



---

Abteilung III  
C-5204/2017

## Urteil vom 25. März 2019

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch MLaw Michael Keiser,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

IVG, Rentenanspruch (Verfügung vom 13. Juli 2017).

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

A. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) wurde am (...) 1971 geboren und ist deutscher Staatsangehöriger. Er hat in den Jahren 1989 bis 2014 – mit einigen Unterbrüchen – als Grenzgänger in der Schweiz gearbeitet und die entsprechenden Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet (siehe IK-Auszug in IV-act. 7 sowie Fragebogen für Arbeitgebende in IV-act. 88.1). Der Versicherte meldete sich am 9. September 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt B. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: kantonale IV-Stelle) zur Früherfassung an (IV-act. 2). Am 9. Oktober 2009 (Posteingang: 16. Oktober 2009) reichte der Versicherte bei der kantonalen IV-Stelle das Formular „Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente“ ein und führte zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung aus, an Hodenkarzinom, mittelgradiger depressiver Episode sowie chronischer myeloischer Leukämie (CML) zu leiden (IV-act. 6).

Nach der Durchführung des Abklärungsverfahrens gewährte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 4. Mai 2011 Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten durch die Berufsberatung (IV-act. 35). Mit Mitteilung vom 8. Januar 2014 schloss die kantonale IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab. Durch die Umschulung zum Technischen Kaufmann mit eidgenössischem Fachausweis sei der Versicherte rentenausschliessend eingegliedert (IV-act. 77).

**B.**

Mit Schreiben vom 8. April 2015 (eingereicht durch seine Sozialarbeiterin; Posteingang: 14. April 2015) stellte der Versicherte bei der kantonalen IV-Stelle ein neues Gesuch um Bezug einer Invalidenrente. Er sei im Januar 2015 abermals erkrankt und werde aufgrund einer schweren, mittlerweile chronifizierten Depression stationär in der C. \_\_\_\_\_-Klinik in (...) behandelt (IV-act. 78).

**B.a** Am 18. Mai 2015 informierte die kantonale IV-Stelle den Versicherten, dieser habe nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Grad der Invalidität seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Sie setzte ihm eine Frist von 30 Tagen an zur Belegung der Änderung des Gesundheitszustandes mittels entsprechender Unterlagen; widrigenfalls werde sie auf das erneute Gesuch nicht eintreten (IV-act. 81). Hernach gingen bei der kantonalen IV-Stelle mehrere

neue medizinische Unterlagen ein (IV-act. 83, 87, 89-92). Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2016 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des regionalen ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD), fest, es sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, indem sich die Depressivität seit 2014 erheblich verschlechtert habe. Es bestehe mindestens seit dem 21. Januar 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ empfahl die Einholung einer psychiatrischen Begutachtung (IV-act. 94). Am 8. Februar 2016 ging bei der kantonalen IV-Stelle ausserdem der „Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf Rente“ vom 28. Januar 2016, ausgefüllt von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, ein (IV-act. 97). Am 7. März 2016 erteilte die kantonale IV-Stelle Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den Auftrag, den Versicherten psychiatrisch zu begutachten (IV-act. 100 S. 1-2). Dem Gutachtauftrag legte die kantonale IV-Stelle einen Standardfragenkatalog bei, der gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) bei der Gutachtenerstellung zu berücksichtigen sei (IV-act. 100 S. 3-4). Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 (betreffend die Untersuchung vom 27. Juni 2016) ging am 12. Dezember 2016 bei der kantonalen IV-Stelle ein (IV-act. 116). Mit Stellungnahme vom 16. Januar 2017 empfahl RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_, auf das eingeholte psychiatrische Gutachten abzustellen (IV-act. 119).

**B.b** Mit Vorbescheid vom 18. April 2017 kündigte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten an, sein Leistungsbegehren werde abzuweisen sein. Zur Begründung führte sie aus, aufgrund des eingeholten Gutachtens sei der Versicherte sowohl in der angestammten als auch einer angepassten beruflichen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Bei der IV-rechtlichen Beurteilung dürfe indessen nicht einfach unbesehen auf die ärztlichen – selbst die gutachterlich attestierten – Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur sei. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gälten depressive Störungen nur dann als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht mehr angebar seien. Dies setze namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraus, dass keine therapeutische Option mehr – und damit eine Behandlungsresistenz – bestehe. Dem Gutachten sei zu entnehmen, dass keine Behandlungsresistenz eingetreten sei. Daher begründe die depressive Störung aus verfahrensrechtlicher Sicht keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden (IV-act. 122).

**B.c** Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. Mai 2017 Einwand bei der kantonalen IV-Stelle (IV-act. 123) und reichte innert der ihm hierfür erstreckten Frist (vgl. IV-act 124) einen Bericht der C.\_\_\_\_\_ Klinik vom 22. Juni 2017 ein (IV-act. 125). Mit Verfügung vom 13. Juli 2017 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (nachfolgend: Vorinstanz) das Leistungsbegehren des Versicherten ab. Sie führte aus, der neu eingereichte Bericht der C.\_\_\_\_\_ Klinik vom 22. Juni 2017 beschreibe eine deutliche psychosoziale Funktionseinschränkung mit gegenwärtig schwerer depressiver Episode auf dem Boden einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. In den vorhergehenden Berichten der C.\_\_\_\_\_ Klinik, insbesondere in jenem vom 4. August 2016, sei nie die Rede von einer Persönlichkeitsstörung gewesen. Auch habe der Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_\_ dargelegt, dass die Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht in ganzem Umfang erfüllt seien. Diese Diagnose könne auch aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht bestätigt werden. So habe die Hospitalisation in der C.\_\_\_\_\_ Klinik vom 15. Mai 2017 lediglich eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. Überdies sei diese eher als reaktiv auf die Zustellung des Vorbescheids vom 18. April 2017 zu begründen. Eine längerdauernde Einschränkung sei aus IV-rechtlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Schliesslich belege der Bericht vom 22. Juni 2017 nicht, dass die depressive Episode schwer und therapeutisch nicht mehr angebar sei (IV-act. 130).

### **C.**

Die Verfügung vom 13. Juli 2017 zog der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Michael Keiser, mit Beschwerde vom 14. September 2017 weiter ans Bundesverwaltungsgericht mit den nachfolgenden Anträgen:

1. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei der Anspruch des Beschwerdeführers auf mindestens eine halbe IV-Rente zu bejahen.
2. Eventuell sei vom angerufenen Gericht direkt oder auf dem Weg der Rückweisung eine genügende psychiatrische und somatische Begutachtung anzuordnen.
3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, gestützt auf Art. 43 ATSG die weiteren notwendigen medizinischen Abklärungen durchzuführen.
4. Es seien die Verfahrenskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen und es sei diese zu verpflichten, den Beschwerdeführer nach richterlichem Ermessen prozessual zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, der ausführliche Arztbericht der C.\_\_\_\_\_ Klinik vom 22. Juni 2017 sei wesentlich aktueller als das von der IV-Stelle veranlasste Gutachten vom 5. Dezember 2016. Der Beschwerdeführer sei aufgrund einer schweren depressiven Episode bei rezidivierender Störung und Dysthymie im Sinne einer Double depression hospitalisiert worden. Es sei eine rasche und ausgeprägte depressive Verschlechterung mit latenter Suizidalität festgestellt worden. Ausserdem lägen beim Beschwerdeführer neben den psychiatrischen Beschwerden auch somatische Probleme (chronische myeloische Leukämie, Zustand nach Hodenkarzinom 2006, Zustand nach Pankreatitis 2015) vor. Die Vorinstanz habe keinerlei medizinische Abklärungen diesbezüglich in die Wege geleitet. Das Gutachten vom 5. Dezember 2016 erfülle ausserdem nicht die Qualitätsleitlinien für versicherungs-psychiatrische Gutachten vom 16. Juni 2016. Der Gutachter habe sich insbesondere nicht hinreichend mit den Diagnosen der anderen Ärzte auseinandergesetzt (BVGer-act. 1).

**D.**

Mit Eingabe vom 11. Oktober 2017 reichte der Beschwerdeführer ergänzend zu seiner Beschwerde eine konsiliarische Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2017 ein (BVGer-act. 5).

**E.**

Der mit Zwischenverfügung vom 21. September 2017 (BVGer-act. 4) beim Beschwerdeführer einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ging am 27. September 2017 bei der Gerichtskasse des Bundesverwaltungsgerichts ein (BVGer-act. 3).

**F.**

Mit Vernehmlassung vom 22. November 2017 beantragt die Vorinstanz gestützt auf die eingeholte Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. In der (weder datierten noch unterzeichneten) Stellungnahme verweist die kantonale IV-Stelle auf die Erläuterungen und Begründungen in der angefochtenen Verfügung sowie die Akten (BVGer-act. 7).

**G.**

Mit Replik vom 8. Dezember 2017 teilt der Beschwerdeführer mit, seine gesundheitliche Situation habe sich gemäss den neu eingereichten Arztberichten verschlechtert, insbesondere auch in somatischer Hinsicht. Die Zahl der BCR ABL Transkripte sei wieder gestiegen und er müsse wieder

Medikamente einnehmen. Es sei davon auszugehen, dass er zumindest während der nächsten Jahre erwerbsunfähig sein werde. Die Erwerbsunfähigkeit sei aufgrund der gut dokumentierten langwierigen Krankheitsgeschichte erwiesen. Der Beschwerdeführer sei ein psychisch und somatisch kranker Mensch (BVGer-act. 9).

#### **H.**

Mit Duplik vom 24. Januar 2018 beantragt die Vorinstanz gestützt auf die eingeholte Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. In der Stellungnahme vom 18. Januar 2018 verweist die kantonale IV-Stelle auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung sowie die Akten. Die Replik sowie die neu eingereichten Arztberichte änderten nichts an dem Entscheid respektive an der gutachterlichen Einschätzung (BVGer-act. 11).

#### **I.**

Mit Verfügung vom 30. Januar 2018 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel ab (BVGer-act. 12).

#### **J.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

#### **1.**

**1.1** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG]).

**1.2** Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern – wie im vorliegenden Fall – keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69

Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.3** Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG).

**1.4** Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

## **2.**

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

Der Beschwerdeführer war zuletzt – bis zum gesundheitsbedingten Abbruch der beruflichen Tätigkeit – als Grenzgänger in (...), im Kanton B.\_\_\_\_\_, erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Deutschland), wo er heute noch lebt. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

## **3.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. Juli 2017, mit welcher die Vorinstanz das neue Gesuch des Beschwerdeführers um die Gewährung einer Invalidenrente abgewiesen hat. Prozessthema ist daher vorliegend die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

#### 4.

**4.1** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach richten sich die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe alleine nach schweizerischem Recht.

**4.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, 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 13. Juli 2017 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.

**4.3** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 13. Juli 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang

stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

Der Beschwerdeführer hat dem Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 11. Oktober 2017 sowie mit seiner Replik vom 8. Dezember 2017 neue medizinische Unterlagen eingereicht, welche erst nach dem vorliegend massgebenden Zeitpunkt vom 13. Juli 2017 datieren. Nach dem Gesagten können diese Berichte vorliegend lediglich berücksichtigt werden, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erlauben.

## 5.

**5.1** Wurde eine Rente auf der Basis eines früheren Leistungsbegehrens wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so richtet sich die Prüfung eines neuen Leistungsgesuches grundsätzlich nach den Regeln der Rentenrevision (BGE 130 V 71 E. 3.1). Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Verordnungsbestimmung erfüllt sind. Danach ist vom Versicherten im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Urteil des Bundesgerichts I 556/02 vom 25. März 2003 und BGE 109 V 262 zu aArt. 87 Abs. 4 IVV).

**5.2** Nach Eingang der Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die versicherte Person die genannte Veränderung glaubhaft dargelegt hat. Verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, um dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher prüft das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur, wenn diese streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat, und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (Urteil des BGer I 888/05 vom 7. Juni 2006 E. 2; BGE 109 V 108 E. 2b, 109 V 262 E. 3; Urteil des BVGer C-2520/2006 vom 3. September 2007 E. 4.1).

**5.3** Vorliegend hat die kantonale IV-Stelle mit Mitteilung vom 8. Januar 2014 das Verfahren betreffend berufliche Massnahmen abgeschlossen und insbesondere festgehalten, der Beschwerdeführer sei rentenausschliessend eingegliedert (IV-act. 77).

**5.3.1** Wie eine Verwaltungsverfügung ist auch die Mitteilung vom 8. Januar 2014 nicht nach ihrem Wortlaut zu verstehen, sondern es ist nach ihrem tatsächlichen rechtlichen Gehalt zu fragen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die IV-Stelle als Betreff zwar lediglich angab, „Berufliche Massnahmen erfolgreich abgeschlossen“, sich in ihren weiteren Ausführungen aber unmissverständlich auch zur rentenausschliessend äusserte, indem sie festhielt, der Beschwerdeführer sei rentenausschliessend eingegliedert (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_682/2017 E. 4.1.1, in welchem eine mit dem vorliegenden Fall vergleichbare Ausgangslage zu beurteilen war). Das Bundesgericht folgte entsprechend in dem zitierten Urteil, die Vorinstanz habe bei dieser Sachlage zutreffend erkannt, dass in der Mitteilung auch der Rentenanspruch rechtskräftig abgelehnt worden sei. Infolgedessen war gemäss dem Bundesgericht die nach der entsprechenden Mitteilung ergangene Anmeldung der versicherten Person als eine Neuanmeldung (nach abgelehntem Leistungsanspruch) zu behandeln (Urteil des BGer 9C\_682/2017 vom 6. September 2018 E. 4.1.4).

**5.3.2** In Anwendung dieser Rechtsprechung auf den vorliegenden Fall ist das Gesuch des Beschwerdeführers vom 8. April 2015 als eine Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV zu qualifizieren.

**5.3.3** Nachdem gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts auch eine zu Unrecht nicht in eine Verfügung gekleidete Mitteilung nach Ablauf eines Jahres in Rechtskraft tritt, sofern die betroffene Person nicht innert dieser Frist erklärt hat, sie sei mit diesem Vorgehen nicht einverstanden (Urteil des BGer 9C\_682/2017 vom 6. September 2018 E. 4.1.3), war die Vorinstanz an die mit der Mitteilung vom 8. Januar 2014 sinngemäss verfügte Abweisung des ersten Rentengesuchs des Beschwerdeführers auch dann gebunden, wenn sich diese im Nachhinein als fehlerhaft erwiesen hätte (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_369/2010 vom 25. Oktober 2010 E. 3.2).

**5.4** Mit Verfügung vom 13. Juli 2017 ist die Vorinstanz hernach auf das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 8. April 2015 eingetreten und hat dieses aufgrund einer materiellen Beurteilung abgewiesen.

Vom Bundesverwaltungsgericht ist damit ausschliesslich die Frage zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat (siehe E. 3). Ob die Vorinstanz zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 8. April 2015 eingetreten ist, hat das Bundesverwaltungsgericht demgegenüber nicht zu überprüfen.

## **6.**

**6.1** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein.

Vorliegend hat der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Anmeldung während deutlich mehr als drei Jahren in der Schweiz als Grenzgänger gearbeitet, womit die Voraussetzung hinsichtlich der Beitragszeiten eindeutig erfüllt ist.

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

**6.3** 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 (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

**6.4** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person bei einer Invalidität von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente sowie bei einer Invalidität von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente sowie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG (SR 831.20) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

Das auf den Beschwerdeführer anwendbare FZA (vgl. E. 4.1) sieht diesbezüglich eine Ausnahme vor. So können gestützt auf das FZA und seine Verordnungen – abweichend von Art. 29 Abs. 4 IVG – auch Viertelsrenten ins Ausland ausbezahlt werden, wenn der Begünstigte nicht in der Schweiz, sondern in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnt (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3).

**6.5** Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG, Art. 69 Abs. 2 IVV). Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

**6.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m. w. H.). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor

allen jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

**6.7** Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

**6.8** Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtli-

nien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351) oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_412/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 4.2). Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber das Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**6.9** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

**6.10** Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen

Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6).

## 7.

**7.1** Eine Änderung des Invaliditätsgrads setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Ausgangspunkt zur Beurteilung dieser Veränderung ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

**7.1.1** Dieser Ausgangspunkt bestimmt sich vorliegend nach Massgabe der Mitteilung vom 4. Mai 2011, welche vorliegend einer Verfügung gleichzusetzen ist (vgl. hierzu vorangehend E. 5.3.3). In dieser mittlerweile in Rechtskraft getretenen Mitteilung vom 4. Mai 2011 hat die Vorinstanz dargelegt, der Beschwerdeführer sei nach Abschluss des Verfahrens betreffend berufliche Massnahmen rentenausschliessend eingegliedert.

**7.1.2** Insbesondere hat die Vorinstanz in der Mitteilung vom 4. Mai 2011 rechtswirksam befunden, dass medizinisch und erwerblich keine Invalidität vorliegt. Entsprechend ist aus den vorliegenden Akten ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in seiner früheren Tätigkeit im Bereich der handwerklichen Bewirtschaftung von Starkstromanlagen einen Bruttojahreslohn von Fr. 93'762.– erzielt hatte (IV-act. 53). Nach dem erfolgreichen Abschluss der Umschulung konnte der Beschwerdeführer sodann einen Arbeitsvertrag als „Projektsachbearbeiter Primäranlagen“ für die Zeit ab dem 1. November 2013 mit einem vorgesehenen Bruttojahreslohn von Fr. 90'000.– abschliessen (IV-act. 76). Vor dem Eintritt der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Verschlechterung seines Gesundheitszustands per Frühjahr 2015 hat der Beschwerdeführer im Jahr 2014 sogar einen Bruttojahreslohn von Fr. 97'014.– (IV-act. 88.3), welcher über dem in seiner früheren Tätigkeit im Bereich der handwerklichen Bewirtschaftung von Starkstromanlagen erzielten Einkommen lag, generiert. Hierbei handelt es sich damit eindeutig um einen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gleichwertigen Lohn, welcher für die Durchführung einer beruflichen Eingliederung vorausgesetzt ist (vgl. BGE 122 V 77 E. 3b). Der Beschwerdeführer war bis Frühjahr 2018 in seiner neuen beruflichen Tätigkeit als „Projektsachbearbeiter Primäranlagen“ voll arbeitsfähig. Er war damit nach der erfolgreichen Umschulung (wie er dies im Übrigen in seinem neuen Ren-

tengesuch vom 8. April 2015 selbst vermerkte; vgl. IV-act. 78 S. 2) aufgrund des neu abgeschlossenen Arbeitsvertrags optimal eingegliedert. Von dieser wirtschaftlichen sowie medizinischen Ausgangslage ist bei der vorliegenden Prüfung der Neuanmeldung des Beschwerdeführers auszugehen.

**7.2** Diesem Ausgangszeitpunkt ist als aktuellen Referenzzeitpunkt der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, das heisst der 13. Juli 2017, gegenüberzustellen.

**7.3** Zu prüfen ist daher nachfolgend, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im aktuellen Referenzzeitpunkt vom 13. Juli 2017 im Vergleich zum soeben skizzierten Ausgangspunkt vom 4. Mai 2011, nach der erfolgreichen Eingliederung des Beschwerdeführers in seine neue berufliche Tätigkeit als „Projektsachbearbeiter Primäranlagen“, in einer rentenerheblichen Weise verschlechtert hat. Hierfür sind sämtliche nach dem 4. Mai 2011 ergangenen medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen.

## **8.**

In der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2017 stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf das von der kantonalen IV-Stelle eingeholte Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 (IV-act. 116). Daneben hat der Beschwerdeführer im vorinstanzlichen Verfahren sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren weitere medizinische Unterlagen eingereicht. Im Nachfolgenden sind die vorliegenden medizinischen Unterlagen im Einzelnen darzulegen.

**8.1** Im Arztbericht der C. \_\_\_\_\_ Klinik vom 30. Juni 2015 stellten Dres. med. H. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_, letzterer Assistenzarzt, sowie die Psychologin J. \_\_\_\_\_ die Hauptdiagnosen:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel-schwergradige Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2);
- Dysthymia im Sinne einer Double depression (ICD-10 F34.1).

Als weitere Diagnosen führten sie auf:

- Zustand nach Hodenkarzinom vor 9 Jahren (ICD-10 C62.9);
- chronisch myeloische Leukämie (ICD-10 C92.1).

Der Versicherte sei am 22. Juni 2015 zur geplanten Wiederaufnahme in der akutpsychiatrischen Klinik erschienen. Er habe sich hier zuletzt vom 21. Januar bis zum 22. Mai 2015 in Behandlung befunden. Beim ersten Aufenthalt sei dem Versicherten die Teilnahme an Gruppentherapien aufgrund der Schwere seiner Symptomatik nicht möglich gewesen. Er habe grosse Probleme gehabt, eine Alltagsstruktur aufrecht zu erhalten und an den Therapieangeboten teilzunehmen. Aufgrund seiner Krebserkrankungen habe er sich nicht mehr in der Lage gesehen, Ziele und Wünsche für die Zukunft zu definieren und konsequent zu verfolgen. Nur nach viel Zeit habe er sich zumindest soweit stabilisieren können, um sich glaubhaft von Suizidideen zu distanzieren und regelmässig an Mahlzeiten teilzunehmen respektive ein Minimum an Aktivitäten einzuhalten. Gegen Ende des ersten Aufenthaltes sei er soweit stabilisiert gewesen, dass er habe sehen wollen, wie er einen Alltag im häuslichen Umfeld bestreiten könnte. Dennoch sei der Antrieb für eine effektive Umsetzung zu schwach gewesen. Aktuell sei eine tägliche regelmässige Verrichtung auch leichter Arbeiten nicht möglich, ohne dass dies auf die Kosten seiner Gesundheit ginge. Er sei aufgrund der bei ihm bestehenden seelischen Störungen auch bei der Ausübung einfacher geistiger Arbeiten eingeschränkt (IV-act. 87).

**8.2** Im Entlassungsbericht der C.\_\_\_\_\_ Klinik vom 7. Oktober 2015 (betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 22. Juni 2015 bis zum 11. September 2015) führten Dres. med. K.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Assistenzarzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ und die Psychologin J.\_\_\_\_\_ – zusätzlich zu den im vorerwähnten Bericht vom 30. Juni 2015 gestellten Diagnosen – als weitere Diagnose eine Pankreatitis auf, dies gestützt auf den beiliegenden Befundbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, vom 24. Juni 2015 (vgl. IV-act. 90 S. 9). Der körperliche Untersuchungsbefund habe sich sowohl in allgemein-internistischer als auch in neurologischer Hinsicht als unauffällig erwiesen. Zu Beginn der Behandlung habe der Versicherte das Bild einer akuten, äthyltoxischen Pankreatitis aufgewiesen, weshalb mehrere internistische Konsile im Hause erfolgt seien und der Versicherte angewiesen worden sei, eine strikte Alkoholkarenz einzuhalten. Erst nach Abklingen der Symptomatik habe versucht werden können, die antidepressive Medikation zu optimieren. In onkologischer Hinsicht sei die bereits vorhandene Medikation mit Dasatinib unverändert fortgeführt worden. Die EEG-Untersuchung habe keinen auffälligen Befund ergeben. Die EKG-Untersuchungen hätten die bekannten, monomorphen ventrikulären Extrasystolen gezeigt. Gemäss der Sonographie des Oberbauches vom 23. Juni 2015 sei die Leber vergrössert und

das Pankreas (Bauchspeicheldrüse) infolge von starkem Meteorismus (Blähbauch) nicht ausreichend beurteilbar. Gemäss Sonographie des Oberbauches vom 29. Juli 2015 sei das Pankreas grobschollig, wie bei einem Zustand nach rezidivierender Pankreatitis. Im Rahmen des Therapieverlaufes sei bis zum Austritt aus der Klinik die Aufrechterhaltung der Alltagsstruktur das grösste Problem des Versicherten verblieben. Ebenfalls sei ihm die Teilnahme in den Gruppen aufgrund seines Vermeidungsverhaltens schwer gefallen. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte in sechs bis zwölf Monaten erneut einen Klinikaufenthalt benötigen werde. Der Versicherte sei weiterhin auch bei der Ausübung einfacher geistiger Arbeiten eingeschränkt (IV-act. 90 S. 2-13).

**8.3** Im Bericht vom 16. Dezember 2015 führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Hausarzt des Versicherten, auf Wunsch des Versicherten gegenüber der kantonalen IV-Stelle aus, jener befinde sich in einer schweren depressiven Episode mit rezidivierenden depressiven Störungen, deren Ursachen mehrdimensional seien. Zum einen bringe er sicher aus seiner Herkunftsfamilie eine entsprechende Vorprägung mit, durch seine zwei Tumorerkrankungen samt Therapien sei eine massive Verstärkung der Grundproblematik entstanden. Erst eine mehrmonatiger Klinikaufenthalt habe die gesamte Weite des Problems aufzuzeigen und in den Ansätzen behandeln können. Es dürfe nicht vergessen werden, dass bei/nach malignen Erkrankungen beziehungsweise entsprechenden Therapien sich ein unterschiedlich ausgeprägtes Fatigue-Syndrom entwickeln könne, was sicher auch bei dem Versicherten zu der Gesamtsituation beigetragen habe. Es sei insgesamt von einer längerfristigen Erwerbsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 92).

**8.4** In der Stellungnahme vom 27. Januar 2016 erklärte RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus den vorliegenden Berichten und dem Gesamtverlauf sei nachvollziehbar, dass der Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung, schwankend zwischen mittelgradig und schwerer Ausprägung, leide, dies trotz zweimaliger 16-wöchiger Klinikaufenthalte. Die zwei Karzinom-Erkrankungen könnten nicht als Ursache, sondern allenfalls als Verstärkung angesehen werden. In der Folge habe sich die Depressivität ausgeprägt entwickelt und sei offensichtlich trotz adäquater psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung wenig zu beeinflussen. Mit den neu eingereichten Akten habe der Versicherte eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht. Zur Arbeitsfähigkeit werde in den Berichten nur wenig

ausgesagt. Offenbar seien dem Versicherten auch leichte Arbeiten und einfache geistige Tätigkeiten nur eingeschränkt möglich. Die Dysthymie sei anhand der Akten nicht eindeutig nachvollziehbar, jedoch sei die Diagnose für sich alleine genommen ohnehin nicht IV-relevant. Es scheine jedoch eine tiefer liegende Störung vorzuliegen, welche das Ausheilen der Depression verhindere. Dies sei jedoch in den Akten nicht gesichert. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ schlug die Einholung einer psychiatrischen Begutachtung vor mit den Zusatzfragen, warum die depressive Erkrankung sich therapeutisch kaum beeinflussen lasse, wie der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit sowie in einer adaptierten Tätigkeit zu beurteilen sei und ob noch andere medizinische Massnahmen, welche die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten, bestünden und wenn ja, welche und mit welcher Prognose beziehungsweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit in welchem Zeitraum (IV-act. 94).

**8.5** Im Arztbericht vom 28. Januar 2016 stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie der C. \_\_\_\_\_ Klinik (...), die Diagnosen:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2),
- Dysthymia im Sinne einer double depression (ICD-10 F34.1),
- chronisch myeloische Leukämie (ICD-10 C92.10).

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die Diagnose Zustand nach Hodenkarzinom vor 9 Jahren (ICD-10 C62.9).

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe den Versicherten vom 21. Januar bis zum 22. Mai 2015 sowie vom 22. Juni bis zum 11. September 2015 in der C. \_\_\_\_\_ Klinik behandelt. Es sei derzeit eine tägliche regelmässige Verrichtung auch leichter Arbeiten nicht möglich, ohne dass dies auf die Kosten der Gesundheit des Versicherten ginge. Aufgrund der seelischen Störungen sei der Versicherte auch in der Ausübung einfacher geistiger Arbeiten eingeschränkt. Diese wirkten sich auf das Reaktionsvermögen, die Auffassungsgabe, auf die Entschluss- und Kontaktfähigkeit sowie vor allem auf die allgemeine Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit aus. Die Behandlungserfolge würden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gering ausfallen, da der bisherige Krankheitsverlauf deutlich chronifiziert sei und sich die bestehende erhebliche Angst und depressive Symptomatik deutlich verfestigt und fixiert habe. Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit

betrage daher mindestens 80 % seit dem 21. Januar 2015. Der Versicherte könne unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mit dem verbliebenen Restleistungsvermögen nur noch weniger als drei Stunden täglich im Rahmen einer Fünftageweche arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht könne er in seinem erlernten Beruf nur noch leichte Tätigkeiten geistiger Art, möglichst ohne Publikumsverkehr und ohne besondere nervliche Beanspruchung, ausüben. Arbeiten an laufenden Maschinen, Akkord-, Schicht-, und Nacharbeit seien zu vermeiden. Auch aus somatischer Sicht seien dem Versicherten lediglich leichte Tätigkeiten auf einem Arbeitsplatz, der den Wechsel zwischen Sitzen und Stehen zulasse, zuzumuten. Häufiges Heben und Tragen von Lasten über fünf bis zehn Kilogramm, Arbeiten in gebückter Zwangshaltung und unter Exposition von Zugluft, Nässe, Kälte sowie Dämpfen sollten vermieden werden (IV-act. 97).

**8.6** Gemäss dem Arztbericht der Dres. med. O. \_\_\_\_\_ und P. \_\_\_\_\_ der Kardiologischen Gemeinschaftspraxis Q. \_\_\_\_\_, Praxis für Herz- und Gefässmedizin, vom 21. März 2016 verfügt der Versicherte über eine normale systolische biventrikuläre Funktion. Es lägen keine Hinweise auf regionale Wandbewegungsstörungen oder ein hämodynamisch relevantes Klappenvitium vor. Der Versicherte sei in der Ergometrie bis 200 Watt exzellent belastbar, ohne Hinweise auf eine Belastungskoronarinsuffizienz oder belastungsinduzierbare Herzrhythmusstörungen. Der vom Versicherten beklagte belastungsbedingte rasche Frequenzanstieg sei als ein Ausdruck eines Übertrainings zu sehen. Es werde dem Versicherten zu einem wohldosierten Training mit entsprechenden Regenerationsphasen geraten (IV-act. 111, S. 16-18).

**8.7** Im Bericht vom 24. März 2016 stellte Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, die Diagnosen chronische myeloische Leukämie, Erstdiagnose im Juni 2009 und pluriformes Hodenkarzinom, Erstdiagnose im Dezember 2005. Der Versicherte vertrage die Medikation mit Sprycel im Wesentlichen gut, beklage aber etwas Müdigkeit und bringe die Tabletten mit seiner Depression in Zusammenhang. In der Fachinformation werde Depression als häufige Nebenwirkung aufgeführt. Vorliegend habe der Versicherte jedoch schon vor der Einnahme von Sprycel depressive Episoden gehabt, weshalb der Zusammenhang nicht eindeutig sei. Dr. med. R. \_\_\_\_\_ tendiere zu einer Fortsetzung der Therapie (IV-act. 111 S. 15).

**8.8** Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie, Allergologie und ambulantes Operieren, stellte im Bericht vom 26. Mai 2016 die Diagnosen

- Acne vulgaris (ICD-10 L70.0);
- Atherom beidseitig (ICD-10 L72.1);
- chronische myeloische Leukämie (ICD-10 92.10);
- Zustand nach Hodenkrebs (ICD-10 C62.9).

Es seien am 16. März 2016 sowie am 4. April 2016 jeweils eine blande epidermale Zyste (Atherome) der rechten Wange und des linken Kieferwinkels entfernt worden. Es habe kein Anhalt für eine Malignität bestanden. Aufgrund der Grunderkrankungen komme eine systematische Therapie der Acne vulgaris nicht in Betracht (IV-act. 111 S. 12).

**8.8.1** Im Bericht vom 4. August 2016 stellten die Ärzte Dres. med. K.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ sowie die Assistenzärztin Dr. med. T.\_\_\_\_\_ der C.\_\_\_\_\_ Klinik die Diagnosen:

- schwere depressive Episode bei rezidivierender Störung, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2);
- Dysthymia im Sinne einer Double depression (ICD-10 F34.1);
- soziale Phobie (ICD-10 92.10).

Als weitere Diagnosen führten sie auf:

- chronisch myeloische Leukämie (ICD-10 C92.10);
- Zustand nach Hodenkarzinom 2006 (ICD-10 C62.9);
- Zustand nach Pankreatitis 2015.

Der Versicherte habe zu Beginn seines Aufenthaltes in der Klinik nur spärlich an Therapieangeboten im Gruppensetting teilgenommen, da ihm die Teilnahme aufgrund der Sozialphobie und des massiven Antriebsmangels sehr schwer gefallen sei. Im Laufe der Wochen habe er sich mehr und mehr entschliessen können, an Gruppensitzungen zumindest passiv teilzunehmen. Wie bereits bei den letzten Aufenthalten sei es dem Versicherten nur unter grosser Anstrengung gelungen, eine minimale Alltagsstruktur aufrechtzuerhalten und er habe es nicht geschafft, sich um dringende organisatorische Belange bezüglich einer bevorstehenden Berufsunfähigkeitsrente zu kümmern. Der Versicherte zeige weiterhin eine anhaltende depressive Symptomatik (mit labilem Affekt in Abhängigkeit von äusseren Ereignissen und einer deutlich eingeschränkten Belastbarkeit

und Funktionsfähigkeit im Alltag), welche die selbständige Lebensführung und die eigenständigen täglichen Verrichtungen erheblich beeinträchtige. Eine regelmässige tägliche Verrichtung leichter, mittelschwerer und schwerer Arbeiten sei dem Versicherten nicht möglich, ohne dass diese auf die Kosten seiner Gesundheit ginge. Auch sei der Versicherte aufgrund der bei ihm bestehenden seelischen Störungen in der Ausübung geistiger Arbeiten eingeschränkt, da sich die bestehenden Störungen insbesondere auf das Reaktionsvermögen und die Auffassungsgabe auswirkten, ebenso wie auf seine Entschluss- und Kontaktfähigkeit, vor allem jedoch auf seine allgemeine Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit. Das verbliebene Leistungsvermögen reiche aktuell nicht aus für eine vollschichtige Tätigkeit. Mit diesem könne der Versicherte unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch weniger als drei Stunden täglich im Rahmen einer Fünftagewoche erwerbstätig sein (IV-act. 111 S. 2-7).

**8.9** Im psychiatrischen Gutachten vom 5. Dezember 2016, das von der kantonalen IV-Stelle gemäss der Empfehlung ihres RAD angeordnet worden war, fasste Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Ingress die bereits vorliegenden Arztberichte zusammen. Subjektiv fühle sich der Versicherte nicht arbeitsfähig. Er sei seit der Leukämieerkrankung körperlich eingeschränkt, schwitze und ermüde sofort. Ebenfalls sei die Konzentration infolge psychischer Belastung gestört. Als psychischen Befund gab er an, der Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten gut orientiert. Trotz depressiver Stimmung sei der Versicherte im Affekt schwingungsfähig. Der Antrieb sei schwankend reduziert. Der Versicherte habe Interessen und treibe Sport. Formale Denkstörungen bestünden lediglich in der Form von Grübeln über die Zukunft und seine gesundheitliche Situation. Ausserdem sei der Versicherte ängstlich in der Öffentlichkeit und im Kontakt mit den anderen. Der Schlaf sei nur leicht gestört. Psychomotorisch bestehe eine innere Unruhe. Es sei sowohl Motivation als auch Krankheitseinsicht vorhanden. Von latent vorhandenen Suizidgedanken könne sich der Versicherte selber wieder distanzieren. Der Gutachter prüfte sodann die Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-P: Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht reduziert. Die Durchhaltefähigkeit sei leicht reduziert. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten respektive die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittelgradig reduziert. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten wie Haushalt und Hobbys sei leicht reduziert. Die vorliegenden Befunde ergäben ein in sich schlüssiges und konsistentes Bild. Es bestünden teilweise Hinweise für eine ängstliche und unsichere Persönlichkeitsstörung, welche jedoch nicht in ganzem Umfang erfüllt sei. Der Versicherte schildere eine

Unsicherheit im Umgang mit anderen und habe die Tendenz zur Vermeidung von angstbesetzten Situationen. Als persönliche Ressourcen seien eine gute Motivation und fördernde Erfahrungen durch die Behandlung in der Tagesklinik zu nennen. Der Versicherte habe gelegentlich soziale Kontakte.

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie soziale Phobien (ICD-10 F40.1). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die Diagnose Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.1). Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Von Anfang 2007 bis Anfang 2009, von Ende 2010 bis Anfang 2011 sowie seit 2015 habe eine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit aufgrund von rezidivierenden mittelgradig depressiven Episoden und einer sozialen Phobie bestanden. Dasselbe gelte für eine Verweisungstätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Konzentration, den Zeitdruck und ohne Publikumsverkehr. Die rezidivierende depressive Störung sei psychopharmakologisch gut und lege artis behandelt worden. Bezüglich der sozialen Phobie sei eine intensive verhaltenstherapeutische Behandlung indiziert. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erklärte eine intensivere verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie für wünschenswert (verbleibende Therapieoption). Eine weitere medizinische Massnahme zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei eine tagesklinische Behandlung, wie bereits erfolgt. Im Anschluss solle eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie erfolgen. Es bestehe eine positive Tendenz des Gesundheitszustandes. So sei der Versicherte wieder aktiver, er zeige mehr Antrieb und sei zunehmend in der Lage, seine soziale Phobie zu überwinden. Prognostisch sei nach einer tagesklinischen Behandlung und einer anschließenden sechsmonatigen ambulanten verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % für die angestammte Tätigkeit und auf 100 % für eine Verweisungstätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Konzentration, den Zeitdruck und ohne Publikumsverkehr zu erwarten (IV-act. 116).

**8.10** Mit Stellungnahme vom 16. Januar 2017 erklärte RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_, das eingeholte psychiatrische Gutachten beschreibe den Gesundheitszustand des Versicherten umfassend und sachlich fundiert. Es sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf eigenen Untersuchungen und erfülle die qualitativen Richtlinien und Empfehlungen für versicherungspsychiatrische IV-Gutachten. Die Befunde seien schlüssig und

aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar. Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheine einleuchtend. Die Zusatzfragen seien nachvollziehbar und plausibel beantwortet worden. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ empfahl, auf das Gutachten abzustellen (IV-act. 119).

**8.11** Dr. med. U.\_\_\_\_\_, leitender Arzt des Reha Klinikums in (...) und Facharzt für Orthopädie sowie für physikalische und rehabilitative Medizin, untersuchte den Versicherten gemäss Arztbericht vom 24. Mai 2017 infolge von Schmerz im Bereich der Innenseite des rechten Oberschenkels, welcher beim Fussballspielen aufgetreten sei. Bei der Untersuchung habe sich ein leichter Druckschmerz im Bereich der Adduktoren gezeigt, bei im Übrigen normalen Befunden. Dr. med. U.\_\_\_\_\_ empfahl entlastende Massnahmen, jedoch keine komplette Schonung (IV-act. 125 S. 9-11).

**8.12** Im Arztbericht der C.\_\_\_\_\_ Klinik vom 22. Juni 2017 stellten Dres. med. K.\_\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_\_, beides Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Assistenzärztin X.\_\_\_\_\_, der Psychologe Y.\_\_\_\_\_ und die Psychologin Z.\_\_\_\_\_, die Hauptdiagnosen:

- schwere depressive Episode bei rezidivierender Störung, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2),
  - auf dem Boden einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (ICD-10 F60.31),
  - und Dysthymia im Sinne einer Double depression (ICD-10 F34.1);
- sekundärer Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.1).

Als weitere Diagnosen führten sie auf:

- chronisch myeloische Leukämie (ICD-10 C92.10);
- Zustand nach Hodenkarzinom 2006 (ICD-10 C62.9);
- Zustand nach Pankreatitis 2015.

Der Bericht führt keine auffälligen Befunde in somatischer Hinsicht auf (weder im Rahmen der allgemein-internistischen noch im Rahmen der neurologischen Untersuchung). Hingegen sei beim Versicherten in psychischer Hinsicht eine chronisch-rezidivierende depressive Störung bekannt, wobei derzeit die Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt seien. Er

erfülle ausserdem die Kriterien einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Boderline-Typus. So zeige der Versicherte ein deutliches Muster instabiler Beziehungen sowie ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich einer funktionalen Regulation von Nähe und Distanz. Sein Selbstbild sowie seine Zielsetzungen erschienen wechselnd und instabil. Der Versicherte habe von selbstverletzendem Verhalten wie Ritzen, Verbrennen und wiederholtem selbständigen Absetzen seiner Medikamente berichtet. Der zuerst diagnostizierte Hodenkrebs sowie die später diagnostizierte chronische myeloische Leukämie seien zusätzlich belastende Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Depression sowie der Suizidalität führten. Der Versicherte sei seit Januar 2015 dauerhaft arbeitsunfähig und aufgrund deutlicher psychosozialer Funktionseinschränkungen nicht belastbar. Eine Besserung sei derzeit nicht absehbar. Eine Invalidenrente sei dringend zu empfehlen (IV-act. 125 S. 2-7).

**8.13** Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer die nachfolgenden neuen sowie erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung datierenden (vgl. hierzu vorangehend E. 4.3) medizinischen Berichte ein.

**8.13.1** In der konsiliarischen Beurteilung vom 9. Oktober 2017 beschrieb Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen des psychopathologischen Befundes, der Versicherte habe eine stark eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit. Die Merkfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Der Versicherte habe Zukunfts- und Existenzängste. Er neige zum Grübeln und habe massiv gestörte Selbstwertgefühle. Ausserdem verzeichne er einen Antriebs- sowie Interessensverlust. Die Stimmung werde als schwankend beschrieben, sei aber meistens niedergedrückt. Auch unter Medikation weise der Versicherte einen ausgeprägten sozialen Rückzug auf. Anamnestisch sei selbstverletzendes Verhalten bekannt. Das autonome Nervensystem habe ein anhaltend erhöhtes Aktivierungsniveau. Der Versicherte habe lebensmüde Gedanken, weise jedoch keine akute Suizidalität auf.

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ stellte die nachfolgenden Diagnosen:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2);
- posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1),

- vor dem Hintergrund einer erhöht vulnerablen Persönlichkeitsstruktur (Kindheitserlebnisse) und aufgrund der medizinischen, lebensbedrohlichen Diagnosen;
- anamnestisch emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (ICD-10 F60.31);
- chronisch myeloische Leukämie;
- Zustand nach Hodenkarzinom, Erstdiagnose 2006;
- Zustand nach Pankreatitis 2015.

Der Versicherte sei bereits in seiner Kindheit und Jugend traumatisiert worden, habe jedoch die traumatischen Ereignisse weitgehend verdrängen können und sei deshalb nach aussen weitgehend kompensiert erschienen. Der Versicherte sei nach eigenen Angaben schon früher depressiv gewesen, habe die Diagnose des Hodenkarzinoms psychisch noch einigermaßen kompensieren können. Erst die Diagnose der lebensbedrohlichen chronisch myeloischen Leukämie habe letztendlich die psychische Integrationskapazität des Versicherten überschritten, womit es zu einer psychosozialen Dekompensation mit Ausprägung einer rezidivierenden schweren depressiven Erkrankung auf dem Boden einer erhöht vulnerablen Persönlichkeitsstruktur mit 100 %-iger Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2015 gekommen sei. Aktuell sei der Versicherte voll arbeitsunfähig. Es seien ihm weder die angestammte Tätigkeit noch eine Verweisungstätigkeit zumutbar. Therapeutisch werde eine ätiologieorientierte und störungsspezifische zunächst ambulante, dann stationäre Traumatherapie sowie eine Depressionsbehandlung empfohlen. Mit einer entsprechenden Behandlung sowie Einleitung der notwendigen medizinischen Behandlung der chronisch myeloischen Leukämie sei die Prognose bei vorhandener Therapiemotivation nach erfolgreicher Psychotherapie nach rund zwei bis vier Jahren als verhalten günstig einzuordnen. Ohne Behandlung sei die Prognose als schlecht und ungünstig einzuordnen (Beilage zu BVGer-act. 5).

**8.13.2** Gemäss dem molekulargenetischen Befund der Aa. \_\_\_\_\_ Praxis vom 17. November 2017 zeige sich seit der letzten Untersuchung eine deutliche Zunahme der BCR-ABL1 Expression (Beilage zu BVGer-act. 9).

**8.13.3** Im Arztbericht vom 28. November 2017 berichtete Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin/Hämatologie/Onkologie, bezüglich der vorbekannten chronischen myeloischen Leukämie, die molekulargene-

tische Darstellung des BCR ABL Fusionstranskriptes zeige einen deutlichen Anstieg seit der letzten Kontrolle von Ende 2015. Im Jahr 2016 habe der Versicherte Dasatinib 100 mg (unter dessen Einnahme er sich immer müde gefühlt habe) abgesetzt. Aufgrund der gestiegenen Zahl der BCR ABL Transkripte müsse die Medikation wieder begonnen werden. Die Sonografie habe einen Normalbefund für die Abdominalgefässe gezeigt (Beilage zu BVGer-act. 9).

**8.13.4** Im Arztbericht vom 3. Dezember 2017 befand Dr. med. N. \_\_\_\_\_, die zur Verfügung stehenden Krankheitsberichte zeigten Differenzen in der Beurteilung der psychiatrischen Fachkollegen auf. Durch die zwei Krebserkrankungen samt spezifischer Therapie könne der Versicherte eine rezidivierende mittelschwere depressive Störung entwickelt haben, die durchaus auch in eine schwere Verlaufsform exacerbieren könne. Aufgrund seiner Herkunftsfamilie habe der Versicherte wenig Möglichkeit, wirksame Resilienzfaktoren zu entwickeln, die ihm bei der Bewältigung der Krankheit helfen könnten. Auffallend sei bei ihm eine grosse Selbstunsicherheit, Mut- und Perspektivenlosigkeit, sowie Fatalismus. Das permanente Gefühl der inneren Leere sei nur ein Ausdruck dieser sehr ungünstigen Konstellation. Es sei schwierig, eine solche Konstellation in einfache funktionale Begriffe oder Diagnosen zu bringen. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte für die nächsten Jahre zu 100 % erwerbsunfähig sein werde. Er schlage eine Invalidenrente für zunächst drei Jahre vor (Beilage zu BVGer-act. 9).

**8.13.5** Die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten neuen Arztberichte können vorliegend berücksichtigt, soweit sie eine Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2017 erlauben (vgl. vorangehend E. 4.3 Abs. 2). Dies gilt für den in der konsiliarischen Beurteilung vom 9. Oktober 2017 beschriebenen psychischen Gesundheitszustand des Versicherten (E. 8.13.1). Ebenfalls zu berücksichtigen ist die im Befundbericht vom 17. November 2017 sowie im Arztbericht vom 28. November 2017 beschriebene, seit der letzten Kontrolle von Ende 2015 eingetretene Verschlechterung der onkologischen Erkrankung (E. 8.13.2 und 8.13.3). Nachdem sich Dr. med. N. \_\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 3. Dezember 2017 (E. 8.13.4) auf die im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Juli 2017 bereits vorliegenden Arztberichte bezieht, kann vorliegend auch dieser Bericht berücksichtigt werden.

## 9.

**9.1** Aus den vorangehend aufgeführten medizinischen Akten geht in somatischer Hinsicht hervor, dass beim Beschwerdeführer in der Vergangenheit zwei Formen von Krebserkrankungen entdeckt wurden (Hodenkrebs im Jahr 2005 sowie myeloische Leukämie im Jahr 2009). Der Hodenkrebs konnte gemäss den Unterlagen offenbar erfolgreich therapiert werden (daher die Diagnose: *Zustand nach Hodenkrebs*). Die myeloische Leukämie ist demgegenüber hernach im Verlauf chronisch geworden. Im Jahr 2016 hat sich deren Zustand überdies – nach dem versuchsweisen Absetzen der entsprechenden Medikation (Chemotherapeutikum) – verschlechtert. Ferner ist in somatischer Hinsicht bekannt, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2015 eine akute Bauchspeicheldrüsenentzündung (*Pankreatitis*) durchstand, welche heute keine Folgen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit mehr zeitigt.

**9.2** Für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist auszugehen von der im vorinstanzlichen Verfahren eingeholten psychiatrischen Begutachtung vom 5. Dezember 2016. Darüber hinaus sind auch die weiteren vorliegenden Arztberichte zu berücksichtigen.

**9.2.1** Den vorliegenden Medizinalakten ist in psychischer Hinsicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet, deren gegenwärtige Episode teilweise als schwer sowie teilweise als mittelschwer bezeichnet wurde. Dass sich der Schweregrad einer rezidivierenden depressiven Störung im Verlaufe der Zeit verändert, geht einher mit dieser Diagnose und führt nicht zu der Annahme, die befassten Ärzte hätten den Gesundheitszustand widersprüchlich beurteilt. Ausserdem wird das Vorliegen psychotischer Symptome in den vorliegenden Medizinalakten einheitlich verneint. In den medizinischen Unterlagen nicht einheitlich gestellt wurden sodann die Diagnosen der sozialen Phobie, der Dysthymia im Sinne einer Double depression sowie auch der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Boderline-Typus. Hingegen beschrieben die vorliegenden Berichte jeweils ähnliche psychologische Befunde (zum Beispiel erklärten die behandelnden Ärzte sowie der Gutachter praktisch einstimmig, der Versicherte zeige Probleme respektive Unsicherheit in sozialen Interaktionen, verfüge über ein schlechtes Selbstwertgefühl und könne sich schlecht konzentrieren respektive ermüde schnell).

**9.2.2** Bezüglich der in den vorliegenden Medizinalakten mitunter diagnostizierten Dysthymie erklärte der RAD in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2016, diese sei anhand der Akten nicht eindeutig nachvollziehbar. Die Diagnose sei jedoch für sich alleine genommen ohnehin nicht IV-relevant (E. 8.4). Der RAD verneinte daher ohne Weiteres eine Auswirkung der Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit. Hierbei liess er jedoch unberücksichtigt, dass die Dysthymie nichtsdestotrotz bei der Gesamtbeurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mitzuberechnen ist, da diese als Komorbidität dennoch einen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit den weiteren vorliegenden psychischen Befunden haben kann (vgl. hierzu z.B. Urteil des BGer 9C\_505/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 5.2.3).

**9.2.3** Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung hat Dr. med. G.\_\_\_\_\_ schliesslich in der konsiliarischen Beurteilung vom 9. Oktober 2017 erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstmals gestellt (E. 8.13.1). Diese neue Diagnose kann somit vorliegend nur berücksichtigt werden, soweit sie den Gesundheitszustand des Versicherten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung widerspiegelt. Der RAD hat sich zu dieser neuen Diagnose nicht geäussert. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ begründet diese Diagnose damit, dass der Beschwerdeführer infolge von Kindheitserlebnissen traumatisiert sei, ohne diese Kindheitserlebnisse indessen genauer zu umschreiben. Auch den weiteren Unterlagen sind keine Ereignisse in der Kindheit, welche zu einem Trauma hätten führen können, zu entnehmen. Gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sei der Versicherte überdies traumatisiert infolge der lebensbedrohlichen Diagnosen.

**9.2.3.1** Die ICD-10-F43.1 setzt für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit einer aussergewöhnlichen Bedrohung oder von katastrophenartigem Ausmass voraus, sodass dadurch bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorgerufen würde. Ausserdem seien typische Merkmale das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit. Der in der Diagnose enthaltene Wortteil „Post-“ stellt sodann klar, dass die Diagnose erst nach Abschluss eines Ereignisses gestellt werden kann, was beispielsweise im Falle der (andauernden) chronischen Leukämie nicht der Fall ist. Nachdem vorliegend kein Ereignis von katastrophenartigem Ausmass im erwähnten Sinne auszu-

machen ist und der Beschwerdeführer zufolge der vorliegenden Medizinalakten auch nicht unter Nachhallerinnerungen oder Flashbacks leidet, erscheint die erwähnte Diagnose nicht stichhaltig.

**9.2.3.2** Gemäss BGE 142 V 342 E. 5.2.2 bedürfen beim Krankheitsbild der posttraumatischen Belastungsstörung die Herleitung und Begründung der Diagnose ein besonderes Augenmerk. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hat diese Diagnose jedoch nach dem Gesagten nicht korrekt anhand der ICD-10-Codifizierung hergeleitet. Ausserdem weist die Diagnose im Normalfall einen depressiven Charakter auf (BGE 142 V 342 E. 5.1), was impliziert, dass die Erkrankung in der Regel nicht dauerhaft genug ist für die Begründung eines Rentenanspruches (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG). So gilt gemäss Bundesgericht die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung für sich alleine genommen nie als ausreichend für die Anspruchsbegründung (BGE 142 V 342 E. 5.2.3). Schliesslich handelt es sich bei der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts um ein schwer fassbares, rein subjektives, nicht objektivierbares und unspezifisches Krankheitsbild, für dessen Beurteilung sich das strukturierte Beweisverfahren unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 E. 4.1.3 eignet (BGE 142 V 342 E. 5.2.3; vgl. hierzu nachfolgend E. 8.9).

**9.3** In den vorliegenden medizinischen Berichten fehlt mehrheitlich eine differenzierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl mit Blick auf die somatischen als auch die psychischen Erkrankungen des Beschwerdeführers. In somatischer Hinsicht wurde die chronische myeloische Leukämie mehrheitlich als eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (vgl. z.B. E. 8.5). Es ist ausserdem aufgrund der bereits vor der angefochtenen Verfügung ergangenen medizinischen Unterlagen aktenkundig, dass der Beschwerdeführer unter dem Einfluss der Chemo-Therapie nicht belastbar war (vgl. Arztbericht von Dr. med. Bb. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2010 in IV-act. 19 S. 7 f.). In den neueren onkologischen Arztberichten fehlt demgegenüber eine Bezifferung sowie Begründung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht. Der Zustand nach Hodenkarzinom mit anhaltender Remission wurde dagegen einheitlich als eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (vgl. zum Beispiel E. 8.1, 8.5 und 8.8.1). Die übrigen Berichte äusserten sich vorwiegend zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit seinen psychischen Erkrankungen. Während Dr. med. Cc. \_\_\_\_\_, Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, in ihren vor dem vorliegenden Ausgangspunkt datierenden

Arztberichten vom 8. Februar 2008 (IV-act. 9 S. 6 f.) und vom 5. Juni 2009 (IV-act. 9 S. 8) das Vorliegen psychisch bedingter Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit noch verneinte sowie im handschriftlichen Bericht vom 23. Mai 2011 (IV-act. 44 S. 2-5) die Arbeitsfähigkeit sowie die Prognose als (eher) abhängig von der Ausprägung sowie der Behandlung der Leukämie erklärte, wurde der Beschwerdeführer in den neueren Berichten der C.\_\_\_\_\_ Klinik bereits infolge der bei ihm vorliegenden seelischen Störungen – ohne Berücksichtigung der somatischen Erkrankungen – als arbeitsunfähig erklärt (vgl. E. 8.5, 8.8.1 und 8.12). Der Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_\_ beurteilte den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig, wobei er eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % nach Ausschöpfung sämtlicher medizinischer Massnahmen in Aussicht stellte (E. 8.9). Gemäss der konsiliarischen Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sowie gemäss dem Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. N.\_\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer sodann aufgrund seines psychiatrischen Gesundheitszustandes zu 100 % erwerbsunfähig (E. 8.13.1 und 8.13.4).

**9.4** In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Berichte der behandelnden Ärzte sowie insbesondere des Hausarztes mit Zurückhaltung zu würdigen sind. So darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten (respektive behandelnden Spezialärzten) der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte (respektive auch behandelnde Spezialärzte) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des BVGer C-4005/2017 vom 25. September 2018 E. 4.6.3; vgl. vorangehend E. 6.8).

**9.5** Der Beschwerdeführer wies in seiner Beschwerde vom 14. September 2017 – jedoch ohne eine entsprechende Begründung – darauf hin, dass bei ihm allenfalls eine krebssbedingte Fatigue vorliegen könnte. Diese Frage sei im psychiatrischen Gutachten zu Unrecht nicht behandelt worden. Überdies kritisierte der Beschwerdeführer, die kantonale IV-Stelle habe keinerlei Abklärungen in somatischer Hinsicht getätigt.

**9.5.1** Der Beschwerdeführer macht damit geltend, er sei (möglicherweise) nicht aus psychischen Gründen, sondern als eine Folge seiner somatischen Erkrankungen arbeitsunfähig. Es ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer mehrfach Müdigkeit sowie depressive Verstimmungen beklagte, welche nach ihm durch die von ihm eingenommene Medikation (Chemotherapeutikum) verursacht würden. Bezüglich der depressiven

Verstimmungen hielt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 24. März 2016 fest, der Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme sowie den beim Versicherten vorliegenden depressiven Episoden sei nicht eindeutig, nachdem dieser bereits vor der Medikamenteneinnahme an depressiven Episoden gelitten habe (E. 8.7). Hingegen enthalten die vorliegenden Medizinalakten Hinweise darauf, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende anhaltende Müdigkeit sowie schnelle Erschöpfbarkeit Folgen der Krebsmedikation sein könnten. So wies der Hausarzt des Versicherten Dr. med. N. \_\_\_\_\_ wies im Bericht vom 16. Dezember 2015 darauf hin, dass beim Beschwerdeführer sicherlich die Entwicklung eines Fatigue-Syndroms infolge der Therapie der Krebserkrankungen zu seiner Gesamtsituation beigetragen habe (E. 8.3). In den bereits vor der angefochtenen Verfügung ergangenen medizinischen Unterlagen wurden ausserdem eine ausgeprägte Fatiguesymptomatik beschrieben, welche während der Einnahme des neuen Medikaments Spycel aufgetreten sei (vgl. Verlaufsbericht von Dr. med. Bb. \_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2011 in IV-act. 30 S. 1-4), sowie die Diagnose Defatigatio-Syndrom gestellt (vgl. „Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf Massnahmen für die berufliche Eingliederung“ von Dr. med. Dd. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2009 in IV-act. 13 S. 2-7). Überdies hatte der RAD in seiner ersten Stellungnahme vom 13. April 2011 noch erklärt, dass der Versicherte vorzeitig erschöpft, vermehrt müde und eingeschränkt konzentrationsfähig sei, was aufgrund der bei ihm diagnostizierten chronischen myeloischen Leukämie gut nachvollzogen werden könne (vgl. IV-act. 33).

**9.5.2** Es ist dem Beschwerdeführer beizupflichten, dass die kantonale IV-Stelle keine Abklärungen in somatischer Hinsicht, insbesondere in Bezug auf die chronische myeloische Leukämie, welche nach wie vor medikamentös behandelt werden muss, in die Wege geleitet hat. Das Vorgehen der kantonalen IV-Stelle liegt offenbar darin begründet, dass ihr RAD in der Stellungnahme vom 27. Januar 2016 erklärt hatte, die zwei Karzinom-Erkrankungen könnten nicht als Ursache, sondern allenfalls als Verstärkung der depressiven Störung angesehen werden. Entsprechend empfahl der RAD in der erwähnten Stellungnahme vom 27. Januar 2016 ausschliesslich, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, ohne auf die beim Beschwerdeführer vorliegenden somatischen Erkrankungen einzugehen (E. 8.4). Indessen hat der RAD nicht begründet, weshalb er die Einholung eines lediglich monodisziplinären, psychiatrischen Gutachtens empfahl.

**9.5.3** In einer früheren Stellungnahme vom 9. Juni 2011 hatte RAD-Ärztin Dr. med. Ee. \_\_\_\_\_ im Gegensatz zu den neueren Stellungnahmen indessen noch festgehalten, dass von keiner relevanten psychiatrischen Einschränkung auszugehen sei. Vielmehr sei der hämatologische/somatische Bereich primär entscheidend. Hier sei aufgrund der Medikation von entscheidenden Einschränkungen auszugehen (IV-act. 48). Aufgrund dieses Hinweises sowie der auch im vorliegenden Referenzzeitpunkt nach wie vor im Vordergrund stehenden somatischen Erkrankung (chronische myeloische Leukämie) erscheint die einseitige Abklärung lediglich der psychischen Krankheitsaspekte nicht gerechtfertigt. Vielmehr wäre die kantonale IV-Stelle zumindest verpflichtet gewesen, bei ihrem RAD explizit auch bezüglich der somatischen Erkrankung eine Stellungnahme – insbesondere mit einer Begründung der diesbezüglich verneinten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – einzuholen.

**9.6** Indem der RAD im Verfahren vor der kantonalen IV-Stelle nicht hinreichend auf die beim Beschwerdeführer vorliegenden somatischen Erkrankungen eingegangen ist, erweisen sich dessen Stellungnahmen als unvollständig sowie nicht nachvollziehbar. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten hätte der RAD die chronische myeloische Leukämie zwingend in seine Beurteilung, namentlich auch mit Blick auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, einbeziehen müssen. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte ist davon auszugehen, dass es sich bei der chronischen myeloischen Leukämie, infolge derer der Beschwerdeführer in ständiger medikamentöser sowie ärztlicher Behandlung stand, um eine vorliegend zentrale Erkrankung handelt, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zeitigen könnte. Auch im psychiatrischen Gutachten vom 5. Dezember 2016 ging der Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht auf die Folgen der somatischen Erkrankungen ein, sondern betrachtete ausschliesslich respektive monodisziplinär den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Damit fehlt vorliegend eine beweiskräftige Beurteilung der Auswirkungen der somatischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der allfälligen Wechselwirkungen zwischen den psychischen sowie somatischen Erkrankungen. Gemäss den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP von Februar 2012 sind auch im Rahmen eines monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens in jedem Falle vorliegende somatische Befunde in der Beurteilung zu berücksichtigen. Das psychiatrische Gutachten vom 5. Dezember 2016 erweist sich

damit als unvollständig, indem es die somatischen Befunde nicht in die Beurteilung miteinbezieht. Damit stellt das Gutachten vom 5. Dezember 2016 keine geeignete Grundlage für eine abschliessende sowie vollumfängliche Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (sowohl in psychischer als auch in somatischer Hinsicht) dar.

**9.7** Der Beschwerdeführer kritisiert diesbezüglich in seiner Beschwerde vom 14. September 2017, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 sei nicht beweiskräftig. Er bringt vor, dieses erfülle nicht die Qualitätsleitlinien für versicherungs-psychiatrische Gutachten (Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin) vom 16. Juni 2016. Dem Gutachten sei nicht zu entnehmen, wie lange die Untersuchung gedauert habe. Der Gutachter nehme immer wieder Bezug auf die Alkoholproblematik. Es gehe aus dem Gutachten jedoch nicht hervor, wie diese im Gespräch thematisiert worden sei. Gemäss dem Arztbericht der C. \_\_\_\_\_ Klinik vom 22. Juni 2017 sei der Alkoholmissbrauch sekundär. Deshalb sei nicht verständlich, weshalb dieser im Gutachten so zentral behandelt werde. Auch sei nicht ersichtlich, weshalb die Erkrankung noch therapeutisch beeinflussbar sein solle. Der Gutachter habe sich sodann nicht hinreichend mit den Diagnosen der anderen Ärzte auseinandergesetzt. Die Würdigung erschöpfe sich in der Feststellung, dass die Diagnosen der anderen Ärzte nicht nachvollziehbar seien, ohne eine entsprechende Begründung.

Zu diesen Kritiken des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 im Grundsatz den Qualitätsleitlinien für versicherungs-psychiatrische Gutachten in Bezug auf Aufbau sowie Inhalt genügt. Das Gutachten enthält zwar diverse Tippfehler, die mitunter das Verständnis des Inhalts erschweren. Jedoch gibt das Gutachten die berücksichtigten Akten vollständig wieder, beschäftigt sich ausführlich mit der Anamnese des Beschwerdeführers und erhebt eigene Befunde. Ausserdem sind die darin gestellten Diagnosen genügend hergeleitet sowie die gestützt darauf festgestellte Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich genügend begründet. Die Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin, auf welche sich der Beschwerdeführer beruft, verlangen, dass für die Exploration eine angemessene Dauer zur Verfügung steht, damit der zu begutachtende Versicherte genügend Zeit hat, um in Ruhe seine Situation, seine Beschwerden und seine Sicht der Dinge darzulegen. Indessen verlangen diese Leitlinien nicht explizit, dass die Begutachtungsdauer im

Gutachten vermerkt wird. Hingegen fordern die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP von Februar 2012, dass das Gutachten Angaben zur Untersuchungsdauer (Datum und Uhrzeit von – bis; ggf. je Sitzung bei mehreren Terminen) mache. Dass vorliegend das Gutachten vom 5. Dezember 2016 keine Angaben zur Untersuchungsdauer enthält, nimmt diesem jedoch nicht ohne Weiteres den Beweiswert. Vielmehr ist massgebend, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3). Nachdem das Bundesgericht mit BGE 119 V 171 (vom 25. August 1993) in Erwägung 5 seine frühere Rechtsprechung zur Rentenkürzung infolge grobfahrlässiger Herbeiführung oder Verschlimmerung der Invalidität durch missbräuchlichen Alkoholkonsum (vgl. zur früheren Rechtsprechung BGE 97 V 226 [vom 17. Dezember 1971]) aufgegeben hat, spielt die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Alkoholkonsum für die Invaliditätsbemessung ausserdem keine entscheidende Rolle mehr. Die Kritik des Beschwerdeführers, wonach der Gutachter nicht begründet habe, inwiefern die psychische Erkrankung therapeutisch noch beeinflussbar sein soll, geht ferner fehl, nachdem sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Gutachten ausführlich zu den noch möglichen und zumutbaren therapeutischen Massnahmen geäussert hat. Hingegen erweist sich die Kritik des Beschwerdeführers als gerechtfertigt, wonach sich der Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht einlässlich mit den in den weiteren vorliegenden Medizinalakten gestellten Diagnosen auseinandergesetzt hat. Zwar hat Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die eigenen Diagnosen begründet und korrekt hergeleitet. Auf eine (einlässlich begründete) Erklärung, weshalb die in den übrigen Medizinalakten gestellten weiteren Diagnosen nicht zutreffen sollen, hat er jedoch verzichtet. Unter diesen Umständen erweist sich das Gutachten vom 5. Dezember 2016 als mangelhaft begründet sowie unvollständig. Die Unvollständigkeit des Gutachtes ergibt sich überdies bereits aus dem Umstand, dass in diesem die Mitberücksichtigung der somatischen Erkrankungen fehlt, wie bereits in Erwägung 9.6 dargelegt.

**9.8** Nach der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil 8C\_130/170 vom 30. November 2017) sind bei sämtlichen psychischen Störungen die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einem indikatorengeleiteten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (betreffend somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden) zu ermitteln. Die Intention des durch Indikatoren geleiteten Beweisverfahrens ist es, zu fragen, ob die vorhandenen Funktionseinbussen durch die erhobenen Befunde abgedeckt und erklärbar sind (DAVID HUSMANN, Zur neuen

Rentenpraxis des Bundesgerichts für psychische Leiden, in: plädoyer 1/18, S. 44-50, Ziff. 3.2). Übergangsrechtlich ist auf BGE 141 V 281, Erwägung 8, zu verweisen, wonach nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des BGer 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

Vorliegend datiert das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 zwar vor der Ausdehnung der Rechtsprechung des Bundesgerichts zu somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden auf sämtliche psychischen Erkrankungen per 30. November 2017. Dennoch hat die kantonale IV-Stelle bei der Gutachtenserteilung dem Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bereits einen Fragekatalog über die Standardindikatoren unterbreitet (vgl. Sachverhalt Bst. C.a). Den Standardfragenkatalog hat die kantonale IV-Stelle unterteilt in die Rubriken I. Gesundheitsschaden, II. sozialer Kontext, III. Diagnosen, IV. Behandlung und Eingliederung, V. Konsistenz und VI. Arbeitsfähigkeit (sich orientierend an den in BGE 141 V 281 [Urteil des BGer 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015] E. 4.1.3 ff. aufgeführten Standardindikatoren). Der Aufbau des Gutachtens deutet indessen nicht darauf hin, dass der Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bei der Erstellung des Gutachtens vom 5. Dezember 2016 die Standardfaktoren berücksichtigt hätte. Auch hat er die unter den einzelnen Rubriken im Detail gestellten Fragen nicht explizit beantwortet. Damit berücksichtigt das psychiatrische Gutachten vom 5. Dezember 2016 nicht das mittlerweile für die Beurteilung sämtlicher psychischer Störungen erforderliche strukturierte respektive indikatorengeleiteten Beweisverfahren. Auch eine retrospektive Prüfung des Gutachtens – unter Einbezug der weiteren vorliegenden Medizinalakten – auf die vom Bundesgericht für massgeblich erklärten Standardindikatoren erlaubt keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Zwar ist dem Gutachten vom 5. Dezember 2016 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor Interessen habe und Sport treibe, gelegentliche soziale Kontakte pflege, eine gute Motivation aufzeige und von den Behandlungen in der psychischen Klinik profitiert habe. Es fehlt im Gutachten indessen eine ausführliche Auseinandersetzung mit sämtlichen massgeblichen Standardindikatoren sowie eine Gewichtung der einzelnen Elemente individual-

konkret mit Blick auf die vom Beschwerdeführer bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit respektive allfällige ihm zumutbare Verweisungstätigkeiten. Auch unter Einbezug der übrigen Medizinalakten ist vorliegend keine Durchführung des indikatorengleiteten Beweisverfahrens und damit keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers möglich.

**9.9** Nach dem Gesagten stellt das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 keine schlüssige sowie beweiskräftige Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dar, indem sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit den Diagnosen in den weiteren Medizinalakten nicht begründet auseinandergesetzt hat, die somatischen Erkrankungen des Beschwerdeführers bei seiner Beurteilung nicht mitberücksichtigt hat sowie die Arbeitsfähigkeit nicht nach Massgabe des indikatorengleiteten Beweisverfahrens abgeklärt hat.

**9.10** In der Stellungnahme vom 16. Januar 2017 hatte RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ empfohlen, auf das Gutachten vom 5. Dezember 2016 abzustellen. Sie beschrieb das Gutachten als in Kenntnis der Vorakten erstellt, umfassend und sachlich fundiert. Ausserdem erfülle es die qualitativen Richtlinien und Empfehlungen für versicherungspsychiatrische IV-Gutachten. Die Befunde seien schlüssig und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheine einleuchtend (E. 8.10). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat in ihrer Stellungnahme jedoch unberücksichtigt gelassen, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit nicht gemäss dem Beurteilungsraster (Standardindikatoren) des Bundesgerichts beurteilt hat. Ausserdem hat sie, wie bereits in ihrer früheren Stellungnahme vom 27. Januar 2016 (E. 8.4; vgl. E. 9.6), die somatischen Erkrankungen des Beschwerdeführers nicht mitberücksichtigt. Eine entsprechende kritische Auseinandersetzung mit dem Gutachten vom 5. Dezember 2016 unter diesem Gesichtspunkt fehlt daher auch in der RAD-Stellungnahme vom 16. Januar 2017. Unter diesen Umständen ist diese RAD-Stellungnahme, bei welcher es sich um eine reine Aktenbeurteilung handelt (vgl. hierzu vorangehend E. 6.10), in Zweifel zu ziehen. Die kantonale IV-Stelle durfte daher nicht auf diese abstellen.

## **10.**

Zusammenfassend fehlt vorliegend ein schlüssiges Gutachten zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (unter Auflistung der jeweiligen funktionellen Einschränkungen) sowohl in psychi-

scher als auch in physischer Hinsicht. Einerseits ist das psychiatrische Gutachten vom 5. Dezember 2016 nicht beweiskräftig. Die in den Vorakten vorliegenden RAD-Berichte sind ihrerseits ebenfalls nicht beweiskräftig, da sie auf der Basis einer unvollständigen medizinischen Aktenlage ergangen sind und keine Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl mit Blick auf seine psychischen als auch somatischen Erkrankungen enthalten. Ausserdem fehlt gänzlich eine Stellungnahme des RAD zu den im Beschwerdeverfahren neu eingegangenen Arztberichten. Indem nach dem Gesagten in den vorliegenden Akten eine rechtsgenügli- che Beurteilung des psychischen sowie physischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie seiner Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens fehlt, hat die Vorinstanz (respektive die kantonale IV-Stelle) den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

**10.1** Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten beziehungsweise andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 4.5).

**10.2** Nachdem die Vorinstanz respektive die kantonale IV-Stelle vorliegend den medizinischen Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt hat respektive für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eine schlüssige und beweiskräftige medizinische Grundlage gänzlich fehlt, erscheint eine Rückweisung an die Vorinstanz gerechtfertigt – dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass damit dem Beschwerdeführer der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2017 ist daher aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese

eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Onkologie und Psychiatrie – wobei das psychiatrische Teilgutachten insbesondere die Anforderungen des indikatorengeliteten Beweisverfahrens zu erfüllen hat – einhole und anschliessend neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge. Ob noch weitere Gutachter beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. Urteil des BGer vom 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Da der Beschwerdeführer an mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet und nun abzuklären sein wird, welche Auswirkungen die verschiedenen Diagnosen auf seinen Gesundheitszustand und seine Erwerbsfähigkeit haben, hat die durchzuführende polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. diesbezüglich statt vieler Urteile des BVer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.2, C-6024/2013 vom 4. Mai 2016 E. 9.1, C-7355/2014 vom 6. September 2016 E. 6.1, C-4972/2016 vom 8. Dezember 2017 E. 7.8.4). Es sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Damit ist der sinngemässe sowie eventualiter gestellte Antrag des Beschwerdeführers auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Einholung eines neuen Gutachtens gutzuheissen.

## **11.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

**11.1** Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Der Vorinstanz sind indessen keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Eine Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind daher ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm entsprechend nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu benennendes Konto zurückzuerstatten.

**11.2** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.n. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ([VGKE, SR 173.320.2])). Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Rentenanspruch verfüge.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

### **3.**

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen.

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Marion Sutter

**Rechtsmittelbelehrung:**

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