geschäftsführer in zwei Firmen und zusätzlich einem Partnerschafts-Konflikt Ende 2012 und Anfang 2013 tatsächlich eine Lebenskrise mit einer vermutlich mittelschweren bis schweren depressiven Episode erlitten habe. In der Folge sei er als Selbständigerwerbender nicht in der Lage gewesen, sofort seine Tätigkeit niederzulegen, sondern habe seine geschäftlichen Angelegenheiten eigentlich erst im Verlaufe des Jahres 2015 zu seiner Zufriedenheit regeln können. Die Arbeitsfähigkeit könne jedoch retrospektiv nicht schlüssig beurteilt werden

Laut dem Gutachten von Dr. med. E. _____ von 2015 bestehe psychopathologisch noch immer eine mittelschwere depressive Episode. Wann genau sich der Zustand des Versicherten verbessert habe, sei nicht ersichtlich. In ihrer eigenen Untersuchung seien noch Anzeichen einer leichten depressiven Episode gefunden worden. Im Hamilton Depressionsindex habe der Versicherte 17 Punkte erreicht. Es handele sich im Wesentlichen um eine schnellere Erschöpfbarkeit, eine leichte Antriebshemmung sowie eine Schwierigkeit beim Füllen von Entscheidungen. Kognitive Beeinträchtigungen im Sinne von Gedächtnis-, Merkfähigkeit- oder Konzentrationsstörungen seien objektiv in der Untersuchung nicht feststellbar.

Anzumerken sei, dass eine Dauermedikation mit Ritalin, wobei offenbar zuerst nur das unretardierte Präparat verwendet worden sei, in einer depressiven Situation kontraindiziert sei. Das Methylphenidat wirke zwar kurzfristig anregend, leere jedoch die Transmitterspeicher, woraus sich ein Teufelskreis von Antrieb und Erschöpfung ergebe. Auch die Therapie mit Testosteron könne aus psychiatrischer Sicht zumindest hinterfragt werden. Androgene hätten verschiedene zum Teil nicht genau vorhersehbare Wirkungen auf die Psyche. Die Impotenz, die der Versicherte beschreibe, bestehe seit vielen Jahren und dürfe dem jahrzehntelangen massiven Nikotinabusus geschuldet sein. Ein Hinweis, dass es sich bei der Impotenz um ein organisches Geschehen handele, dürfe auch das nur ungenügende Ansprechen auf Erektionshilfen sein (Viagra®). Aktuell sei der Versicherte wieder als Bauführer arbeitstätig. Er arbeite nach eigenen Angaben strukturiert, finde sich jeden Tag im Büro ein und leite so auch die Bauprojekte, mit denen er beauftragt sei. Subjektiv bestehe noch eine raschere Ermüdbarkeit, ein erhöhter Pausenbedarf und eine grössere Erschöpfung nach Arbeitsende. Ansonsten bestünden jedoch nur mehr wenige Beschwerden oder objektive Befunde. Aus psychiatrischer Sicht sei somit die Arbeitsfähigkeit nur noch leicht beeinträchtigt.

Zusammenfassend müsse zum Verlauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeit folgendes angeführt werden (vgl. Gutachten S. 9): Gemäss Akten sei ab 29. Januar 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, sowohl vom behandelnden Arzt wie auch vom Psychiater. Dies könne nachvollzogen werden und werde mit der Ende 2012 sich manifestierten Lebenskrise und den mittelschweren und schweren depressiven Episoden begründet. Ab Gutachten vom Mai 2015 werde aber eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Geschäftsführer und für eine adaptierte Tätigkeit eine 60%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Im weiteren Verlauf seien vom behandelnden Psychiater zwar weitgehende Arbeitsunfähigkeiten von 70% bis 80% attestiert worden. Eine klare Begründung aus psychiatrischer Sicht sei aber nicht angegeben worden. Im Vordergrund stehe weitgehend die Persönlichkeitsakzentuierung sowie die psychosoziale Belastung. Auch im letzten Bericht des behandelnden Psychiaters vom September 2015 fänden sich keine eindeutigen Hinweise auf psychopathologische Probleme. In diesem Bericht werde lediglich das Gutachten von Dr. med. E. _____ kritisiert. Es ergebe sich also ab Gutachten Mai 2015 bis zum jetzigen Gutachten eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer und eine 60%-ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit.

Ab aktuellem Gutachtendatum (vgl. Gutachten S. 11 f. Ziff. 4.7. f.) sei der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer und Mitinhaber einer Firma aufgrund seiner Mühe, Entscheidungen zu fällen, seiner Amivalenz, seinem verlangsamten Arbeitstempo und dem Verlust des Selbstwertgefühls im Moment zu 60% arbeitsfähig. Es werde davon ausgegangen, dass eine selbständige, verantwortungsvolle Tätigkeit immer ein höheres Pensum als 100% im Vergleich zu einem Angestelltenverhältnis darstelle. In angepasster Tätigkeit, wie in der jetzigen Tätigkeit als Bauführer, könne der Versicherte seine Arbeitszeiten mehr oder weniger selbst einteilen und bei Bedarf Pausen einlegen. Er sei auch nicht gezwungen in einem grösseren Team zu arbeiten. In dieser aktuell durchgeführten Tätigkeit, welche als angepasst beurteilt werde, ergebe sich eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit.

5.4 Gestützt auf eine Prüfung des Gutachtens führte RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 aus (act. 132), aufgrund der nicht schlüssigen Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin, die auch in die Konsensbeurteilung übernommen worden sei, sei eine interdisziplinäre Besprechung zwischen Rechtsdienst, Rechtsanwender und RAD notwendig

mit der Fragestellung, ob trotz der psychiatrischen Diagnosen, die aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen würden und des attestierten Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit auf das poly-disziplinäre Gutachten abgestellt werden könne. Es stelle sich die Frage, seit wann der Versicherte in einem Pensum von 6 Stunden pro Tag als Bauführer arbeite und ob nicht schon vor dem Zeitpunkt der Begutachtung einer höhere Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Der Versicherte halte sich nur für 30% arbeitsfähig, die Schilderung seiner Berufstätigkeit und Arbeitszeit spreche jedoch für eine höhere Arbeitsfähigkeit. Das vom Versicherten angegebene Aktivitätsniveau in der Freizeit sei nicht mit der Selbsteinschätzung des Versicherten einer lediglich 30%-igen Arbeitsfähigkeit vereinbar. Die Häufigkeit der Konsultationen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung (nur alle 4-6 Wochen) spreche nicht für einen hohen Leidensdruck. Es erfolge keine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung einer Depression. Stattdessen nehme der Versicherte abhängigkeiterzeugende, antriebs- und potenzsteigernde Medikamente ohne klare Indikation (Testosteron, Levitra, Ritalin).

In seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2019 (act. 145) führte der RAD-Arzt im Wesentlichen aus, dass es sich sowohl bei der vom Versicherten nachgefragten Kunsttherapie als auch bei Achtsamkeit und Yoga um zusätzliche therapeutische Angebote handle, jedoch nicht um leitliniengerechte Behandlungen einer Depression gemäss den Kriterien der Fachgesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie.

6.

6.1 Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz hinsichtlich der Feststellung des Gesundheitszustands und der Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten des D. _____ vom 13. Dezember 2018 abgestellt hat.

6.2 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des D. _____ basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Die Gutachter setzen sich einlässlich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sodann erfolgte eine interdisziplinäre Konsensbeurteilung der beteiligten Fachärzte (vgl. act. 128).

6.3 Gemäss dem polydisziplinären Gutachten des D. _____ ergaben sich aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte und die jetzige Tätigkeit (vgl. oben E. 5.3.4.2 S. 13). Ebenso liessen sich von urologischer und endokrinologischer Seite keine Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit ausmachen. Eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung wurde ebenfalls ausgeschlossen (vgl. Urteil C-1022/2016 E. 9.7.2). Für die Zeit vor der Begutachtung durch das D. _____ ist somit aufgrund der mit Urteil C-1022/2016 rechtskräftig festgestellten Diagnose Dysthymie (vgl. E. 6.2 und 8.1) – entgegen der Annahme der psychiatrischen Gutachterin Dr. M. _____ des D. _____ – nicht vom Vorliegen einer mittelschweren oder gar schweren depressiven Symptomatik auszugehen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kommt dies – auch bei Einbussen an Leistungsfähigkeit – für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (vgl. Urteil des BGer 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 m.w.H.). Folglich kann der Einschätzung von Dr. med. E. _____ bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht gefolgt werden (vgl. E. 5.1).

6.4 Mit Blick auf die hier zur Diskussion stehende leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) hat die Vorinstanz zu Recht eine Prüfung der Arbeitsfähigkeit in Anwendung der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens vorgenommen, zumal vorliegend keine Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung geltend gemacht werden und aus den Akten auch nicht ersichtlich sind. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde beweismässig hinreichend erstellt sind.

6.4.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Im Vordergrund steht vorliegend die Diagnose der leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0). Diese Diagnose ist schlüssig begründet und lässt sich anhand der klassifikatorischen Merkmale der ICD-10 Klassifikation nachvollziehen.

6.4.2 Die Kategorie “funktioneller Schweregrad“ beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). In dieser Kategorie sind

die Komplexe der „Gesundheitsschädigung“, der „Persönlichkeit“ und des „sozialen Kontextes“ zu unterscheiden.

6.4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen.

Die psychiatrische Gutachterin Dr. M._____ führte hierzu aus (vgl. act. 128 S. 77), der Versicherte sei heute wieder selbständig als Bauführer, das heisse in der Projektierung von Bauten, tätig. Gemäss seinen eigenen Angaben sei er während maximal sechs Stunden pro Tag arbeitstätig. Ein höheres Pensum sei ihm aufgrund der nach wie vor starken Erschöpfungstendenz nicht möglich. In der psychiatrischen Untersuchung würden sich objektiv noch Symptome einer leichten depressiven Erkrankung finden. Insbesondere sei eine Antriebshemmung, eine Verlangsamung während der Exploration und auch eine depressive Stimmung mit einer enormen Dünnhäutigkeit sichtbar.

6.4.2.2 Mit Blick auf den Indikator des Verlaufs und Ausgangs der Therapien hat die psychiatrische Gutachterin festgehalten (act. 128 S. 75 f.), dass der Versicherte zwar seit Austritt aus der psychosomatischen Klinik (2013) in ambulanter psychotherapeutische Behandlung stehe, zuerst bei einer Psychologin und dann bei Psychiater Dr. F._____. Eine Behandlung mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und mit Valdoxan habe nicht den gewünschten Erfolg gebracht, so dass diese Medikation aufgrund unerwünschter Wirkungen habe abgebrochen werden müssen. Der Psychiater habe angeblich verschiedene Versuche mit Antidepressiva getätigt, welche keine Wirkung gezeigt hätten. Unklar sei, weshalb der Versicherte aktuell nicht mehr mit einem SSRI behandelt werde, was den Leitlinien zur Behandlung von depressiven Erkrankungen und insbesondere auch Erschöpfungsdepressionen entsprechen würde. Im Verlauf der Erkrankung sei dem Versicherten aufgrund der Konzentrationsstörungen und der assoziativ gelockerten Gedankengänge Methylphenidat verschrieben worden. Mittlerweile sei er auf diese Medikation angewiesen. Obwohl vorbestehend kein Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bestanden habe, sei vom behandelnden Psychiater eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten erhofft und auch eingetroffen. Die Medikation mit Methylphenidat bei einem Fehlen einer eigentlichen ADHS-Symptomatik bergt jedoch Risiken. So beschreibe der Versicherte denn auch wechselnde Leistungsfähigkeit bei Abfall des Methylphenidat-Spiegels.

Die psychiatrische Gutachterin hielt sodann fest (act. 128 S. 80), dass die wichtigste Massnahme zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eine weitere psychotherapeutische Behandlung sei. Hier sei nicht ganz nachvollziehbar, weshalb die Frequenz der Therapie auf vier- bis sechswöchentlich abgenommen habe. Es sei auch nicht ganz klar, seit wann dies so sei. Der Versicherte solle in seinem Selbstvertrauen ermutigt werden. Seine Ich-Ideale sollten revidiert werden. Es solle ihm vermittelt werden, dass er möglicherweise die Arbeitsleistung, welche er vor der Erkrankung erbracht habe, nicht mehr werde erbringen können, weil sie nicht einer durchschnittlichen Arbeitsleistung entsprochen habe. Ebenfalls zu prüfen sei der Einsatz eines sich positiv auf Antrieb und kognitive Fähigkeiten auswirkenden Antidepressivums, zum Beispiel Vortioxetin. Die Behandlung mit Methylphenidat sei zu hinterfragen und allenfalls auszuschleichen, da die Indikation dafür unklar sei.

Der RAD-Arzt führte hierzu aus (act. 132 S. 6), die Häufigkeit der Konsultationen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung (nur alle 4-6 Wochen) spreche nicht für einen hohen Leidensdruck. Es erfolge keine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung einer Depression. Stattdessen nehme der Versicherte abhängigkeiterzeugende, antriebs- und potenzsteigernde Medikamente ohne klare Indikation (Testosteron, Levitra, Ritalin). Ausserdem würden die von Dr. F. _____ erwähnten Behandlungen (Kunsttherapie, Yoga, Achtsamkeit) keine leitliniengerechte Behandlung einer Depression gemäss den Kriterien der Fachgesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie darstellen.

Der Auflistung "Therapiesitzungen ab Austritt Susch" kann entnommen werden (vgl. BVGer-act. 1 Beilage 2), dass im Jahr 2014 beim behandelnden Psychiater Dr. F. _____ 22 Therapiesitzungen stattgefunden haben. In den Jahren 2015 und 2016 fanden noch monatliche Sitzungen statt. Zusätzlich besuchte der Versicherte im Jahr 2015 und Anfang des Jahres 2016 insgesamt 24-mal eine Maltherapie. Im Jahr 2017 fanden sodann noch zehn und im Jahr 2018 elf Therapiesitzungen statt.

Mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts kann im vorliegenden Fall bei den zunächst zweimal monatlich und anschliessend knapp monatlichen Konsultationen beim behandelnden Psychiater nicht von einer konsequenten Depressionstherapie gesprochen werden (vgl. Urteil des BGer 8C_793/2016 vom 15. September 2017 E. 8.2. m.H. auf Urteil 8C_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2, wo ein Termin alle zwei bis

drei Wochen für eine konsequente Depressionstherapie als ungenügend bezeichnet wurde).

Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Begutachtung an, die Antidepressiva Escitalopram und Valdoxan hätten bei ihm zu unerwünschten Nebenwirkungen geführt, wobei er nicht mehr angeben können, welche dies gewesen seien (act. 128 S. 74). Den Akten ist ferner zu entnehmen, dass der behandelnde Psychiater anlässlich der Behandlung des Beschwerdeführers mit Antidepressiva im Jahr 2013 lediglich eine Massnahme (Wechsel des Antidepressivums) ergriffen hat, als der Beschwerdeführer auf die Medikation nicht angesprochen haben soll (vgl. S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [nachfolgend: Leitlinie] Ziff. 3.4.7, 2. Auflage, 2015, Version 5; abrufbar unter: www.leitlinien.de). Gemäss der Leitlinie werden folgende weitere Massnahmen genannt: Überprüfung der therapeutisch wirksamen Serumkonzentration mit anschliessender Dosisadaptation, das Vorliegen einer Metabolisierungsbesonderheit in Betracht ziehen, die Dosis erhöhen, Lithiumaugmentation, Kombination eines Antidepressivums mit einem zweiten Antidepressivum.

Unter diesen Umständen ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass beim Versicherten keine leitliniengerechte Behandlung des depressiven Leidens stattfindet und die Behandlungsmöglichkeiten bei weitem nicht ausgeschöpft werden. Eine Behandlungsresistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ist daher zu verneinen. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist. Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 m.w.H.).

6.4.2.3 Was allfällige weitere krankheitswertige Störungen anbelangt, nennt das D._____ -Gutachten zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) und Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Erschöpfungssyndrom (Z73.0). Eine rechtlich bedeutsame Komorbidität ergibt sich daraus aber nicht, denn solche Z-Kodierungen stellen keine rechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (vgl. Urteil des BGer 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E. 4.2.2 m.w.H.). Weiter ist auch das Vorliegen einer relevanten organischen Komorbidität zu verneinen.

6.4.3 Bezüglich dem Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) kann festgehalten werden, dass der Gutachter akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostizierte. Diese sind zu berücksichtigen, da sie den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen beeinflussen können (Urteile des BGer 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.; 9C_345/2017 vom 30. August 2017 E. 3.3.3). Im Gutachten wird beschrieben, dass der Versicherte seine Geschäfte, die gewissermassen seine "Kinder" gewesen seien, aufgegeben und somit seine wichtige Stellung im Beruf habe verlassen müssen (act. 128 S. 10). Die Aufgabe der eigenen Firma könne als Belastung angesehen werden (vgl. act. 128 S. 79). Insofern ist der Persönlichkeitsstruktur eine gewisse ressourcenhemmende Wirkung zuzuschreiben. Andererseits wird ausgeführt, als Ressourcen könne die gute Schulbildung und seine Intelligenz angesehen werden. Der Versicherte sei vielseitig ausgebildet, das heisse, er könne sowohl im administrativen Bereich bei der Verwaltung von Unternehmen wie auch im operativen Bereich (handwerklich) eingesetzt werden. Ebenfalls vorhanden sei der ausgesprochene Wille zur Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit.

6.4.4 Mit Blick auf den Komplex «sozialer Kontext» der Kategorie «funktionaler Schweregrad» kann dem Gutachten entnommen werden, dass der Versicherte, der allein in seinem eigenen Haus lebe, eine Beziehung zu einer im selben Ort lebenden Frau führe, mit welcher er die meisten Wochenenden verbringe (act. 128 S. 71). Sodann hat er gemäss eigenen Angaben ein- bis zweimal monatlich Kontakt zu seinen in der Nähe lebenden Eltern. Dort sehe er auch hin und wieder seine Schwester (BVGer-act. 14 S. 3). Es werden auch andere soziale Kontakte erwähnt (act. 128 S. 77). Der Versicherte ist wieder erwerbstätig als selbständig erwerbender Bauführer (Projektierung von Bauten, Bauführung), wobei er angibt, die meiste Zeit von zu Hause aus zu arbeiten (act. 128 S. 71). Der soziale Kontext weist damit gewisse Ressourcen auf, auf die der Versicherte zurückgreifen kann.

6.4.5 Bei der Konsistenzprüfung geht es um die Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den privaten Aktivitäten im Einklang stehen oder ob sich aus diesem Vergleich Widersprüche oder Unstimmigkeiten ergeben.

Dem psychiatrischen Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer die Einschränkungen alle Lebensbereiche gleichmässig betreffen würden, wobei sie aber ungleich stärkere Auswirkungen

auf die Erwerbstätigkeit als auf den Alltag hätten. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien in sich konsistent und plausibel, die Untersuchungsergebnisse valide und nachvollziehbar. Die Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Gutachters und des behandelnden Psychiaters seien divergent (act. 128 S. 11).

Der Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, dass er sich in seiner Freizeit im Winter mit Drechseln beschäftige, im Sommer einige Male mit Motorradfahren unterwegs sei und sich ansonsten häufig in der Natur aufhalte. Zusätzlich gehe er ins Thermalbad und alle zwei Wochen in die Massage (vgl. act. 128 S. 71).

Der Vorinstanz ist beizupflichten, dass damit das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers, welcher gemäss eigenen Angaben lediglich zu 60 % arbeitsfähig sein soll, nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist. Zudem ist der Umstand, dass der Versicherte sich weder genügend therapeutisch noch medikamentös gemäss fachärztlicher Indikation behandeln lässt, als Indiz zu werten, dass die Beeinträchtigungen anders zu begründen sind als durch eine versicherte Gesundheitsschädigung. Es kann somit nicht von einem erheblichen Leidensdruck ausgegangen werden (BGE 141V 281 E. 4.4.2).

6.5 Angesichts des leichten Grads des diagnostizierten Gesundheitsschadens mit nicht ausgeschöpften Therapieoptionen und ohne Komorbiditäten, der fehlenden Konsistenz, vorhandener mobilisierbarer Ressourcen und der lediglich leicht ressourcenhemmenden Persönlichkeitsstruktur sind im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 die im polydisziplinären Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit beweisermässig nicht hinreichend erstellt. Es fehlt mithin an einem stimmigen Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Das Gutachten ist dennoch als voll beweiswertig einzustufen (vgl. Urteil des BGer 8C_527/2018 vom 1. April 2019 E. 6.1 m.H.)

6.6 Was der Beschwerdeführer des Weiteren dagegen einwendet, vermag diese Feststellung sowie die Beweiskraft des Gutachtens nicht infrage zu stellen.

6.6.1 Der Beschwerdeführer machte geltend, falls an der Diagnose Dysthymie von Dr. med. E. _____ festgehalten würde, hätte sich der Gesundheitszustand seit dem Jahr 2015 gar verschlechtert, denn im Gutachten

des D. _____ sei noch eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden. Sein Gesundheitszustand habe sich aber wohl etwas verbessert.

Eine depressive Episode kann jedoch gelegentlich eine anhaltende affektive Störung (Dysthymie) überlagern (so genannte "double depression"; vgl. Leitlinie Ziff. 2.2.1.3). Somit ist die diagnostizierte leichte depressive Diagnose nicht abwegig. Sie wurde zudem schlüssig begründet und lässt sich anhand der klassifikatorischen Merkmale der ICD-10 Klassifikation nachvollziehen (vgl. oben E. 5.3.4.2 S. 14 in fine).

6.6.2 Zum Argument des Beschwerdeführers, aus BGE 143 V 409 gehe hervor, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegenstehe, kann festgehalten werden, dass vorliegend – wie im genannten BGE postuliert – ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt wurde und die Therapierbarkeit eines der Kriterien darstellt, welche geprüft wurden (vgl. E. 6.4.2. ff.).

6.7 Aus dem Gesagten folgt, dass das Gutachten zwar als voll beweiswertig einzustufen ist, die postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit jedoch beweismässig nicht hinreichend erstellt sind. Von weiteren Beweisabnahmen und einer vom Beschwerdeführer beantragten Oberbegutachtung kann abgesehen werden, da von diesen angesichts des beweiskräftigen polydisziplinären Gutachtens keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des BGer 8C_230/2019 vom 2. Juli 2019 E. 3.5 m.H.). Dies zumal der Beschwerdeführer keine von dieser Leistungsbeurteilung abweichenden Arztberichte ins Recht gelegt hat, welche am Ergebnis des Administrativgutachtens ernsthafte Zweifel zu wecken vermöchten (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_809/2018 vom 1. April 2019 E. 3.1). Im Ergebnis hat der Beschwerdeführer als uneingeschränkt arbeitsfähig zu gelten. Überdies ist der Versicherte vor dem Hintergrund der Schadenminderungspflicht auf zumutbare Massnahmen zur Verbesserung seines Gesundheitszustands hinzuweisen. Ärztlich empfohlen ist eine konsequente Depressionstherapie (Einnahme eines Antidepressivums und häufigere Konsultationen bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie). Zudem sei die Behandlung mit Methylphenidat zu hinterfragen und allenfalls auszuschleichen.

7.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass sich die Beschwerde als unbegründet erweist, weshalb sie abzuweisen ist. Die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2019 ist nicht zu beanstanden.

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.– festzusetzenden Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden (BVGer-act. 2, 4).

8.2 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). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

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

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Mirjam Angehrn

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: