



Abteilung III
C-4518/2020

Urteil vom 8. August 2023

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiberin Tanja Jaenke.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Myrna Afèche,
Beschwerdeführer,
gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Neuanmeldung;
Verfügung der IVSTA vom 29. Juli 2020.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (nachfolgend Versicherter), geboren am (...) 1965, ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Er ist verheiratet und Vater einer Tochter (geboren 2006). Von 1989 an war er mit Unterbrüchen in der Schweiz arbeitstätig und ab 1. August 1996 arbeitete er als Grenzgänger bei der B. _____ AG in (...), zunächst als Plattenleger und ab 1. September 2011 als Bauleiter. Dabei leistete er Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Am 29. Juni 2016 kündigte die B. _____ AG das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten infolge Konkurses per 30. September 2016 (vgl. vorinstanzliche Akten [IV-act.] 1; 8; 16; 77.7; Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer-act.] 1 Beilagen 5 und 6).

B.

Im Juni 1990 meldete sich der Versicherte erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an. In der Folge sprach ihm die IV berufliche Massnahmen und Taggelder zu sowie mit Verfügung vom 1. März 1995 – mutmasslich wegen Kreuzbandrisses am rechten Knie nach Arbeitsunfall (vgl. IV-act. 132 S. 45; vgl. auch nachfolgend Bst. D.g und E. 6.1) – eine befristete ganze Rente vom 1. Juli 1990 bis zum 31. August 1991 (IV-act. 106).

C.

C.a Mit vom 24. September 2015 datiertem Anmeldeformular stellte der Versicherte unter Verweis auf seine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 27. März 2015 einen weiteren Leistungsantrag für Berufliche Integration beziehungsweise Rente, welcher am 1. Oktober 2015 bei der IV-Stelle des Kantons C. _____ (nachfolgend IV-Stelle) einging. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen machte er im Wesentlichen Atembeschwerden, Schwindel, Kopfschmerzen sowie Kopf- und Ohrendruck geltend (IV-act. 1).

C.b In der Folge tätigte die IV-Stelle Abklärungen und holte diverse medizinische Unterlagen ein, gemäss welchen beim Versicherten in somatischer Hinsicht insbesondere eine chronische Pansinusitis (gleichzeitige Entzündung aller Nasennebenhöhlen) mit mehrmaligen Nasennebenhöhlenoperationen und ein Asthma bronchiale diagnostiziert worden waren (IV-act. 14 S. 8 ff.; 22; 36 S. 9 ff, S. 23 ff.). In psychiatrischer Hinsicht waren zudem im Rahmen einer mehrwöchigen stationären Behandlung eine ge-

neralisierte Angststörung (F41.1) mit Panikattacken (F41.0), eine Somatisierungsstörung (F45.0) und eine mindestens mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert worden (IV-act. 23; 24).

C.c Am 16. August 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aktuell aufgrund seines Gesundheitszustands keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Sein Anspruch auf eine IV-Rente werde geprüft und er erhalte diesbezüglich eine separate Verfügung (IV-act. 31).

C.d Mit (erstem) Vorbescheid vom 9. Oktober 2017 informierte die IV-Stelle den Versicherten – insbesondere gestützt auf die Berichte des Arztes des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. E. _____ (IV-act. 58; 65) – darüber, dass vorgesehen sei, sein Leistungsbegehren abzuweisen, weil keine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 40 % während eines Jahres vorgelegen habe und alle Tätigkeiten ganztags zumutbar seien, sodass keine Erwerbsunfähigkeit vorliege. Seit Januar 2017 könne die bisherige Tätigkeit wieder zu 100% ausgeübt werden. Der Einkommensvergleich habe zudem lediglich einen IV-Grad von 15 % ergeben (IV-act. 67).

C.e Hiergegen erhob der Versicherte, nunmehr vertreten durch lic. iur. Myrna Afèche (vormals [...]), am 13. November 2017 einen vorsorglichen Einwand, welcher mit Eingabe vom 15. November 2017 ergänzt wurde (IV-act. 69; 71). Der Versicherte brachte unter anderem vor, der RAD weiche von den Beurteilungen der Fachärzt/innen ab, welche eine volle Arbeitsfähigkeit (angestammt oder angepasst) als nicht zumutbar erachten würden.

C.f Im Rahmen der weiteren Abklärungen wurden aktuelle Berichte der zahlreichen behandelnden Ärzte und Ärztinnen eingeholt und schliesslich am 27. Mai, 3., 11., 14. und 19. Juni 2019 eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten bei der D. _____ (nachfolgend D. _____) in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Otorhinolaryngologie (ORL), Psychiatrie und Neuropsychologie durchgeführt (Gutachten vom 2. September 2019; IV-act. 132). Die Gutachter/innen attestierten dem Versicherten in *angepasster* Tätigkeit in allen Disziplinen eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Für die *bisherige* Tätigkeit wurde die Arbeitsfähigkeit einzig im ORL-Bereich nicht auf 100 %, sondern auf 60 % festgelegt und zwar mit der Begründung, dass der postoperative Status ein reduziertes Rendement von 40 % in körperlich schweren Tätigkeiten und Arbeiten im Baugewerbe (beides zumindest anteilig für die letzte Tätigkeit zutreffend) und das Asthma die Notwendigkeit einer Vermeidung von inhalativen Reizstoffen bedingten. Im Rahmen der Konsistenzprüfung hielten die Gutachter/innen fest, dass

die Symptomvalidierung ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten ergeben habe, was den gesamten Beschwerdevortrag zumindest hinsichtlich der Ausprägung in der Glaubwürdigkeit in Zweifel ziehe (IV-act. 132 S. 7 f.).

C.g Am 14. Oktober 2019 stellte die IV-Stelle gestützt auf die Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. E. _____ (IV-act. 134) den D. _____-Gutachter/innen insbesondere zum ORL-Teilgutachten Rückfragen (IV-act. 135), auf welche die Gutachter/innen mit Schreiben vom 20. November 2019 (IV-act. 138) antworteten.

C.h Gestützt auf den RAD-Bericht vom 5. Dezember 2019 (IV-act. 139), in welchem sich Dr. E. _____ zum D. _____-Gutachten samt Beantwortung der Rückfragen äusserte, informierte die IV-Stelle den Versicherten mit (zweitem) Vorbescheid vom 10. Dezember 2019 darüber, dass vorgesehen sei, sein Leistungsbegehren abzuweisen. Dies wurde (wiederum) damit begründet, dass keine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 40 % während eines Jahres vorgelegen habe und Tätigkeiten ganztags zumutbar seien, sodass keine Erwerbsunfähigkeit vorliege. Der Einkommensvergleich habe zudem lediglich einen IV-Grad von 15 % ergeben (IV-act. 140).

C.i Hiergegen erhob der Versicherte am 6. Februar 2020 einen Einwand und brachte insbesondere vor, das D. _____-Gutachten sei als unzureichend zu qualifizieren. Ausserdem sei ein leidensbedingter Abzug zu berücksichtigen und es sei davon auszugehen, dass seine verbleibende Responderwerbssfähigkeit wirtschaftlich nicht mehr umsetzbar sei (IV-act. 146).

C.j Der Rechtsdienst der IV-Stelle nahm diesbezüglich am 13. Juli 2020 dahingehend Stellung, dass der Versicherte zusammenfassend keine substantiierten Argumente vorgebracht habe, die geeignet wären, den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der D. _____ zu schmälern. In Anbetracht dessen sei vom uneingeschränkten Beweiswert des Gutachtens auszugehen, weshalb im vorliegenden Fall darauf abzustellen sei. Ausgehend von der attestierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung zudem kein leidensbedingter Abzug zu gewähren. Was die körperlich leichten Arbeiten ohne Exposition mit inhalativen Reizstoffen betreffe, könne der Versicherte eine Arbeitsfähigkeit in allen anderen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen-

den Tätigkeiten vollumfänglich verwerten, was einem breiten Fächer möglicher Tätigkeiten entspreche (IV-act. 150). Diese Stellungnahme wurde dem Versicherten mit Schreiben vom 22. Juli 2020 zugestellt (IV-act. 151).

C.k Mit Verfügung vom 29. Juli 2020 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) das Leistungsbegehren des Versicherten auf Gewährung einer IV-Rente mit der gleichen Begründung wie bereits im Vorbescheid vom 10. Dezember 2019 ab. Hinsichtlich des Einwands vom 6. Februar 2020 wurde festgehalten, der Rechtsdienst habe sich damit auseinandergesetzt und sei zum Schluss gekommen, dass diese als unbegründet zu betrachten seien, weshalb am bisherigen Entscheid festgehalten werde (IV-act. 153).

D.

D.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführer) am 11. September 2020 durch seine Vertreterin, lic. iur. Myrna Afèche, Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen (BVGer-act. 1):

1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 29. Juli 2020 aufzuheben.
2. Es sei die ununterbrochene 100 %-ige Erwerbsunfähigkeit des Versicherten seit dem 27. März 2015 bis zum heutigen Tag festzustellen und ihm rückwirkend eine Invalidenrente ab 1. März 2016 zuzusprechen.
3. Eventualiter sei ihm rückwirkend ab dem 1. April 2019 eine Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % zuzusprechen.
4. Subeventualiter sei die Vorinstanz anzuweisen, beim Versicherten zwecks Ermittlung einer verbleibenden Resterwerbstätigkeit eine berufliche Abklärung durchzuführen.
5. Beweisantrag: Es sei ein polydisziplinäres medizinisches Obergutachten in Auftrag zu geben.
6. Unter o/e Kostenfolge.

Zur Begründung machte der Beschwerdeführer insbesondere geltend, auf das D. _____-Gutachten könne nicht abgestellt werden, unter anderem, weil eine detaillierte, fundierte Auseinandersetzung mit den eingereichten medizinischen Berichten der behandelnden Ärzt/innen fehle oder lückenhaft sei (BVGer-act. 1 Rz. 16). Weiter sei die Stellungnahme des RAD vom

5. Dezember 2019 hinsichtlich des D._____ -Gutachtens als widersprüchlich und unzureichend fundiert begründet zu betrachten und könne nicht als Basis für den Rentenentscheid beigezogen werden. Einerseits führe der RAD aus, man könne insbesondere auf das Teilgutachten für den ORL-Bereich nicht abstellen, andererseits jedoch habe die Symptomvalidierung ein von der Begutachtungsstelle als angeblich «erheblich verfälschtes Antwortverhalten nachgewiesen» (BVGer-act. 1 Rz. 9). Mit seiner Beschwerde reichte der Beschwerdeführer diverse Unterlagen ein und insbesondere zwei Arztberichte vom 28. Juli 2020 beziehungsweise 25. August 2020, welche der Vorinstanz im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 29. Juli 2020 nicht vorlagen (BVGer-act. 1 Beilagen 7q und 7r).

D.b Der mit Zwischenverfügung vom 24. September 2020 einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.- (BVGer-act. 2) ging am 12. Oktober 2020 in der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 4).

D.c In ihrer Vernehmlassung vom 30. Dezember 2020 (BVGer-act. 6) stellte die Vorinstanz unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 29. Dezember 2020 den Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. Zur Begründung führte die IV-Stelle insbesondere aus, es bestehe kein Grund, bei der Festlegung des IV-Grades nicht auf das D._____ -Gutachten abzustellen. Ausserdem sei festzuhalten, dass lediglich die Rentenfrage (und nicht der Anspruch auf berufliche Massnahmen) Gegenstand der angefochtenen Verfügung bilde (BVGer-act. 6 Beilage).

D.d Mit Replik vom 9. Februar 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest beziehungsweise korrigierte Ziffer 3 seiner Rechtsbegehren folgendermassen (BVGer-act. 8):

3. Eventualiter sei ihm rückwirkend ab dem 1. April 2019 eine *Erwerbsunfähigkeit* von mindestens 50 % in der beruflichen Tätigkeit zuzusprechen.

D.e Auch die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 17. März 2021 unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 11. März 2021, welche sich mangels neuer Argumente des Beschwerdeführers nicht weiter äusserte, an den bereits gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 10).

D.f Am 23. März 2021 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionmassnahmen ab und stellte dem Beschwerdeführer die Duplik der Vorinstanz zur Kenntnis zu (B-act. 11).

D.g In der Folge reichte die Vorinstanz auf Aufforderung des Bundesverwaltungsgerichts hin die Akten nummeriert und mit Aktenverzeichnis ein (BVGer-act. 12-14). Die nicht in den Akten enthaltenen Unterlagen des «ersten» Verwaltungsverfahrens (vgl. oben Bst. B) konnte die kantonale IV-Stelle aufgrund eines Fehlers bei der Digitalisierung der Akten nicht mehr nachreichen. Der Beschwerdeführer hat seinerseits innert Frist keine Unterlagen des «ersten» Verwaltungsverfahrens nachgereicht beziehungsweise auf das entsprechende Schreiben des Bundesverwaltungsgerichts nicht reagiert (BVGer-act. 15-18).

E.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie auf die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG i.V.m. Art. 63 Abs. 4 VwVG; BVGer-act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, unter Vorbehalt der Absätze 2 und 2^{bis}

die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Bei Grenzgängern ist 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 der Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

2.2 Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle im Kanton C._____. Zudem wohnt er noch im benachbarten Grenzgebiet und hat sich somit zu Recht bei der IV-Stelle C._____ zum Leistungsbezug angemeldet. Der Erlass der Verfügung durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden.

3.

3.1 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 Bundesgerichts [BGer] 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-1905/2020 vom 6. Juli 2021 E. 3.3).

3.2 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).

3.3 Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

3.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (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 (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).

3.5 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), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 29. Juli 2020 in Kraft standen; 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.

Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20), in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (SR 831.201) sowie im Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1) nicht anwendbar (vgl. auch Urteil des BGer 9C_339/2021 vom 27. Juli 2022 E. 2.1).

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

Verwaltungsverfügung (hier: 29. Juli 2020) 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). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

4.

In der Beschwerde vom 11. September 2020 beantragte der Beschwerdeführer subeventualiter, die Vorinstanz sei anzuweisen, zwecks Ermittlung einer verbleibenden Resterwerbstätigkeit eine berufliche Abklärung durchzuführen (BVGer-act. 1 Rechtsbegehren Nr. 4; vgl. auch oben Bst. D.a). Soweit dieser Antrag – wie von der kantonalen IV-Stelle (BVGer-act. 6 Beilage) – als Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen verstanden werden kann, ist Folgendes festzuhalten:

4.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 29. Juli 2020, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen worden ist. Der durch diese Verfügung definierte Streitgegenstand beschränkt sich folglich auf den Rentenanspruch und kann sich grundsätzlich nicht auch auf weitere Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung, namentlich auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, erstrecken. Allerdings gilt im Sozialversicherungsrecht der allgemeine Grundsatz «Eingliederung vor Rente» (vgl. etwa UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Vorbemerkungen Rz. 86 ff., m.H.), gemäss welchem die Zusprache einer Rente die Unmöglichkeit voraussetzt, die rentenspezifische Invalidität mit einer (medizinischen oder beruflichen) Eingliederung zu minimieren (vgl. auch Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG). Ergäbe sich also, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch im Raum stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe (vgl. zur Teilnahmepflicht des Beschwerdeführers: BGE 145 V 2 E. 4.3.3.3). Wenn allerdings eine IV-Stelle bereits zu einem früheren Zeitpunkt formell rechtskräftig über die berufliche Eingliederung verfügt hat, dann kann bei der Beurteilung des Rentenanspruchs keine vorgängige Prüfung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» mehr erfolgen, da ansonsten die formell rechtskräftige

Verfügung betreffend berufliche Massnahmen gerichtlich beurteilt würde, obwohl der Beschwerdeweg gegen diese Verfügung nicht mehr offen steht.

4.2 Im vorliegenden Fall hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer am 16. August 2016 mitgeteilt, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und sein Anspruch auf Rente geprüft werde (IV-act. 31; vgl. auch oben Bst. C.c). Dem Abschlussprotokoll Integration vom 14. Juli 2016 ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits seit 23. Juni 2015 arbeitsunfähig sei und sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 28). Entsprechend hat die Vorinstanz vorliegend bereits über den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen befunden und jener kann nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden, weshalb auf den Subeventualantrag, soweit dieser als Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen zu verstehen ist, nicht einzutreten ist. Der Streitgegenstand beschränkt sich folglich auf den Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Rahmen seiner Neuanmeldung im Jahr 2015.

4.3 Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in Deutschland vom 14. Februar 2017 bis zum 18. Dezember 2017 Arbeitslosengeld bezog (IV-act. 124), weshalb der sogenannte Nachversicherungsschutz geendet hat und bereits deshalb kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestünde (vgl. VO [EG] Nr. 883/2004, Anhang XI, Schweiz Ziff. 8; vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-2653/2019 vom 22. Februar 2022 E. 6.2.2 m.w.H.).

5.

Nachfolgend sind die vorliegend massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die dazu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen:

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. IV-act. 8), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

5.2 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).

5.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht zudem 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. Dies gilt auch im Fall einer Neuanschuldung (vgl. Urteil des BVGer C-2694/2017 vom 7. Juni 2021 E. 7.3 mit Hinweis auf BGE 142 V 547 E. 3).

Aufgrund der Neuanschuldung vom 24. September 2015 (Eingang bei der kantonalen IV-Stelle am 1. Oktober 2015; vgl. dazu oben Bst. C.a), können im vorliegenden Fall allfällige Leistungsansprüche gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. April 2016 entstehen, weshalb sich die Prüfung grundsätzlich auf den Zeitraum ab 1. April 2016 beschränken kann.

5.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine

ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch – wie hier – nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 E. 1b m.H.). Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2).

5.6 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über

die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

5.6.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.6.2 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, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 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.). Den Berichten und Gutachten versicherungs-interner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

5.6.3 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision beziehungsweise Neuanschuldung erstellten Gutachtens – wie im vorliegenden Fall – hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema, nämlich die erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts, bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.).

5.7 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den

der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

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), 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).

5.8 Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und

Art. 27^{bis} IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

5.9 Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 m.H.; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

6.

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 1. Oktober 2015 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist in Anwendung der höchstgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. oben E. 5.5) in einem ersten Schritt zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem 1. März 1995 (Zeitpunkt der Zusprache einer befristeten Rente [IV-act. 106]) und der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist.

6.1 Für die mit Verfügung vom 1. März 1995 zugesprochene befristete Rente liegen im Beschwerdeverfahren keine eigenen Akten vor. Diese sind aufgrund eines Fehlers bei der Digitalisierung der Akten bei der kantonalen IV-Stelle nicht mehr vorhanden und auch der Beschwerdeführer hat auf die Einladung des Gerichts hin keine Unterlagen eingereicht beziehungsweise gar nicht reagiert (vgl. auch oben Bst. D.g). Entsprechend ist auf die in den vorinstanzlichen Akten vorhandenen Hinweise auf dieses «erste Verwaltungsverfahren» abzustellen: Im Auftrag für das polydisziplinäre Gutachten

vom 4. März 2019 wird zum «Kontext des Auftrags» festgehalten, dass eine erste Anmeldung im Juni 1990 erfolgt sei und eine Kostengutsprache für den Wiedereinstieg als Plattenleger vom 1. September 1991 bis 30. November 1991 zuzüglich Taggelder erfolgt sei. Mit Verfügung vom 1. März 1995 sei dem Beschwerdeführer eine befristete ganze Rente von 1. Juli 1990 bis 31. August 1991 zugesprochen worden. Der Beschwerdeführer habe seine Arbeit als Plattenleger schliesslich beim gleichen Arbeitgeber wieder aufgenommen (IV-act. 106). Dem D._____-Gutachten ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer im Jahr 1989 am rechten Knie einen Kreuzbandriss zugezogen habe. In der Folge sei sein Knie mehrfach operiert worden (IV-act. 132 S. 88). Diesbezüglich ist auch der Anamnese im Arztbericht von Dr. F._____, Kreis-krankenhaus (...), vom 17. Mai 2016 zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer im Jahr 1989 bei einem Arbeitsunfall einen Kreuzbandriss rechts zugezogen habe und es in der Folge zu einer Revisions-OP wegen postoperativer Infektion und erneuter Revision wegen Verwachsungen gekommen sei (vgl. IV-act. 71 S. 12 ff.).

6.2 Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2020 basiert ihrerseits in erster Linie auf dem unter der Fallführung von Dr. G._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten polydisziplinären D._____-Gutachten vom 2. September 2019 (IV-act. 132; vgl. auch oben Bst. C.f). Das Gutachten umfasst die Teilgutachten in den Fachbereichen Allgemeinmedizin (Untersuchung vom 19. Juni 2019 durch H._____), Neurologie (Untersuchung vom 27. Mai 2019 durch Dr. I._____), Otorhinolaryngologie (Untersuchung vom 3. Juni 2019 durch Dr. J._____), Neuropsychologie (Untersuchungen vom 11. und 19. Juni 2019 durch Dr. G._____) und Psychiatrie (Untersuchung vom 14. Juni 2019 durch Dr. K.____).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die D._____-Gutachter/innen die folgenden Diagnosen *mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit* (IV-act. 132 S. 9 f.):

- chronisch rezidivierende Rhinosinusitis beidseits
- Asthma bronchiale, Eosinophilie, erhöhtes IgE, ANCA negativ
- Status nach 7x Nasen- und Nasennebenhöhlenoperationen beidseits

Als Diagnosen *ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit* wurden ausserdem die Folgenden festgehalten (S. 10):

- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz, keine Therapiebedürftigkeit
- Arterielle Hypertonie, derzeit keine medikamentöse Therapie
- Hiatushernie mit Refluxösophagitis
- Migräne ohne Aura
- Rauschtinnitus beidseits

Diesbezüglich legten die Gutachter/innen dar, der Versicherte habe vorrangig chronische Beschwerden im Bereich der Nasennebenhöhlen, Cephalgien sowie eine psychische und kognitive Beeinträchtigung vorgetragen. Die hiesigen objektiven Befunde hätten in der Symptomvalidierung ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten gezeigt. Weiter würden sich vorrangig eine Anpassungsstörung sowie ein Status nach multiplen Operationen im ORL-Bereich erheben lassen. Das Labor weise auf einen möglichen schädlichen Alkoholkonsum und die Spiegelbestimmungen der psychiatrischen Medikation auf eine geringe Compliance beziehungsweise nicht ausgeschöpfte Dosierungen hin. Die Indikatoren und die hiesigen Anamnesen würden für eine erhaltene Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Aktivität sprechen, was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit grundsätzlich stütze. Die aktenkundige rezente Einschätzung von Dr. L. _____ vom 26. Juni 2019 beschreibe eine nicht ausgeschöpfte Behandlung (Rauchstopp, Fallführung, ergänzende psychotherapeutische Mitbehandlung zusätzlich zur medikamentösen Therapie soweit noch nicht erfolgt, Beantragung eines Schwerbehindertenausweises). Die weitere Einlassung hinsichtlich einer «Schwerbehinderung» würde sich jedoch nicht teilen lassen, da für den behaupteten «Nachteilsausgleich» durch eine Berentung erstrangige epidemiologische Evidenzdaten fehlen würden. Auch lasse sich keine gravierende psychiatrische Erkrankung, insbesondere auch keine *invalidisierende* psychiatrische Erkrankung (bei anhand der Spiegelbestimmungen belegter nicht ausgeschöpfter Therapie) attestieren. Eine über eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit hinausgehende Limitation sei mithin nicht ausreichend objektiviert. Auch habe der Vorbericht die Indikatoren anscheinend nicht ausreichend einbezogen und keine Symptomvalidierung durchgeführt (S. 7 ff.).

Weiter führten sie aus, die Biographie und die weitere psychiatrische Exploration hätten keinen Anhalt für eine in Kindheit oder Jugend verwurzelte und beginnende, psychische und das Verhalten mit erheblichen negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit ergeben. Soziale oder familiäre Belastungsfaktoren mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wür-

den nicht vorliegen. Die Alltagselfständigkeit, Selbstversorgung und soziale Aktivität würden erhalten scheinen, was für eine Arbeitsfähigkeit spreche. Die Symptomvalidierung habe ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten ergeben, was den gesamten Beschwerdevortrag zumindest hinsichtlich der Ausprägung in der Glaubwürdigkeit in Zweifel ziehe (S. 10).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der *bisherigen* Tätigkeit hielten die Gutachter/innen fest, der postoperative Status im ORL-Bereich bedinge ein reduziertes Rendement in körperlich schweren Tätigkeiten und Arbeiten im Baugewerbe (beides zumindest anteilig für die letzte Tätigkeit zutreffend). Das Asthma bedinge die Notwendigkeit einer Vermeidung von inhalativen Reizstoffen. In *angepasster* Tätigkeit würden hingegen keine Einschränkungen bestehen (S. 11).

6.3 Als Zwischenfazit ist aufgrund des soeben Dargelegten festzuhalten, dass infolge der – gegenüber der Kniebeschwerden aufgrund eines Kreuzbandrisses im Jahr 1989 – neu aufgetretenen ORL-Beschwerden des Beschwerdeführers, welche seit 2014 mehrmals zu operativen Eingriffen geführt haben (vgl. dazu z.B. IV-act. 77.90; 77.85; 77.82; 77.75), von einer offensichtlichen wesentlichen Änderung der tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse auszugehen ist (vgl. oben E. 5.5).

7.

Weiter ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht davon ausging, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Projektleiter und Leiter des Kundenservices im Zeitraum vom Januar 2015 bis Januar 2017 das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (vgl. oben E. 5.3) nicht erfüllte, ab Januar 2017 in angestammter Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig und überdies in einer angepassten Tätigkeit eine ganztägige Tätigkeit zumutbar war beziehungsweise ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG (vgl. oben E. 5.6) abgeklärt wurde.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass ihm die Deutsche Rentenversicherung bereits seit 1. Oktober 2017 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zugesprochen hat (BVGer-act. 1 Beilagen 20 und 21; 8 Beilage 1) nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, da dieser Entscheid vorliegend keine Bindungswirkung hat (vgl. dazu oben E. 3.1).

7.1 Für die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2020 stützte sich die Vorinstanz betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in erster Linie auf das polydisziplinäre D. _____-Gutachten vom 2. September 2019 (IV-act. 132) sowie die ergänzende D. _____-Stellungnahme vom 20. November 2019 (IV-act. 138) und den diesbezüglichen Bericht des RAD vom 5. Dezember 2019 (IV-act. 139). Entsprechend ist anhand dieser medizinischen Akten zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat beziehungsweise ob die materiellen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. oben E. 5.3).

7.1.1 Wie bereits dargelegt, besteht das D. _____-Gutachten aus verschiedenen Teilgutachten und einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung.

7.1.1.1 Betreffend die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung wird auf die Darstellung in Erwägung 6.2 verwiesen.

7.1.1.2 Im internistischen Teilgutachten stellte die Gutachterin H. _____ die Diagnosen Asthma bronchiale, monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (keine Therapiebedürftigkeit), arterielle Hypertonie (derzeit keine medikamentöse Therapie) und Hiatushernie mit Refluxösophagitis (IV-act. 132 S. 49). Als Befund hielt sie insbesondere fest, es präsentiere sich ein 53-jähriger Mann in gutem Allgemein- und normalem Ernährungszustand. Das Erscheinungsbild sei gepflegt und es bestehe während der Befragung kein Schonsitz und keine Schonhaltung. Ausserdem habe der Beschwerdeführer während der 90-minütigen Begutachtung nicht schmerzgequält oder anderweitig namhaft beeinträchtigt gewirkt (IV-act. 132 S. 47).

Weiter führte die Gutachterin in der versicherungsmedizinischen Beurteilung unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe keine spezifisch allgemeinmedizinisch-internistischen Beschwerden vorgetragen. Der hier gemessene Blutdruck sei diskret erhöht gewesen und sollte ambulant nochmals kontrolliert und gegebenenfalls eingestellt werden. Kardio-pulmonal erscheine der Beschwerdeführer ansonsten stabil. Das Asthma bronchiale mit einer leichten peripheren obstruktiven Ventilationsstörung sei mit Medikamenten gut eingestellt und habe aus internistischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch die Refluxösophagitis könne medikamentös gut eingestellt werden und wirke sich nicht negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die ebenfalls diagnostizierte monoklonale Gammopathie bedürfe derzeit keiner Therapie und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

(S. 49 f.).

In der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität hielt sie fest, es würden auch im Bereich der Aktivitäten ausserhalb des beruflichen Bereichs (Freizeit) keine namhaften Beeinträchtigungen bestehen, die eine erkennbare internistische Ursache hätten (S. 51).

Aus internistischer Sicht bestehe entsprechend keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Zwar habe der Arzt Dr. L. _____ in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2019 ausgeführt, es läge eine «Schwerbehinderung» vor, die sich aus dem Asthma bronchiale ergebe. Da jedoch ein Asthma bronchiale mit einer leichten obstruktiven Ventilationsstörung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht beeinträchtigt, wenn er sich an die ärztlichen empfohlenen Vorgaben (Medikamente, Inhalationen, Nikotinstopp, Impfschutz) halte, könne keine Minderung der Arbeitsfähigkeit konstatiert werden. Ausserdem könne der Beschwerdeführer seine Leistungsfähigkeit noch verbessern, wenn er sich an den angeratenen Nikotinstopp halte. Auch rückblickend sei aktenkundig und anhand der hiesigen Befunde keine die Arbeitsfähigkeit mindernde internistische Erkrankung ausreichend schlüssig ersichtlich. Aus internistischer Sicht müsse die Tätigkeit des Versicherten nicht angepasst werden (S. 51 f.).

7.1.1.3 Dr. I. _____ hielt im neurologischen Teilgutachten eine Migräne ohne Aura als Diagnose fest und führte weiter aus, anamnestisch werde ein dauerhafter Kopfdruck, bestehend seit mehreren Jahren, beschrieben. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer mehrfach wöchentlich auftretende, oft seitenbetonte, rechts frontal beginnende Kopfschmerzen mit assoziiert verstärkter Licht- und Geräuschempfindlichkeit sowie Zunahme der Kopfschmerzintensität bei körperlicher Belastung. Entsprechend der IHS-Klassifikation würden die episodischen Kopfschmerzen einer Migräne ohne Aura entsprechen. Darüber hinaus sei ein Spannungskopfschmerz unter Berücksichtigung der Beschwerdeschilderung zumindest möglich. Weiterhin würden ein intermittierender Schwankschwindel, oft assoziiert mit Panik und Herzrasen, ein intermittierender Tinnitus sowie transiente Hörstörungen und eine Geruchsstörung berichtet. Im neurologischen Untersuchungsbefund werde eine Anosmie angegeben, auch Reizstoffe würde er nicht wahrnehmen. Geschmacksstörungen würden verneint. Es finde sich ein leichtgradiger intermittierender Haltetremor der Arme. Im Drei-Wörter-Gedächtnistest werde nur ein Begriff memoriert, ansonsten

seien gravierende kognitive Störungen im Rahmen der neurologischen Untersuchung nicht evident. Die differenzierte Beurteilung der Kognition solle im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung erfolgen. Der weitere neurologische Befund sei regelrecht, es ergebe sich kein Anhalt für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Störung. Der Versicherte wirke nicht konsistent schmerzgeplagt. Im cerebralen MRI vom 14. Juni 2019 zeigten sich keine intracerebralen Läsionen, die beschriebenen Schleimhautveränderungen seien vorrangig ORL-ärztlich zu bewerten. Laborchemisch würden sehr niedrige, beziehungsweise nicht sicher nachweisbare Medikamentenspiegel für Sertralin (Antidepressivum) und Amitriptylin (Antidepressivum, auch für langfristige Schmerzbehandlung) auffallen, welche nicht mit den anamnestischen Angaben zur eingenommenen Dosierung dieser Medikamente korrelierten (allerdings sei die neurologische Untersuchung am 27. Mai 2019, die Labordiagnostik erst am 19. Juni 2019 erfolgt – eine zwischenzeitliche mögliche Änderung der Therapie müsse also berücksichtigt werden). Die therapeutische Adhärenz und somit auch der Leidensdruck des Versicherten könnten zumindest kritisch hinterfragt werden. Weiterhin falle ein erhöhter Carbohydrate Deficient Transferrin (CDT) -Wert als möglicher Hinweis auf einen übermäßigen Alkoholkonsum auf, was wiederum nicht mit der anamnestischen Angabe eines nur seltenen Alkoholkonsums übereinstimme. Aus neurologischer Sicht seien das Führen eines Kopfschmerzkalenders und eine neurologische Mitbetreuung zur differenzierten Behandlung der Kopfschmerzen zu empfehlen. Medikamente, die mit gehäuften Kopfschmerzen einhergehen könnten (wie zum Beispiel auch ACE-Hemmer, hier zum Beispiel Ramipril) sollten vermieden werden. Die episodischen migräneartigen Kopfschmerzen würden keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen. Zusammengefasst sei auf neurologischem Fachgebiet keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten oder einer vergleichbaren beruflichen Tätigkeit attestierbar. Schwierigkeiten im sozialen Umfeld seien nicht evident, der Versicherte berichte von einer geregelten Alltagsstruktur, die Ressourcenlage sei aus neurologischer Sicht nicht namhaft eingeschränkt. Auch die kräftige seitengleiche Beschwielung der Hände und Fusssohlen beidseitig sei hinweisend auf rege Alltagsaktivitäten (IV-act. 132 S. 94 ff).

7.1.1.4 Im ORL-Teilgutachten diagnostizierte Dr. J. _____ eine chronisch rezidivierende Rhinosinusitis (Entzündung der Nasennebenhöhlen und der Nasenschleimhaut) beidseits, eine Eosinophilie (erhöhtes IgE, ANCA negativ), einen Status nach 7x Nasen- und Nasennebenhöhlenoperationen beidseits, ein Asthma bronchiale und einen Rauschtinitus beidseits (IV-act. 132 S. 138). Als Untersuchungsbefunde hielt sie für die Nase fest, das

Septum stehe mittelständig. Der mittlere Nasengang sei frei und es zeige sich eine diffus gerötete und eher trockene Schleimhaut. Die Eingänge zu den Nasennebenhöhlen seien frei und es zeigten sich keine Polypen. Endonasal seien kein Eiter und keine Krustenbildung vorhanden. Die Nasengänge seien beidseits frei, ohne Sekret oder Polypen. Hinsichtlich des Epipharynx (Nasenrachenraum) würden keine Eiterstrasse an der Rachenhinterwand und keine Polypen bestehen. Zum Oropharynx (Mundrachen) hielt die Gutachterin fest, der Gaumen sei symmetrisch, die Schleimhaut trocken und die Tonsillen (Mandeln) zerklüftet atroph, während der vordere Gaumenbogen leicht gerötet sei. Der Hypopharynx (unterster Teil des Rachens) und die Aryepiglottische Falte seien frei, die Stimmbänder symmetrisch beweglich bei der Phonation und intakt. Die Schleimhaut sei weiss und zart glänzend. Der Sinus piriformis sei beidseits frei. Bei den Ohren seien die Trommelfelle gut differenziert sowie intakt und ausserdem die Gehörgänge beidseits reizlos und ebenfalls intakt. Das Gehör sei beidseits symmetrisch und altersentsprechend normal bei leichter Perzeptionseinbusse bei 4000 Hz von 35 dB beidseits (IV-act. 132 S. 136 f.).

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte die Gutachterin aus, der Befund des hiesigen MRI beschreibe eine chronische Pansinusitis ohne Spiegelbildung (ohne Ansammlung eines Flüssigkeitsspiegels). Eine weitere Operation erscheine wenig hilfreich. Zum Untersuchungszeitpunkt würden sich keine Polypen oder Eiteransammlungen finden. Der Beschwerdeführer habe eine konservative Therapie mit topischen Steroiden lokal als Nasenspray, welche er regelmässig anwende. Aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt erhobenen Befunde würden sich keine Veränderungen ergeben, welche die Arbeitsfähigkeit gänzlich aufheben würden. Der postoperative Status nach 7-maliger Operation an der Nase und Nasennebenhöhlen bedinge jedoch in der angestammten, körperlich anstrengenden Tätigkeit eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 40 % (S. 139).

Hinsichtlich der Konsistenz und Plausibilität vertrat die Gutachterin die Auffassung, dass sich für die bislang attestierte Arbeitsunfähigkeit und die reklamierte Beeinträchtigung anhand der hiesigen Befunde hinsichtlich des Ausmasses kein ausreichendes Korrelat ergebe (S. 141).

In angestammter Tätigkeit bestehe noch eine Arbeitsfähigkeit von 60 %, wobei rückblickend im Rahmen der Akutbehandlungen (Operationen) auch passagere höhere Arbeitsunfähigkeiten anzunehmen seien. In körperlich leichten Arbeiten ohne Exposition mit inhalativen Reizstoffen (angepasste

Tätigkeit) sei keine Minderung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen und bestehe entsprechend eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 142 f.).

7.1.1.5 Die Gutachterin Dr. K. _____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, es bestehe kein Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund würden sich nur geringe Auffälligkeiten finden. Die Stimmung sei leicht depressiv gefärbt. Der Antrieb werde subjektiv als reduziert angegeben, dies habe sich aktuell nicht objektivieren lassen, gleiches gelte für die angegebenen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Aktuell sei lediglich der 3-Begriffe-Test, in dem nur ein Begriff erinnert werde, auffällig gewesen. Es würden Durchschlafstörungen angegeben. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht namhaft gestört. Darüber hinaus seien Panikattacken, ausgelöst durch einen akut auftretenden Drehschwindel, und existenzielle Ängste angegeben worden. Die ICD-10-Achsenkriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs-, Freud- und Interessenverlust) würden nicht vorliegen, was auch durch die Angaben zur Alltagsaktivität (Haushaltsführung, Freude am Backen und in der Gartenpflege) gestützt werde. Der aktuelle Befund, die Angaben zur Alltagsaktivität und die niedrigfrequente Behandlung der psychischen Beschwerden würden gegen eine gravierende Depressivität und für eine milde ängstlich-depressive Störung sowie Auftreten von (einzelnen) Panikattacken in enger Verbindung mit vom Versicherten als belastend erlebten körperlichen Beschwerden sprechen. Die Störung sei somit allenfalls der ICD-10-Diagnose einer Anpassungsstörung (unterhalb des Niveaus einer depressiven Episode) zuzuordnen. Die Prognose einer Anpassungsstörung sei grundsätzlich günstig, die Störung bilde sich unter ambulanter, leitliniengerechter Behandlung erfahrungsgemäss zeitnah zurück und könne zudem bei definitiungsgemäss geringer Ausprägung keine erhebliche und anhaltende Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen. In Bezug auf die angegebenen Panikattacken seien die diagnostischen Kriterien für die Zuordnung zu einer Panikstörung nicht erfüllt. Unabhängig davon, dass eine solche (mögliche) Störung grundsätzlich gut behandelbar sei und die Arbeitsfähigkeit nicht (langfristig) beeinträchtige. Gleiches gelte für die (im Rahmen der stationären Aufenthalte) gestellte Diagnose der generalisierten Angststörung. Weder würden vom Versicherten entsprechende Symptome berichtet noch liessen sich entsprechende Befunde erheben. Laborchemisch würden sehr niedrige Spiegel für Sertralin und ein Amitriptylinspiegel knapp über der Nachweisgrenze auffallen. Dies lasse Zweifel an der Compliance, aber auch am vorliegenden Leidensdruck aufkommen. Auch spreche ein erhöh-

ter CDT-Wert für einen möglicherweise vorliegenden erhöhten Alkoholkonsum, was wiederum nicht mit den anamnestischen Angaben des Versicherten übereinstimme. Der CDT-Befund könne für einen schädlichen Alkoholkonsum sprechen, hausärztliche Kontrollen seien zu empfehlen (ebenso Spiegelkontrollen der Antidepressiva). Auch die erheblichen Auffälligkeiten im Hinblick auf die Ergebnisse der in der neuropsychologischen Begutachtung durchgeführten Symptomvalidierungstests würden gegen einen erheblichen Leidensdruck und für ein nicht authentisches Verhalten sprechen. Für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung finde sich ebenfalls kein Anhalt: eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Traumafolgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung seien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlen würden. Dies gelte ebenfalls für eine (mögliche) Somatisierungsstörung, auch hier seien die ICD-10-Kriterien nicht erfüllt. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Auch bestehe kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck. Die ICD-10-Achsenkriterien würden somit nicht vorliegen. Zusammenfassend sei somit keine invalidisierende psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren (IV-act. 132 S. 185 ff.).

Aktenkundig sei vorliegend ein Bericht über eine Hospitalisation in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus (...), vom 16. Februar bis 12. April 2016. Dr. F. _____ stelle die Diagnosen einer Angststörung (F41.1) mit Panikattacken (F41.0), eine Somatisierungsstörung (F45.0) sowie einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode (F32.1). Die Entlassung erfolge im arbeitsunfähigen Zustand. Es werde davon ausgegangen, dass ein baldiger beruflicher Wiedereinstieg wünschenswert wäre, dieser bei weiterer Besserung in Aussicht stehe, der Zeitpunkt aber noch nicht absehbar sei. Die Diagnose der Somatisierungsstörung werde aufgrund der Symptomklage und des berichteten und dokumentierten Ausschlusses erklärender somatischer Ursachen gestellt. Allerdings seien hier die diagnostischen Kriterien der Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 aus gutachterlicher Sicht weder in Bezug auf multiple und unterschiedliche körperliche Symptome ohne ausreichende organische Erklärung erfüllt, noch liege eine relevante Beeinträchtigung sozialer und familiärer Funktionen vor. Eine generalisierte Angststörung liege aus Sicht der Gutachterin nach den aktuell erhobenen Befunden

ebenfalls nicht vor, entsprechende ICD-10-Kriterien würden vom Versicherten nicht berichtet. Ebenso würden sich keine Befunde erheben lassen, die die Diagnose einer depressiven Episode rechtfertigten. Es würden einzelne Panikattacken berichtet, die allerdings ebenfalls nicht ICD-10-konform einer Panikstörung zuzuordnen wären. Eine medikamentöse Behandlung sei seitens der Klinik nicht angeführt (möglicherweise auch nicht für notwendig erachtet) worden, diese sei nach Angaben des Versicherten auch nicht in der Klinik, sondern schmerztherapeutisch initiiert. Hier bleibe die (schmerzmedizinische) Indikation, zumindest für Sertralin, fraglich. Unabhängig davon, dass die aktuell erhobenen sehr niedrigen Spiegel für Sertralin und Amitriptylin gegen eine entsprechende Compliance und gegen einen erheblichen Leidensdruck sprechen würden. Durch den internistischen Sachverständigen Dr. M. _____ von der Deutschen Rentenversicherung seien im Juli 2017 die Diagnosen der (vorbeschriebenen) generalisierten Angststörung mit Panikattacken mit Verschlimmerungsepisoden, der (ebenfalls vorbeschriebenen) depressiven Episode bei fortbestehend depressiver Symptomatik und die psychotherapeutische Behandlung übernommen worden, wobei es sich bei der psychotherapeutischen Behandlung ausschliesslich um supportiv stützende Gespräche handle und nicht um eine leitliniengerechte Psychotherapie. In der Folge werde seitens der Deutschen Rentenversicherung eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit gewährt und bei Ablauf «3/19» nach Angaben des Versicherten erneut verlängert. Die psychiatrische Einordnung sei hier fachfremd erfolgt, die Diagnosen seien nicht plausibel, eine Einschränkung des Leistungsvermögens lasse sich daraus nicht ableiten. Eine facheigene Begründung für die Einschränkung des Leistungsvermögens auf psychiatrischem Fachgebiet nehme der Gutachter nicht vor. Es sei dann vom 6. November 2018 bis 8. Januar 2019 nochmals eine vollstationäre und bis 18. Januar 2019 eine teilstationäre Behandlung mit gleichen Diagnosen wie 2016 erfolgt, wobei die depressive Störung nunmehr als rezidivierend und als schwere Episode angegeben werde, allerdings auch mit deutlicher Besserung während des stationären Aufenthaltes. Aus therapeutischer Sicht werde die Gewährung einer «Schweizer IV-Rente» unterstützt, es erfolge arbeitsunfähige Entlassung (trotz nachgewiesener Besserung). Hier würden aber die gestellten Diagnosen nach wie vor nicht plausibel bleiben. Weder lasse sich die Diagnose der Somatisierungsstörung noch die der generalisierten Angststörung ausreichend begründen. Die aktuell zu erhebenden Befunde seien relativ blande, die Stimmung sei leicht depressiv gefärbt, die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht namhaft gestört gewesen, der Antrieb werde subjektiv als reduziert angegeben, was sich nicht habe objektivieren

lassen, gleiches gelte für die angegebenen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Die depressive Symptomatik sei angesichts des hiesigen Befundes eher im Rahmen einer Anpassungsstörung einzuordnen und somit qua Leichtgradigkeit und Besserbarkeit auch nicht als invalidisierend anzusehen, dies wiederum unabhängig davon, dass die aktuell erhobenen sehr niedrigen Spiegel für Sertralin und Amitriptylin gegen eine entsprechende Compliance und gegen einen erheblichen Leidensdruck sprechen würden. Auch spreche ein erhöhter CDT-Wert für einen möglicherweise vorliegenden erhöhten Alkoholkonsum, was gegebenenfalls weiterer (hausärztlicher) Abklärung bedürfe (S. 187 ff.).

Aus psychiatrischer Sicht seien keine erheblichen Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu erkennen. Die Ressourcen seien anamnestisch weitgehend erhalten. Entsprechend liege keine invalidisierende Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (vgl. S. 191). Während der Hospitalisation sei eine Arbeitsunfähigkeit begründbar, darüber hinaus aus psychiatrischer Sicht jedoch nicht (S. 195).

7.1.1.6 Im neuropsychologischen Teilgutachten führte Dr. G. _____ aus, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine kognitive Störung. Der Beschwerdeführer berichte, dass die Auffassung und Merkfähigkeit beeinträchtigt seien. Vor allem sei er jedoch «völlig vergesslich» und müsse sich alles aufschreiben. Das Altgedächtnis sei auch beeinträchtigt. Der Versicherte schildere, dass er sich «absolut nicht mehr konzentrieren könne» und auch sehr lärmempfindlich sei. Wenn er sich konzentrieren wolle, verstärke sich sein Kopfdruck und eine innere Unruhe trete auf.

Biographisch sei von einem durchschnittlichen Bildungsniveau auszugehen. Im hier erhobenen klinischen Befund habe sich der Versicherte deutlich angespannt, motorisch unruhig und leichtgradig vegetativ stigmatisiert mit Haltetremor der Hände gezeigt. Das formale Denken sei etwas drängend, gesamt jedoch geordnet. Die Stimmung habe etwas ängstlich agitiert, die affektive Modulationsfähigkeit leichtgradig eingeschränkt gewirkt. Die Stimmung sei zum depressiven Pol verschoben. Im kognitiven Bereich habe sich jedoch keine namhafte Auffälligkeit gezeigt. Der Beschwerdeführer sei wach, orientiert, attent, eloquent, mnestisch und in der Auffassung sicher gewesen und im Verlauf nicht ermüdet. Die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen im mittelfristigen visuellen Gedächtnis, der Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie der intrinsischen Reaktionsgeschwindigkeit gezeigt. Die Symptomvalidierung habe

jedoch einen deutlichen Hinweis auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten ergeben. Neuropsychologische Testungen seien stark von der Mitarbeitsbereitschaft der Testperson abhängig. Eine das Testergebnis verfälschende, bewusste oder vorbewusste Motivation müsse bei der Testung und Ergebnisinterpretation stets mit geprüft werden. Eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten zur Beschwerdevalidierung bei testpsychologischen Untersuchungen habe einen Anteil von nicht glaubwürdigen testpsychologischen Untersuchungsergebnissen von über 40 % ergeben. Derartige Antwortverzerrungen hätten auch bei der Evaluation vermeintlicher kognitiver Defizite im deutschsprachigen Raum repliziert werden können und hätten sich gehäuft bei Begutachtungsverfahren mit einem versicherungsmedizinischen Hintergrund gezeigt. Im hier vorliegenden Fall des untersuchten Beschwerdeführers sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer ebensolchen Antwortverzerrung auszugehen. Die aktuelle MRI-Untersuchung biete kein morphologisches Korrelat für die präsentierten extremen Minderleistungen im Bereich der Kognition. Aufgrund der erheblich auffälligen Ergebnisse im Bereich Symptomvalidierung und des somit gegebenen Belegs eines nicht-authentischen Antwortverhaltens seien die formal auffälligen Leistungen in den übrigen testpsychologischen Untersuchungen nicht im Sinne einer kognitiven Störung interpretierbar. Der weitgehend unauffällige klinische Befund im Bereich der Kognition sowie die anamnestisch erhobene, zu grossen Teilen selbstständige Lebensführung (z.B. Führen eines PKWs, unfallfrei über kürzere Strecken, sein Hobby sei der Garten, er backe gerne) würden gegen eine erhebliche kognitive Störung sprechen. Die soziale Teilhabe sei erhalten. Von neuropsychologischer Seite sei somit keine kognitive Störung mit der hierfür gebotenen Wahrscheinlichkeit und somit auch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Neuropsychologische Voruntersuchungen, die der aktuellen Einschätzung widersprechen würden, seien nicht vorliegend (IV-act. 132 S. 237 ff.).

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung hielt der Gutachter fest, anamnestisch stelle sich eine weitgehend gelungene biografische Entwicklung an den Meilensteinen der schulischen, beruflichen, sozialen und familiären Entwicklung dar. Erhebliche Beeinträchtigungen seien diesbezüglich nicht zu erfragen, insbesondere eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung oder gar eine Persönlichkeitsstörung würden nicht vorliegen. Anamnestisch seien erhaltene soziale und familiäre Einbindung, die intakte Fähigkeit zur Alltagsgestaltung sowie Alltagsselbstständigkeit, inklusive des Führens eines Pkws und des Unternehmens von Urlaubsreisen, vorhanden. Die Indikatoren würden also für intakte Ressourcen zur Integration in den Arbeitsmarkt sprechen. Die hiesigen objektiven kognitiven Befunde

würden keine namhafte Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit belegen. Für die reklamierten Beschwerden habe sich kein ausreichendes objektives Korrelat gefunden. Die Symptomvalidierung habe einen Hinweis auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten ergeben. Es würden somit deutliche Hinweise für eine Aggravation bestehen (S. 239 ff.).

Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig. Aus neuropsychologischer Sicht sei keine angepasste Tätigkeit notwendig (S. 241 f.).

7.1.2 Betreffend die Rückfragen der IV-Stelle zum ORL-Teilgutachten hinsichtlich einer Einschränkung des Rendements um 40 % in der «angestammten, körperlich anstrengenden Tätigkeit» vor dem Hintergrund der klinischen Befunde, welche keine Einschränkung beschreiben würden, sowie der hohen Wahrscheinlichkeit einer Aggravation gemäss Testvalidierung (IV-act. 135), führten die Gutachter/innen ergänzend Folgendes aus (IV-act. 138): Aus ORL-Sicht bestehe nach multiplen Eingriffen eine biologisch plausible beeinträchtigte Nasenatmung, vor allem bei erhöhtem Atmungsbedarf (körperlich fordernde Arbeiten), dies auch ohne lokale Borken, Krusten oder Eiterbildungen. Die natürliche Anatomie der Atemwege sei nach derartigen multiplen ORL-Eingriffen stets als nicht mehr gegeben anzusehen und die Belastbarkeit mithin als reduziert einzuschätzen, dies auch in mittelschweren Belastungen, die im Freien auszuüben seien (Baugewerbe). Die Hinweise auf Inkonsistenzen seien dabei von den Gutachtern berücksichtigt worden, änderten jedoch nichts an der objektiven Gegebenheit einer sich aus den multiplen stattgehabten ORL-Operationen schlüssig ergebenden reduzierten Belastbarkeit (qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit).

7.1.3 In seinem Bericht vom 5. Dezember 2019 hielt RAD-Arzt Dr. E. _____ fest, die ORL-Gutachterin habe in ihrer Antwort auf die Rückfrage den Widerspruch fehlender Befunde bezüglich einer behinderten Nasenatmung und der von ihr beurteilten Einschränkung von 40 % nicht aufgelöst. Allerdings sei ein neues ORL-Gutachten nicht erforderlich, denn das ORL-Teilgutachten der D. _____ enthalte eine ausführliche Befundbeschreibung, welche nachweise, dass keine Einschränkungen bestehen würden. Die übrigen Teilgutachten seien valide. Zu erwähnen bleibe, dass die Symptomvalidierung ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten nachgewiesen habe und somit das Ausschlusskriterium der Aggravation erfüllt sei. Aus medizinischer Sicht könne der Rentenantrag ohne weitere Abklärungen negativ beschieden werden (IV-act. 139 S. 2). In diesem Zu-

sammenhang hielt das Interdisziplinäre Gremium der IV-Stelle am 19. Dezember 2019 fest, es sei nachvollziehbar, dass der RAD Mühe damit bekunde, dass dem Versicherten im D. _____-Gutachten bei klarem somatischem (ORL)-Befund in seiner angestammten Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zugestanden werde. Allerdings sei festzuhalten, dass im vorliegenden Fall für die Festlegung des Invaliditätsgrades nicht die Einschränkung in der angestammten Tätigkeit massgebend sei, sondern die Einschränkung in *angepasster* Tätigkeit, wobei dem Versicherten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Hierfür könne auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 141).

7.2 Die Parteien äussern sich zum medizinischen Sachverhalt zusammengefasst folgendermassen:

7.2.1 Beschwerdeweise bringt der Beschwerdeführer insbesondere vor, die Stellungnahme des RAD sei als widersprüchlich und unzureichend fundiert begründet zu betrachten und könne nicht als Basis für den Rentenentscheid beigezogen werden. Einerseits führe der RAD aus, man könne insbesondere auf das Teilgutachten für den ORL-Bereich nicht abstellen, andererseits jedoch habe die Symptomvalidierung ein von der Begutachtungsstelle als angeblich «erheblich verfälschtes Antwortverhalten nachgewiesen». Die Aussagen im Gutachten, es sei ein «verfälschtes Antwortverhalten» des Beschwerdeführers festzustellen, werde ausserdem zurückgewiesen. Für die Annahme der Aggravation werde keine Begründung dargelegt, die sich im Gutachten nachweisen lasse (BVGer-act. 1S. 6 f.).

Weiter sei festzuhalten, dass bei der Begutachtung in den meisten Fachdisziplinen eine detaillierte, fundierte Auseinandersetzung mit den eingereichten medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte/innen fehle oder lückenhaft sei. Die kategorische Ablehnung von Auswirkungen der Beschwerdesymptomatik – entgegen der zahlreichen vorliegenden medizinischen Berichte – des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit sei auffallend. Dabei erfülle die Begutachtung die rechtlichen und bundesgerichtlich statuierten Erfordernisse eines strukturierten Beweisverfahrens unzureichend. Dem vermöge es – trotz des aussergewöhnlich grossen Umfangs (mit zahlreichen Wiederholungen bzw. kopierten Textblöcken) – inhaltlich nicht zu genügen. Dass bei einer der Untersuchungen festgestellt werde, dass von den Schwielen an den Händen und Füessen des Exploranden auf eine volle Leistungsfähigkeit geschlossen werden könne, nehme fast schon zynische Züge an. Bei der Interdisziplinären Gesamtbeurteilung bezie-

hungsweise bei der Konsensbeurteilung würden die psychiatrischen Diagnosen als nicht ausreichend objektiviert erwähnt mit dem Hinweis, dass die Vorberichte mangelhaft gewesen seien. Weder würden die Verneinung der «additiven Zusammenziehung von Teilarbeitsunfähigkeiten» noch eine allfällige psychiatrische Komorbidität sachlich und eingehend erläutert und begründet. Das psychiatrische Gutachten setze sich zwar mit den zahlreich vorgelegten medizinischen Berichten oberflächlich auseinander – davon mehrere stationäre Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken in Deutschland – um jedoch sämtliche diagnostizierten Erkrankungen als nicht mehr oder nie bestehend zu verneinen. Unbeachtet geblieben sei einerseits die Tatsache, dass die Begutachtung in einem eng beschränkten zeitlichen Rahmen (weniger als 60 Min.) statfinde und somit das ganze Ausmass der Schwere mittels Befunde und Anamnese nicht erhoben werden könne; andererseits würden zu Befunden/Diagnosen aus den anderen fachärztlichen Berichten teils realitätsfremde Aussagen gemacht. Die Aussage, dass sich eine Arbeitsunfähigkeit wohl während den Hospitalisationen begründen liesse, allerdings darüber hinaus nicht, sei unerklärlich. Wie gross ein Leidensdruck und die Beschwerdesymptomatik sein müssten, um einer stationären Einweisung zuzustimmen, müsse wohl an dieser Stelle nicht erörtert werden. Dass nach Klinikaustritten keine vollständig restituierte Arbeitsfähigkeit bestehe, scheine jedem Laien selbstverständlich. Die gesamte Argumentation lasse den starken Eindruck aufkommen, dass die vielen fachärztlichen Berichte – verfasst in deutschen Kliniken von einer nachweislich anerkannten Ärzte- und Professorenschaft – nicht die erforderliche, professionelle Beachtung sowie Anerkennung bekommen würden, wie es von einer fachkompetenten begutachtenden, unabhängigen Institution zu erwarten wäre. Dabei handle es sich nicht nur um einen oder zwei Berichte, sondern um eine grosse Anzahl medizinischer Berichte über viele Jahre, die den langen Leidensweg des Beschwerdeführers dokumentierten. Anlässlich der ORL Begutachtung seien von Frau Dr. J. _____ die diversen Befunde und Diagnosen anerkannt worden. Eine präzise Auseinandersetzung mit den vorgelegten medizinischen Akten, welche eine grössere Einschränkung als 40 % definieren würden, finde bedauerlicherweise nicht auf befriedigende Weise statt (S. 9 ff.).

In der angefochtenen Verfügung werde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2017 in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig wäre. Ausserdem seien aus spezialärztlicher Sicht auch alle anderen Tätigkeiten ganztags zumutbar, so dass auch keine Erwerbsunfähigkeit vorliege. Zudem sei das Wartejahr nicht erfüllt. Weshalb die IV-

Stelle für Versicherte im Ausland davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2017 vollumfänglich arbeitsfähig sei, entbehre einer materiellen Substantiierung. Der Aktenlage sei zu entnehmen, dass die Helsana als Krankentaggeldversicherung die Leistungen bis zu deren Ausschöpfung am 13. Februar 2017 erbracht und die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nach eingehender Prüfung anerkannt habe. Des Weiteren habe sich der Beschwerdeführer 2017 mehrfach in stationärer Behandlung befunden. In den Grundlagen zum Vorbescheid werde – entgegen der gutachterlichen Auswertung – nicht auf eine Differenzierung zwischen angestammter und adaptierter Tätigkeit abgestellt. Die verschiedenen, widersprüchlichen Ausführungen irritierten insofern, dass unklar bleibe, welche Arbeiten für den Beschwerdeführer tatsächlich noch zumutbar sein sollen. Ebenso wenig lasse sich demnach der eingesetzte hypothetische Lohn konkret zuordnen. Um welche noch verwertbare Tätigkeit es sich dementsprechend vorliegend beim Beschwerdeführer konkret handeln solle, bleibe nicht nachvollziehbar. Dieser Punkt sei mittels beruflicher Abklärung zu prüfen und zu definieren. Unter Einbezug der umfangreichen medizinischen Aktenlage sei davon auszugehen, dass eine verbleibende Resterwerbsfähigkeit wirtschaftlich kaum mehr umsetzbar sei (S. 13 f).

7.2.2 Die Vorinstanz verweist in ihrer Vernehmlassung auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle, welche unter anderem vorbringt, die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Kritik am D. _____-Gutachten sei pauschal und erfolge ohne konkrete Angaben, worin die Mängel desselben tatsächlich liegen sollten. Aus dem Inhalt der Beschwerdeschrift könne beispielsweise nicht ausgemacht werden, welche Standardindikatoren bei der Begutachtung ausser Acht gelassen und inwiefern deren Würdigung lückenhaft vorgenommen worden sein sollen. Ausserdem sei die Äusserung, wonach das Fehlen von psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei der Konsensbeurteilung nicht ausreichend begründet worden sei, schlicht unrichtig. Im Gegenteil seien die Überlegungen der begutachtenden Psychiaterin lege artis in die Konsensbeurteilung eingebunden und diskutiert worden. Diese habe sich im Übrigen ausführlich dazu geäußert, weshalb aus ihrer Sicht der Beschwerdeführer nicht an einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide. Unrichtig sei weiter die Behauptung, die Begutachtenden hätten sich nicht ausreichend mit den Berichten der behandelnden Ärzteschaft auseinandergesetzt. Soweit dies erforderlich gewesen sei, hätten sich diese mit den abweichenden Meinungen der behandelnden Ärzt/innen durchaus auseinandergesetzt (vgl. z.B. S. 48 ff., S. 144 und S. 193 ff.). Unhaltbar sei sodann die Behauptung, dass der RAD selber das ORL-Teilgutachten und

damit das D. _____-Gutachten als Ganzes für nicht beweiskräftig halte. Zwar gehe aus der Stellungnahme des RAD vom 5. Dezember 2019 hervor, dass nach seiner Auffassung die ORL-gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Arbeitstätigkeit als Bauleiter nicht nachvollziehbar sei. Daraus könne aber keineswegs abgeleitet werden, dass der RAD auch die ORL-gutachterliche Einschätzung in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit für unschlüssig halte beziehungsweise gehalten habe. Die in der Beschwerde pauschal vorgetragene Rügen gegen das D. _____-Gutachten seien somit in keiner Weise geeignet, dessen Beweiswert in Frage zu stellen (BVGer-act. 6 Beilage 1).

7.2.3 In seiner Replik weist der Beschwerdeführer sodann den Vorwurf der pauschalen Kritik an der Begutachtung zurück und macht unter anderem geltend, die psychiatrische Gutachterin sei kaum auf die Diagnosen des chronischen Schmerzsyndroms, der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und der Somatisierungsstörung eingegangen. Ferner sei zu bemerken, dass weder in der Konsensbeurteilung noch in der fachärztlichen Begutachtung eine konkrete Präzisierung zwischen der angestammten und der gutachterlichen attestierten 100 %-igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorgenommen werde. Hinsichtlich der RAD-Stellungnahme legt der Beschwerdeführer dar, dass der RAD das Teilgutachten ORL unmissverständlich weder für beweiskräftig noch für schlüssig halte. Es werde «eigenmächtig» darüber hinweggesehen und die Rentenprüfungsstelle angewiesen, die 40 %-ige gutachterlich attestierte Einschränkung zu ignorieren. Ausserdem halte der RAD das Ausschlusskriterium der Aggravation als erfüllt fest, obgleich im Gutachten lediglich ein teils «erheblich verfälschtes Antwortverhalten» formuliert werde (BVGer-act. 8).

7.3 Nachfolgend ist das D. _____-Gutachten vom 2. September 2019 inklusive Ergänzung vom 20. November 2019, auf welches sich die Vorinstanz im Wesentlichen abstützt, daraufhin zu überprüfen, ob es begründet ist, sich mit den Vorbringen des Beschwerdeführers sowie den Beurteilungen der behandelnden Ärzt/innen auseinandersetzt und letztlich plausible, für das Gericht nachvollziehbare Schlussfolgerungen enthält. Vor dem Hintergrund, dass vorliegend eine Neuanmeldung zu beurteilen ist, ist überdies zu prüfen, ob sich das Gutachten ausreichend mit der erforderlichen erheblichen Änderung des Sachverhalts auseinandersetzt (vgl. dazu oben E. 5.6).

7.3.1 Das interdisziplinäre Gutachten vom 2. September 2019 wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzt/innen in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Otorhinolaryngologie, Psychiatrie und Neuropsychologie erstellt (vgl. dazu Medizinalberuferegister [MedReg], abrufbar unter <https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>). Es beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten – allerdings erst seit 2014 – sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der wesentlichen Vorakten und andererseits aus den Anamneseerhebungen der Gutachter/innen ergibt. Die Gutachter/innen konnten sich mangels Akten gar nicht zur für die Neuanmeldung grundsätzlich wesentlichen Frage der erheblichen Änderung des Sachverhaltes äussern. Allerdings ist im vorliegenden Fall – wie bereits in Erwägung 6.3 festgehalten – evident, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers verändert haben (vgl. dazu auch oben E. 5.6.3). Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Schliesslich haben die Gutachter/innen gemeinsam eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) abgegeben. Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten grundsätzlich die formellen Kriterien für eine beweismässige medizinische Expertise.

7.3.2 Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich implizit vorbringen lässt, dem D. _____-Gutachten komme aufgrund des eng beschränkten zeitlichen Rahmens der Begutachtung grundsätzlich ein geringerer Beweiswert zu als den Berichten der behandelnden Ärzt/innen (vgl. oben E. 7.2.1 zweiter Absatz), ist daran zu erinnern, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzt/innen aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Ausserdem kommt einem Gutachten externer Spezialärzt/innen, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. oben E. 5.6.2). Weiter kommt es für den Aussagengehalt eines medizinischen Berichts nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an, sondern vielmehr darauf, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des BGer 8C_264/2020 vom 17. August 2020 E. 3.2.3.2).

7.3.3 Nachfolgend ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob eine die Anspruchsberechtigung zum vornherein ausschliessende Aggravation oder ein lediglich verdeutlichendes Verhalten – was vom Beschwerdeführer generell bestritten wird (vgl. oben E. 7.2.1) – vorliegt.

7.3.3.1 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_418/2021 vom 16. September 2021 E. 6.1) liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Nicht per se auf Aggravation weist hingegen blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 m.H.). Die Frage, ob ein Verhalten (nur) verdeutlichend ist oder die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschreitet, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis (Urteile des BGer 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1; 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer gesundheitlichen Störung gegeben sein sollten (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen lediglich neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 m.H.).

7.3.3.2 Im neuropsychologischen Teilgutachten hat der Gutachter unter dem Titel der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität ausgeführt, es würden deutliche Hinweise für eine Aggravation bestehen, denn die Symptomvalidierung habe einen Hinweis auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten ergeben (IV-act. 132 S. 240; vgl. auch oben E. 7.1.1.6 erster und zweiter Absatz). In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten ausserdem zu entnehmen, dass neben weiteren neuropsychologischen Testverfahren insbesondere der «Test of Memory Malinger» (TOMM) durchgeführt worden ist (IVSTA-act. 132 S. 232 ff.). Alternativwahlverfahren, wozu der TOMM gehört, sind die am besten untersuchte Methodengruppe mit der höchsten Klassifikationsgenauigkeit bei der Differenzierung von authentischen und nicht authentischen Beschwerden. Sie sind so konzipiert, dass ein Zielreiz zusammen mit einem Distraktorreiz angeboten wird, wobei der Explorand den Zielreiz identifizieren soll. Wenn er die richtige Antwort nicht kennt, so muss geraten werden (forced-choice). Statistisch ist bei einer di-

chotomen Reizverteilung von Ziel- und Distraktorreiz eine Ratewahrscheinlichkeit von 50 % als minimale Wiedererkennungsrates zu erwarten. Damit erlauben Alternativwahlverfahren, im Unterschied zu allen anderen Verfahren, mit mathematisch begründeter und exakt zu bestimmender Sicherheit willentliche, bewusste Antwortverzerrung nachzuweisen und somit eine sichere Vortäuschung kognitiver Störungen gemäss den Slick-Kriterien zu identifizieren. Der TOMM weist als weltweit verbreitetes Verfahren eine grosse empirische Datenbasis auf, ist gut validiert, hat eine hohe Augenscheinvalidität und ist als Computer- wie auch als Papier-Bleistift-Version anwendbar (vgl. KEPLER/PLOHMANN/PFLUEGER/RABOVSKY/LANGEWITZ/MAGER, Beschwerdewalidierung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung, Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2017, 85(1), S. 17-33). Der Gutachter hat seinerseits zum TOMM festgehalten, es könne mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Verfälschungstendenz im Antwortverhalten ausgegangen werden, wenn die Anzahl der richtigen Antworten nach dem ersten Durchgang kleiner als 25 (bei 50 % Zufallswahrscheinlichkeit) beziehungsweise nach dem zweiten oder dritten Durchgang kleiner als 45 sei. Auch Personen mit schwerer Hirnschädigung gelinge nach zwei Lern- und Abrufdurchgängen eine Trefferquote nahe 100 % (Deckeneffekt). Der Beschwerdeführer habe sowohl im ersten als auch im zweiten Durchgang 36 von 50 Objekten korrekt angegeben (IVSTA-act. 132 S. 236). Vor diesem Hintergrund ist der neuropsychologische Gutachter für das Gericht nachvollziehbar zum Schluss gekommen, die formal auffälligen Leistungen in den weiteren testpsychologischen Untersuchungen seien aufgrund der erheblich auffälligen Ergebnisse im Bereich Symptomvalidierung und des somit gegebenen Belegs eines nicht-authentischen Antwortverhaltens nicht im Sinne einer kognitiven Störung interpretierbar. Im Übrigen würden auch der weitgehend unauffällige klinische Befund im Bereich der Kognition sowie die anamnestisch erhobene, zu grossen Teilen selbstständige Lebensführung gegen eine erhebliche kognitive Störung sprechen (vgl. IVSTA-act. 132 S. 238). Allerdings wird die Aussage des neuropsychologischen Gutachters betreffend die deutlichen Hinweise auf eine Aggravation in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zumindest dahingehend relativiert, als zur Konsistenzprüfung festgehalten wird, die Symptomvalidierung habe ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten ergeben, was den gesamten Beschwerdevortrag zumindest hinsichtlich der Ausprägung der Glaubwürdigkeit in Zweifel ziehe (IV-act. 132 S. 10; vgl. auch oben E. 6.2 fünfter Absatz). Weiter haben die Gutachter/innen in ihrer Rückmeldung vom 20. November 2019 zusätzlich ausgeführt, die Hinweise auf Inkonsistenzen seien von den Gutachtern berücksichtigt worden (IVSTA-act. 138; vgl. auch oben E. 7.1.2).

7.3.3.3 Entsprechend ist festzuhalten, dass vorliegend nicht von einer Aggravation im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. oben E. 7.3.3.1) ausgegangen werden kann, zumal die Gutachter/innen die festgehaltenen Hinweise auf Aggravation in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung selbst relativiert haben. Gestützt auf diese Ausführungen sind die Gutachter/innen letztlich von einem bloss verdeutlichenden Verhalten ausgegangen. Im Übrigen liegt auch keine «sorgfältige Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis» hinsichtlich einer Aggravation gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor, sondern lediglich Hinweise – wenn auch deutliche und für das Gericht schlüssig nachvollziehbare – aus dem neuropsychologischen Testverfahren.

7.3.4 Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Projektleiter im Baugewerbe (vgl. dazu Angaben des Beschwerdeführers im Gutachten [IV-act. 132 S. 42 f.]) ist mit dem RAD-Arzt Dr. E. _____ festzustellen, dass die Begründung der von den Gutachter/innen festgestellten Arbeitsfähigkeit von 60 % teilweise nicht schlüssig ist:

Es ist für das Gericht insbesondere nicht abschliessend nachvollziehbar, wie die ORL-Gutachterin gestützt auf den von ihr erhobenen, weitgehend unauffälligen ORL-Befund (vgl. dazu IV-act. 132 S. 136 f.) eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % festgestellt hat. Ihre sehr kurze – neben der mehrfachen Wiederholung identischer Textbausteine im Gutachten – zusätzliche Ausführung vom 20. November 2019, dass der postoperative Status nach 7-maliger Operation an der Nase und den Nasennebenhöhlen eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 40 % aufgrund einer biologisch *plausibel* beeinträchtigten Nasenatmung, vor allem bei erhöhtem Atmungsbedarf und damit in der angestammten, mit zeitweise durchzuführenden Plattenlegerarbeiten auf der Baustelle körperlich (auch) anstrengenden Tätigkeit bedinge, vermag nicht vollständig zu überzeugen. Mit dem RAD-Arzt Dr. E. _____ (vgl. oben E. 7.1.3) ist festzuhalten, dass sich dem Befund des ORL-Teilgutachtens keine Hinweise auf eine beeinträchtigte Nasenatmung (infolge 7-maliger Operation) entnehmen lassen. Was das ebenfalls diagnostizierte Asthma bronchiale betrifft, ist hingegen – auch vor dem Hintergrund der Berichte der Vorbehandler/innen (und damit in Abweichung zur gutachterlichen internistischen Einschätzung) – durchaus nachvollziehbar, dass in einer angepassten Tätigkeit die Exposition mit inhalativen Reizstoffen und letztlich auch körperlich sehr anstrengende Tätigkeiten vermieden werden sollen.

Es ist jedoch – entgegen der vom Beschwerdeführer geäusserten Kritik –

nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz bei der abschliessenden Beurteilung, ob er trotz gesundheitlicher Einschränkungen noch in rentenaus-schliessendem Masse einer Arbeitstätigkeit nachgehen kann, vorliegend auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit abgestellt hat. Dies ist Ausfluss des im Sozialversicherungsrecht zu beachtenden Schadenminderungs-prinzips (vgl. dazu oben E. 5.9).

7.3.5 Nachfolgend bleibt damit zu prüfen, ob das D. _____-Gutachten hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit – welche gemäss den Gutachter/innen keine körperlich schweren Tätigkeiten und Arbeiten umfassten sowie die Vermeidung von inhalativen Reizstoffen bedingt (vgl. IV-act. 132 S. 11) – beweiskräftig ist.

7.3.5.1 In somatischer Hinsicht stimmen die von den Gutachter/innen gestellten Diagnosen (vgl. oben E. 6.2) weitgehend mit den von den vorbe-handelnden Ärzt/innen gestellten Diagnosen überein. Was die teilweise be-stehenden Diskrepanzen – soweit sich die Vorbehandler/innen überhaupt explizit zur Arbeitsfähigkeit geäussert haben – hinsichtlich der Einschät-zung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit betrifft, ist Folgendes festzustellen:

Die Einschätzung der internistischen Gutachterin (vgl. oben E. 7.1.1.1), dass sich die gestellten Diagnosen aufgrund der guten medikamentösen Behandelbarkeit unter entsprechender Mitwirkung des Beschwerdeführers (Medikamente, Inhalationen, Nikotinstopp, Impfschutz), welche noch ver-bessert werden könnte, nicht negativ auf die Arbeitsfähigkeit (in angepass-ter Tätigkeit) auswirken würden, ist für das Gericht schlüssig nachvollzieh-bar und ebenfalls Ausfluss des Schadenminderungsprinzips. Ausserdem widerspricht ihre Einschätzung hinsichtlich der fehlenden funktionellen Auswirkungen der monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz, der arteriellen Hypertonie und der Hiatushernie mit Refluxösophagitis auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit den Ein-schätzungen der Fachärzt/innen in ihren Berichten nicht (vgl. dazu IV-act. 62 S. 2 ff. [monoklonale Gammopathie]; IV-act. 36 S. 2 ff. und 75 S. 35 ff. [arterielle Hypertonie]; IV-act. 77.21 und 121 [Hiatushernie]).

Im neurologischen Teilgutachten hat der Gutachter eine Migräne ohne Aura ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (vgl. auch oben E. 7.1.1.3). In den Vorakten wird im einzigen vorhandenen neurologischen Arztbericht vom 5. Februar 2016 von «Spannungskopfschmerz mit migrä-niformer Komponente» gesprochen, wobei sich Dr. N. _____ in diesem

Bericht allerdings nicht zu den funktionellen Auswirkungen dieser Diagnose äusserte (IV-act. 77.60). Ansonsten werden in diversen (nicht neurologischen) Arztberichten jeweils «Kopfschmerzen» aufgeführt (z.B. IV-act. 77.10; 77.65; 77.74; 77.76). Die Einschätzung des Gutachters, dass episodische migräneartige Kopfschmerzen keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen, widerspricht damit dem Vorbericht von Dr. N. _____ nicht. Ausserdem ist diese Einschätzung einleuchtend, insbesondere vor dem Hintergrund der Angaben des Beschwerdeführers zur guten Behandelbarkeit mit Ibuprofen (vgl. IV-act. 132 S. 87) und des überdies festgestellten verdeutlichenden Verhaltens des Beschwerdeführers ([nur] während der Anamnese gezeigter leidender, gequält wirkender Gesichtsausdruck und klagender Tonfall). Hierzu hat der neurologische Gutachter zusätzlich festgehalten der Beschwerdeführer habe nicht konsistent schmerzgeplagt gewirkt; während der Untersuchung sei er motiviert und nicht namhaft gestresst gewesen, im Untersuchungsverlauf nicht ermüdet, im Gespräch konzentriert und aufmerksam geblieben und die Aussage zur regelmässigen Einnahme von Sertralin und Amitriptylin habe laborchemisch nicht bestätigt werden können (vgl. IV-act. 132 S. 95).

Die ORL-Gutachterin schliesslich hat festgestellt, dass sich aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt erhobenen Befunde keine Veränderungen ergeben würden, welche die Arbeitsfähigkeit (in angepasster Tätigkeit) gänzlich aufheben würden, was aufgrund der letztmals im Mai 2017 durchgeführten Nasen- bzw. Nasennebenhöhlen-Operation und der am 3. Juni 2019 festgestellten weitgehend unauffälligen Befunde (vgl. auch oben E. 7.3.4) grundsätzlich nachvollziehbar ist. Dass sich für die bislang attestierte Arbeitsunfähigkeit und die reklamierte Beeinträchtigung anhand der von der Gutachterin erhobenen Befunde hinsichtlich des Ausmasses (vgl. dazu auch oben E. 7.3.4 zweiter Absatz) kein ausreichendes Korrelat ergebe, ist damit ebenfalls nachvollziehbar. Hierzu ist zu ergänzen, dass dem Beschwerdeführer insbesondere von Seiten seiner Hausärzt/innen eine durchgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 26. März 2015 bescheinigt wurde (IV-act. 36; 40; 50; 75, vgl. auch IV-act. 69 S. 4 ff.; 77.45; 89 S. 5 ff.; 96 S. 3 ff.). Allerdings sind diesen Unterlagen keinerlei Begründung und keine Ausführungen zu den funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen, weshalb diesen Berichten diesbezüglich kein Beweiswert zukommen kann. Auch der ORL-Arzt Dr. O. _____ hat in seinem Bericht vom 22. August 2016 gegenüber der IV-Stelle zwar angegeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen vollständig arbeitsunfähig sei (IV-act. 32 S. 2 ff.). Den Berichten des P. _____ vom 10. Dezember 2015 (Eingangsdatum, IV-act. 14)

beziehungsweise der ORL-Ärztin Dr. Q. _____ vom 18. Januar 2019 gegenüber der IV-Stelle (IV-act. 100) ist in diesem Zusammenhang zudem zu entnehmen, dass sich die Kopfschmerzen und weiteren Beschwerden insbesondere auf die Aufmerksamkeit/Konzentration und die Kraft auswirken würden. Allerdings lassen sich diesen Berichten keine weiteren Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit entnehmen. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchungen bei den Gutachter/innen verdeutlichendes Verhalten gezeigt hat. Die ORL-Gutachterin berücksichtigt schliesslich mit ihrer Feststellung, wonach im Rahmen der Akutbehandlungen (Operationen) passagere Arbeitsunfähigkeiten bestanden haben können, dass die vorbehandelnden ORL-Ärzt/innen dem Beschwerdeführer im Nachgang zu den insgesamt sieben Nasen- und Nasenebenhöhlenoperationen nachvollziehbarerweise eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert haben und zwar – gestützt auf die im Beschwerdeverfahren vorliegenden Akten – in den Zeiträumen vom 27. März 2015 bis 10. April 2015 (2. Operation [IV-act. 77.85]), 3. bis 19. Juli 2015 (3. Operation [IV-act. 77.82]), 1. bis 15. Oktober 2015, 29. Oktober bis 13. November 2015 (4. Operation [IV-act. 41; 77.75]) sowie 6. bis voraussichtlich 24. September 2016 (5. Operation [IV-act. 36 S. 8]).

7.3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht haben die Gutachter/innen sodann keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt (vgl. oben E. 6.2 und E. 7.1.1.5 f.). Aufgrund der im Gutachten erhobenen Befunde, welche auch im Hinblick auf das festgestellte verdeutlichende Verhalten des Beschwerdeführers gewürdigt wurden, sowie der expliziten Auseinandersetzung der psychiatrischen Gutachterin mit den relevanten Arztberichten seit 2016 ist dies – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. oben E. 7.2.1 und 7.2.3) – für das Gericht nachvollziehbar:

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und deshalb dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration *lege artis* zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1).

Die Gutachterin hat insbesondere festgehalten, der Beschwerdeführer habe keinen psychisch erheblich beeinträchtigten Eindruck hinterlassen, was sodann im Einklang mit den festgehaltenen Befunden (kein Anhalt für qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen; voll orientiert; unauffällige Mnestik, abgesehen davon, dass nur ein Begriff von dreien erinnert

werde; unauffällige Konzentration und Aufmerksamkeit; geordnetes formales Denken; keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen; keine Hinweise auf Halluzinationen; keine Ich-Störungen; situativbedingt leicht depressiv gefärbte Stimmung, wobei Auslenkung zum positiven Pol gelingt und affektive Schwingungsfähigkeit erhalten sei; keine Objektivierung der subjektiv angegebenen Antriebsminderung) steht. Entsprechend ist auch nachvollziehbar, dass die Gutachterin zum Schluss kommt, im von ihr D. _____-konform erhobenen Befund würden sich nur geringe Auffälligkeiten finden und die ICD-10-Achsenkriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs-, Freud- und Interessenverlust) nicht vorliegen, was auch durch die Angaben zur Alltagsaktivität (Haushaltsführung, Freude am Backen und in der Gartenpflege) gestützt werde. Sie ist ausserdem überzeugend zum Schluss gekommen, neben dem aktuellen Befund würden die Angaben zur Alltagsaktivität und die niedrigfrequente Behandlung der psychischen Beschwerden gegen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode, wie sie von Dr. F. _____, Kreiskrankenhaus (...), in seinem Bericht vom 14. Februar 2019 diagnostiziert wurde (IV-act. 103), und für eine milde ängstlich-depressive Störung sowie Auftreten von (einzelnen) Panikattacken in enger Verbindung mit vom Versicherten als belastend erlebten körperlichen Beschwerden sprechen. Tatsächlich hat der Beschwerdeführer im Fragebogen zur Begutachtung als Freizeitaktivitäten seinen Garten, gelegentliches Nordic-Walking und backen sowie einen Urlaub im R. _____ im August 2018 angegeben (IV-act. 132 S. 41 f.). Im psychiatrischen Gutachten ist in diesem Zusammenhang weiter festgehalten, der Beschwerdeführer erledige überwiegend den Haushalt, während seine Ehefrau arbeite, und als Hobby habe er das Backen für sich entdeckt. Ausserdem versuche er, die knappen 100 m² Garten selbst zu bewältigen. Entsprechend verfügt der Beschwerdeführer durchaus über erhaltene Ressourcen. Weiter ist auch nachvollziehbar, dass die Gutachterin die diagnostischen Kriterien für die Zuordnung zu einer Panikstörung oder generalisierte Angststörung, wie ebenfalls von Dr. F. _____ diagnostiziert, bei den angegebenen Panikattacken als nicht erfüllt ansieht, weil weder vom Versicherten entsprechende Symptome berichtet worden seien noch sich entsprechende Befunde erheben lassen würden. Die psychiatrische Gutachterin hat hinsichtlich der Berichte von Dr. F. _____, Kreiskrankenhauses (...), im Wesentlichen ausgeführt, dass die diagnostischen Kriterien nicht erfüllt und die Diagnosen nicht plausibel seien. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die durch Dr. F. _____ gestellten Diagnosen einer depressiven Störung mit Episoden unterschiedlichen Ausmasses sowie einer Angststörung mit Panikattacken weder im Bericht vom 4. Februar 2016 betreffend die Vorstellung des Beschwerdeführers in der Ambulanz

(IV-act. 77.61) noch in den Berichten vom 4. April 2016 beziehungsweise 17. Mai 2016 und vom 18. Januar 2019 beziehungsweise 14. Februar 2019 zu den stationären und teilstationären Aufenthalten des Beschwerdeführers in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (IV-act. 77.58; 103 f.) begründet und nachvollziehbar hergeleitet werden. Hinsichtlich der ebenfalls von Dr. F._____ festgestellten Somatisierungsstörung beruht die Diagnose sodann offenbar auf den Symptomklagen des Patienten und dem Ausschluss erklärender somatischer Erkrankungen, wobei dies angesichts der gestellten somatischen Diagnosen (vgl. oben E. 6.2) wenig überzeugend erscheint. Im Übrigen fehlen in den Berichten des Kreiskrankenhauses (...) auch jegliche Ausführungen zu den funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen, wobei überdies die Standardindikatoren nicht diskutiert werden. Weiter fällt auf, dass der psychische Befund aus dem ersten Bericht vom 4. Februar 2016 mit völlig identischem Wortlaut in den Bericht vom 17. Mai 2016 übernommen wurde. Auch der Befund des letzten Berichts vom 14. Februar 2019 entspricht im Wesentlichen – mit kleineren sprachlichen Abweichungen – den vorherigen beiden Berichten, obwohl diagnostisch gemäss Arzt im Jahr 2019 eine deutliche Verschlechterung eingetreten sei. Weiter ist festzuhalten, dass – wie von der psychiatrischen Gutachterin ebenfalls ausgeführt – offensichtlich keine konsequente psychotherapeutische Therapie stattgefunden hat: Abgesehen von den beiden bereits erwähnten stationären psychosomatischen Aufenthalten im Kreiskrankenhaus Lörrach im Frühjahr 2016 sowie Ende 2018 / Anfang 2019 fand lediglich eine psychosomatische Abklärung bei Dr. S._____ im Juli 2017 statt (IVSTA-act. 77.27, 87), ist eine Einschätzung von Dr. T._____ vom 7. März 2018, wonach eine Psychotherapie angezeigt wäre, aktenkundig (IVSTA-act. 89 S. 10) und fand schliesslich eine lediglich von März bis Oktober 2018 dauernde Psychotherapie, ohne Angaben zur Behandlungsfrequenz und zu den Therapieinhalten, bei der Psychotherapeutin U._____ statt (IVSTA-act. 120). Zu den in diesem Zusammenhang erstellten Berichten ist ebenfalls festzuhalten, dass die Diagnosen weder begründet noch nachvollziehbar hergeleitet werden und überdies Ausführungen zu den konkreten funktionellen Auswirkungen fehlen. Gegenüber der psychiatrischen Gutachterin hat der Beschwerdeführer angegeben, auf der Suche nach einem Therapeuten für eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie zu sein. Aufgrund des Ausgeführten ist weiter schlüssig nachvollziehbar, dass die psychiatrische Gutachterin den Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig eingestuft hat, wobei sie ihm für die Zeiten der Hospitalisation jeweils eine Arbeitsunfähigkeit zugestanden hat. Was die diesbezüglichen Ausführungen

rungen des Beschwerdeführers betrifft, wonach diese Einschätzung unerklärlich sei, da nach Klinikaustritten jeweils keine vollständig restituierte Arbeitsfähigkeit bestehe, was für jeden Laien nachvollziehbar sei (vgl. oben E. 7.2.1), ist festzuhalten, dass die Aussage des Beschwerdeführers nicht in dieser Pauschalität zutrifft. Im vorliegenden Fall ist daran zu erinnern, dass den Berichten des Kreiskrankenhauses (...) nur beschränkter Beweiswert zukommt, da die Diagnosen nicht ausreichend begründet sind und die Berichte sich – abgesehen von der jeweils sinngemässen Aussage, der Beschwerdeführer werde in gebessertem Zustand, aber nach wie vor arbeitsunfähig entlassen – nicht zu den funktionellen Auswirkungen äussern. Schliesslich dürften auch die Berichte der Vorbehandler zumindest hinsichtlich der Ausprägung der Beschwerden, welche der Beschwerdeführer ihnen gegenüber angegeben hat, in der Glaubwürdigkeit aufgrund des im Rahmen der Begutachtung festgestellten verdeutlichenden Verhaltens des Beschwerdeführers in Zweifel zu ziehen sein.

Was sodann die Rüge des Beschwerdeführers betrifft, das strukturierte Beweisverfahren sei unzureichend durchgeführt worden (vgl. oben E. 7.2.1), ist auf Folgendes hinzuweisen: Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Diese Voraussetzung ist vorliegend erfüllt, denn die Arbeitsunfähigkeit wird in psychiatrischer Hinsicht nachvollziehbar verneint und den gegenteiligen – überwiegend nicht ausreichend begründeten – Einschätzungen der Fachärzt/innen kann nicht voller Beweiswert zukommen (vgl. dazu oben E. 5.6). Anzuführen bleibt, dass im psychiatrischen Teilgutachten die erforderlichen Elemente für die Durchführung der Standardindikatorenprüfung durchaus vorhanden sind. Da Ausgangspunkt und erste Voraussetzung dieser Prüfung jedoch eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose bildet (vgl. oben E. 5.7), kann die Indikatorenprüfung mangels psychiatrischer Diagnose unterbleiben (vgl. Urteil des BGer 8C_395/2018 vom 3. September 2018 E. 8.1 m.H.).

7.3.6 Auch die neuen Arztberichte, welche der Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren eingereicht hat, vermögen an den bisherigen Feststellungen nichts zu ändern oder eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands zu belegen. Der Arztbericht von Dr. L. _____, Medizinische Hochschule (...), vom 28. Juli 2020 – welcher

einen Tag vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2020 erstellt und erst im Beschwerdeverfahren eingereicht wurde – hält zwar insbesondere ein sich verschlechterter klinischer und lungenfunktioneller Befund mit FEV1-Abnahme -310 ml und Gewichtszunahme +15 kg im letzten Jahr fest (BVGer-act. 1 Beilage 7q), allerdings äussert sich dieser Bericht nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer dem Asthma bronchiale angepassten Tätigkeit. Gleichzeitig ist der Anamnese zu entnehmen, dass im letzten Jahr keine notfallmässigen Arztkonsultationen erforderlich gewesen seien. Der ebenfalls neu eingereichte Arztbericht (schmerztherapeutischer Verlaufsbericht) von Dr. V. _____ vom 25. August 2020 (BVGer-act. 1 Beilage 7r) datiert mithin nach Erlass der angefochtenen Verfügung und kann lediglich insoweit Berücksichtigung finden, als er sich zum zu beurteilenden Zeitraum äussert (vgl. oben E. 3.6). Im Verlaufsbericht sind zwar auch Aussagen zum Zeitraum vor Verfügungserlass enthalten, allerdings beziehen sich diese auf die den Gutachter/innen weitestgehend bekannt gewesenen Diagnosen und Beschwerden und enthält keine aktuelle Befunderhebung, scheint vorwiegend auf die Angaben des Beschwerdeführers abzustellen und äussert sich auch dieser Arztbericht nicht nachvollziehbar zu allfälligen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit.

7.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einschätzung der Gutachter/innen betreffend die Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (keine körperlich schweren Arbeiten, keine Reizstoffexposition) ab frühestem Rentenanspruchsbeginn per April 2016 schlüssig begründet ist. Eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauleiter ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Mit Blick auf die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Rentenanspruch aufgrund der erhaltenen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu Recht und mit zutreffender Begründung verneint wurde, ist dies vorliegend nicht von entscheidender Bedeutung und erweist sich der Sachverhalt diesbezüglich als rechtsgenügend geklärt. Entsprechend erübrigt sich die vom Beschwerdeführer beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens.

8.

Mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit kann nämlich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ab 1. April 2016 (vgl. dazu oben E. 5.3) berechnet werden, welcher – auch mit den erforderlichen Anpassungen der Berechnung zugunsten des Beschwerdeführers – ohnehin rentenausschliessend ist:

8.1 Bei erwerbstätigen Versicherten – wie unbestrittenermassen dem Beschwerdeführer – ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 6 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung; vgl. auch oben E. 3.5) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

8.1.1 Bei einem Einkommensvergleich wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

8.1.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

8.1.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 m.H.; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 m.H.), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist – zumindest bis auf Weiteres – nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach

pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

8.2 Die Vorinstanz ist bei der Berechnung des IV-Grades in der angefochtenen Verfügung von einem *Valideneinkommen* von Fr. 86'905.00 (13 x Fr. 6'685.00) ausgegangen, was der Lohndeklaration der B. _____ AG für das Jahr 2012 im Arbeitgeberfragebogen vom 26. Januar 2016 entspricht. Diese führte ergänzend aus, heute (am 26. Januar 2016) gelte der gleiche Lohn (IV-act. 16). Für das *Invalideneinkommen* hat sie sodann auf die LSE 2014, Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der Branche Baugewerbe im Kompetenzniveau 2 abgestellt, den Tabellenwert auf 41.7 Wochenstunden aufgerechnet sowie die Nominallohnentwicklung bis 2016 berücksichtigt, was letztlich einen Jahreslohn von Fr. 73'947.00 ergab. Daraus resultierte schliesslich, ohne Gewährung eines Leidensabzugs, ein rentenausschliessender IV-Grad von 15 %.

8.3 Der Beschwerdeführer moniert diesbezüglich ausschliesslich, dass beim Valideneinkommen die Nominallohnentwicklung im Gegensatz zum hypothetisch eruierten Lohn gemäss LSE-Tabelle nicht berücksichtigt worden sei (BVGer-act. 1 Ziff. 23 in fine).

Diese Kritik an der Festlegung des Valideneinkommens ist jedoch unbegründet: Der von der Vorinstanz aus dem Arbeitgeberfragebogen übernommene Wert von Fr. 86'905.00 entspricht der Deklaration der Arbeitgeberin (auch) im Jahr 2016 (vgl. oben E. 8.2), weshalb keine Nominallohnentwicklung bis zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. April 2016) zu berücksichtigen ist (vgl. dazu oben E. 7.4 und 8.1.2).

8.4 Die Berechnung des Invalideneinkommens ist hingegen folgendermassen anzupassen: Einerseits erscheint ein Abstellen auf die höheren Tabellenwerte der Branche Baugewerbe im Kompetenzniveau 2 vorliegend nicht als sachgerecht. Der Beschwerdeführer ist zwar lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen, allerdings kommt für ihn aufgrund der früheren Bauleitertätigkeit («Projektleitung und Kalkulation, Leitung Kundenservice») durchaus eine Arbeit in anderen Bereichen in Frage. Vorliegend ist aufgrund der grossen Anzahl an einfachen und repetitiven Tätigkeiten davon auszugehen, dass einige dieser Tätigkeiten an die Einschränkung des Beschwerdeführers angepasst sind, und entsprechend die LSE 2014, Tabelle

TA1, Totalwert Männer anzuwenden. Ausserdem ist auf das Kompetenzniveau 1 abzustellen, da der Beschwerdeführer (als Fliesenleger ausgebildeter und seither ohne Ausnahme in diesem Bereich tätiger Versicherter) aktenkundig nicht über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse in anderen Fachbereichen verfügt, welche die Anwendung des Kompetenzniveaus 2 rechtfertigen würden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.3). Der entsprechende Tabellenwert von Fr. 5'312.- ist von 40 Stunden auf die üblichen 41.7 Wochenstunden [NOGA 2008] aufzurechnen, was Fr. 5'537.76. ergibt. Entsprechend beträgt der (noch nicht indexierte) Jahreslohn Fr. 66'453.12 (12 x Fr. 5'537.76). Indexiert auf das Jahr 2016 bei einer Nominallohnentwicklung für Männer von 0.3 % (2015) beziehungsweise 0.6 % (2016) beträgt das *hypothetische Invalideneinkommen* schliesslich rund Fr. 67'052.39 (Fr. 66'453.12 : 100 x 100.3 = Fr. 66'652.48; Fr. 66'652.48: 100 x 100.6 = Fr. 67'052.39). Die Gewährung eines Leidensabzugs erscheint vorliegend nicht angezeigt, denn insbesondere die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten führt nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns, da der Tabellenlohn gemäss der LSE Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.1 m.w.H.). Auch das Alter des Beschwerdeführers, welches im April 2016 50 Jahre betrug (51. Geburtstag am (...) 2016), rechtfertigt keinen Leidensabzug, weil die Nachfrage nach Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig ist, wobei das Alter bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten auf Kompetenzniveau 1 sogar lohnerhöhend wirkt (vgl. Urteil des BGer 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3 m.w.H.).

8.5 Die Gegenüberstellung der zuvor dargestellten Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine jährliche Einkommenseinbusse von Fr. 19'852.61 (Fr. 86'905.00 - Fr. 67'052.39) und damit einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 23 % (Fr. 19'852.61 x 100 : Fr. 86'905.00; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2).

Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass selbst bei der Gewährung eines Leidensabzuges von 10 %, was im vorliegenden Fall sehr grosszügig wäre, kein rentenrelevanter IV-Grad resultieren würde: Das Invalideneinkommen würde in diesem Fall Fr. 60'347.15 betragen, was letztlich zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 26'557.85 und damit einem nach wie vor rentenausschliessenden IV-Grad von aufgerundet 31 % führen würde.

9.

Zusammenfassend ist die Beschwerde vom 11. September 2020 somit im Ergebnis abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist, und die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2020 zu bestätigen.

10.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

10.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Tanja Jaenke

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 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: