



Abteilung III
C-5879/2019

Urteil vom 17. März 2022

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Caroline Gehring, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Della Batliner.

Parteien

A. _____, (Österreich),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 9. Oktober 2019).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1967 geborene, österreichische Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer) war in Österreich wohnhaft und schloss dort von 1982 bis 1986 eine Ausbildung zum Maschinenschlosser ab (act. 1 S. 4, act. 11 S. 1). Von 1991 bis 1996 studierte er berufsbegleitend Maschinenbau an der Fachhochschule Liechtenstein und erlangte den Abschluss Diplom-Ingenieur FH. Bereits von Januar 1987 bis Februar 2004 war er mit Unterbrüchen in der Schweiz arbeitstätig gewesen und seit August 2011 arbeitete er zunächst wieder als Grenzgänger in der Schweiz, wobei er Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Gesamtversicherungszeit: 242 Monate; act. 77 f.) leistete. Seit dem 25. Oktober 2013 bestanden psychische gesundheitliche Beeinträchtigungen, die zu einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit führten (act. 1, act. 11 S. 1, act. 15, act. 16 S. 10). Im November 2013 verlegte er seinen Wohnsitz von Österreich in die Schweiz (act. 1). Bis zur Kündigung auf den 31. Juli 2014 war er für seine Tätigkeit als Projektleiter in der Automobilbranche mit einem Pensum von 100% angestellt.

B.

B.a Am 16. April 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout bei der IV-Stelle des Kantons B. _____ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Im Rahmen ihrer Abklärungen holte die kantonale IV-Stelle die Akten des Krankentaggeldversicherers (act. 11 f., act. 16) und den Fragebogen für Arbeitgebende (act. 15) ein. In Absprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. 25) gewährte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten als Frühinterventionsmassnahme mit Mitteilung vom 3. Februar 2015 Beratung und Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung sowie die Teilnahme an einem Standortbestimmungs- und Bewerbungskurs Kader (act. 39). Am 21. Juli 2015 teilte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie sein Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abweise (act. 43).

B.b Nachdem aktuelle Berichte behandelnder Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten kamen (act. 31, act. 33, act. 37, act. 47, act. 48, act. 50 und act. 52), empfahl der RAD, Prof. Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, B. _____, mit einem monodisziplinären psychiatrischen Gutachten zu beauftragen. Am 7. Januar 2016 erteilte die

IV-Stelle den Auftrag (act. 55). Da der Versicherte dem ersten Termin unentschuldigt fernblieb, eröffnete die IV-Stelle am 2. März 2016 das Mahn- und Bedenkzeitverfahren (act. 59). Mit Arztbericht vom 4. März 2016 empfahl der behandelnde Psychiater berufliche Integrationsmassnahmen (act. 62). Nachdem der Versicherte – seiner Ankündigung entsprechend – auch den zweiten Termin nicht wahrnahm, trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. März 2016 nicht auf sein Gesuch um Rentenleistungen ein.

C.

C.a Im April 2016 zog der Versicherte nach Österreich. Am 3. Juli 2017 beantragte er eine Invaliditätsrente bei der Pensionsversicherungsanstalt (nachfolgend: PVA) D._____, und über die österreichische Verbindungsstelle zugleich eine solche bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz; act. 5, 7 und 9). Im Rahmen ihrer Abklärungen holte die IVSTA die Akten der PVA (act. 80 ff.), den Fragebogen für den Versicherten (act. 83) und weitere medizinische Unterlagen der behandelnden Hausärztin Dr. med. E._____ ein (act. 84 ff.).

C.b Mit Bescheid vom 10. April 2018 stellte die PVA fest, es liege keine dauerhafte Invalidität vor und es bestehe kein Anspruch auf Massnahmen der medizinischen Rehabilitation. Massnahmen der beruflichen Rehabilitation seien nicht zweckmässig (act. 98).

C.c Der medizinische Dienst der IVSTA empfahl am 23. Juli 2018 eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in der Schweiz in den Bereichen Psychiatrie, Pneumologie, Neurologie und Innere Medizin (act. 99, 101 und 103). Mit Schreiben vom 14. August 2018 teilte die IVSTA dies dem Versicherten unter Beilage der Fragen an den Experten und einer von ihm zu unterzeichnenden Vollmacht mit (act. 105 ff.) und erteilte am 17. September 2018 den Auftrag für eine interdisziplinäre medizinische Abklärung des Versicherten an die F._____ (act. 111). Zum anschliessend am 6. Februar 2019 erstatteten Gutachten (act. 124 f.) nahm der medizinische Dienst der IVSTA am 8. Juli 2019 (act. 145) und am 17. Juli 2019 (act 146) Stellung.

C.d Die PVA gewährte dem Versicherten mit Schreiben vom 14. Februar 2019 auf Grund eines vor Gericht am 7. Dezember 2018 geschlossenen Vergleichs ab 1. August 2018 medizinische Massnahmen der Rehabilita-

tion zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Für die Dauer der vorübergehenden Invalidität bestehe Anspruch auf Rehabilitationsgeld aus der Krankenversicherung (act. 140).

C.e Mit Vorbescheid vom 6. August 2019 stellte die IVSTA in Aussicht, das Rentenbegehren des Versicherten abzuweisen (act. 147). Dagegen erhob der Versicherte am 28. August 2019 Einwand (act. 148) und reichte einen Arztbericht seiner behandelnden Psychiaterin Dr. med. G. _____ vom 26. November 2018 (act. 149) sowie ein vom österreichischen Landgericht eingeholtes Gutachten vom Psychiater und Neurologen Dr. med. H. _____ vom 28. September 2018 (act. 150) ein. Gestützt auf die Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 26. September 2019 (act. 152) hielt die IVSTA an ihrem Vorbescheid fest.

C.f Mit Verfügung vom 9. Oktober 2019 wies die IVSTA das Rentenbegehren des Versicherten ab. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, dass keine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während eines Jahres bestanden habe, weshalb kein Rentenanspruch entstanden sei (act. 153).

D.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Eingabe vom 6. November 2019 (Postaufgabe: 7. November 2019) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragt sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Vorinstanz sei zu verpflichten, den Leistungsanspruch neu zu überprüfen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Befreiung von den Verfahrenskosten (BVGer-act. 1, Beilage 2). Seiner Beschwerde lag nebst der angefochtenen Verfügung ein Arztbericht vom 24. September 2019 seiner behandelnden Psychiaterin bei.

E.

Am 20. Dezember 2019 übermittelte die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht zuständigkeitshalber ein durch den österreichischen Versicherungsträger veranlasstes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 1. Oktober 2019 und einen Formularbericht der Allgemeinmedizinerin Dr. med. J. _____ (BVGer-act. 6).

F.

Mit Zwischenverfügung vom 16. Juni 2020 wies der zuständige Instruk-

tionsrichter das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ab und forderte ihn auf, innert 30 Tagen einen Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– zu leisten (BVGer-act. 9). Der Beschwerdeführer leistete den ausstehenden Betrag am 13. Juli 2020 (BVGer-act. 12).

G.

Die Vorinstanz beantragt in ihrer Vernehmlassung vom 27. Juli 2020 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 14).

H.

Der Beschwerdeführer liess sich innert der angesetzten Frist zur Vernehmlassung der Vorinstanz nicht vernehmen, weshalb der Schriftenwechsel abgeschlossen wurde (BVGer-act. 15-17).

I.

Nach Übermittlung eines durch den österreichischen Versicherungsträger veranlassten Gutachtens vom 25. November 2019 (vgl. BVGer-act. 19) nahm der Beschwerdeführer nach Wiederaufnahme des Schriftenwechsels mit (Replik-)Eingabe vom 14. Mai 2021 Stellung und hielt, unter Beilage eines weiteren Arztberichts seiner behandelnden Psychiaterin vom 11. Mai 2021, sinngemäss an seinen Anträgen fest (BVGer-act. 22).

J.

Mit Duplik vom 7. Juni 2021 hielt die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 28. Mai 2021 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (BVGer-act. 29).

K.

Mit Stellungnahme vom 28. Juli 2021 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht der behandelnden Psychiaterin vom 28. Juli 2021 ein (BVGer-act. 29). Daraufhin übermittelte der zuständige Instruktionsrichter diese samt Beilage an die Vorinstanz und schloss den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 2. August 2021 wieder ab (BVGer-act. 30).

L.

Auf die weiteren Aktenstücke sowie Eingaben ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

In der Regel ist die IV-Stelle zuständig, in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat (Art. 55 Abs. 1 IVG; Art. 40 Abs. 1 Bst. a IVV [SR 831.201]). Nachdem die kantonale IV-Stelle mit Verfügung vom 21. März 2016 nicht auf sein Leistungsbegehren eingetreten war, verlegte der Beschwerdeführer seinen schweizerischen Wohnsitz im April 2016 nach Österreich. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2^{quater} IVV vorgesehen, ging die Zuständigkeit damit auf die Vorinstanz über, als das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2017 einging. In diesem Rahmen hat die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2019 erlassen. Sie bildet das Anfechtungsobjekt und begrenzt zugleich den Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente wie bei einer Erstanmeldung, zumal die kantonale IV-Stelle mit Verfügung vom 21. März 2016 keine materielle Beurteilung der Angelegenheit vorgenommen hatte und mit der angefochtenen vorinstanzlichen Verfügung vom 9. Oktober 2019 erstmals der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung beurteilt worden ist.

3.

3.1 Am 1. Januar 2022 traten Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 und (neben weiteren) des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535). Im Sozialversicherungsrecht wird bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des

Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Oktober 2019) eingetretenen Sachverhalt abgestellt (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 137 V 1 E. 3, 147 V 308 E. 5.1). Damit gelangen im vorliegenden Fall die bis und mit 1. Oktober 2019 geltenden Bestimmungen zur Anwendung. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; 130 V 138 E. 2.1). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_341/2015 E. 3.3; zur Auslegung des Erfordernisses der Glaubhaftmachung der massgeblichen Tatsachenänderung vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2).

3.2 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

4.

4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens

einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

4.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (i.S.v. Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (i.S.v. Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (vgl. IK-Auszug act. 77 f.).

4.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

4.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Regelung gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz,

sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004 und bis 31. März 2012 Art. 2 der Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

4.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

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

4.7 Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

4.7.1 Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

4.7.2 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

4.7.3 Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren. Grundlage bildet die – den einschlägigen Indikatoren folgende – Einschätzung des Leistungsvermögens durch die sachverständige ärztliche Person anhand der diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 141 V 281 E. 6). Nach BGE 141 V 281 kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle)

Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (E. 6; vgl. zum Ganzen auch BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

4.7.4 Hinzuweisen ist noch darauf, dass die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge aufweist (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3 m.w.H.; Urteil BGer 9C_585/2016 vom 29. November 2016 E. 3.3; Urteil BGer 9C_397/2015 vom 6. August 2015 E. 5.3; BGE 145 V 361 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Gleiches gilt für die psychiatrische Exploration. Den medizinischen Sachverständigen eröffnet sich praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil BGer 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.5 mit Hinweisen; Urteil BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1). Weiter ist dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil 9C_397/2015 E. 5.3) und zwar auch dann, wenn es um psychische Beeinträchtigungen geht (Urteil 9C_585/2016 E. 3.3).

5.

Aus den nachfolgend aufgeführten medizinischen Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers folgendes Bild:

5.1 Die Hausärztin Dr. E. _____ berichtete am 2. Januar 2014, dass sich der Beschwerdeführer einer Splenektomie (operative Entfernung der Milz) sowie einer beidseitigen Inguinalhernien-Operation unterzogen habe. Ansonsten beständen keine Vorerkrankungen. Sie diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung im Verlauf einer Burn-out Entwicklung, eine Belastungshypertonie, einen Zustand nach Migraine accompagnée bei Anfall im Juli 2013 (Differentialdiagnose: Transitorische Ischämische Attacke [TIA]), persistierende beziehungsweise rezidivierende Parästhesien I/II Trigeminasast bei psychogener Überlagerung, einen Verdacht auf abgelaufene Nierenkolik rechts (differentialdiagnostisch beginnende Gastroenteritis im April 2013), eine incipiente COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung), einen Zustand nach Hämoptysen im Rahmen eines respiratorischen Infekts im April 2013, Dirty Chest bei Nikotin-Abusus und einen Zustand nach Infekt mit Verdacht auf Fokus im Zahnbereich im Oktober 2013. Im Juli 2013 sei ein Kribbeln der linken Gesichtshälfte aufgetaucht, weshalb sie den Beschwerdeführer erstmals vom 22. bis 26. Juli 2013 krankgeschrieben habe. Ein von ihr veranlasstes Schädel-MRT vom

23. Juli 2013 habe einen unauffälligen Befund ergeben. Ab 5. August 2013 habe sie die Krankschreibung jeweils befristet verlängert, da ein "Burn-Out" gedroht habe. Nachdem der Beschwerdeführer ihr mitgeteilt habe, bereits in den Jahren 2004 und 2008 "Burn-Outs" erlitten zu haben, habe sie ihn im November 2013 an den Psychiater Dr. med. K. _____ überwiesen und ab 25. Oktober 2013 weiterhin krankgeschrieben (act. 16).

5.2 Gemäss den von der kantonalen IV-Stelle eingeholten Unterlagen der Krankentaggeldversicherung hielt insbesondere der Psychiater Dr. med. L. _____ in seiner medizinischen Kurzbeurteilung vom 1. März 2014 als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F 32.11) sowie deutliche Hinweise auf einen anhaltenden ausgeprägten psychophysischen Erschöpfungszustand (im Sinne von Z 73.0) fest. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Ab 1. April 2014 erscheine zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 50 % realisierbar (act. 11).

5.3 Im Rahmen eigener Abklärungen holte die kantonale IV-Stelle einen Bericht der Psychiaterin Dr. med. M. _____ ein, die den Beschwerdeführer seit dem 10. Februar 2014 behandelte. Im Bericht vom 30. September 2014 stellte Dr. M. _____ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1), sicher seit November 2014 sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z 73). Sie stellte seit Behandlungsbeginn ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von 50 % aus und vertrat im Einklang mit Dr. L. _____ die Auffassung, dass der Beschwerdeführer seit 1. April 2014 in diesem Rahmen arbeitsfähig sei (act. 31). Aus ihrem Bericht gleichen Datums an die Krankentaggeldversicherung sind im Wesentlichen dieselben Einschätzungen zu entnehmen (act. 33).

5.4 Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellte der Psychiater Dr. med. N. _____ am 18. Dezember 2014 ein psychiatrisches Gutachten (act. 37). Dabei stellte er folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21), gegenwärtig weitgehend remittiert
- Generalisierte Angststörung (ICD-10: F 17.1), gegenwärtig weitgehend remittiert
- Psychophysische Erschöpfung (ICD-10: Z 73.0), gegenwärtig weitgehend remittiert

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er:

- Schädlicher Nikotingebrauch (ICD-10: F 17.1)
- Schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10: F 10.1), gegenwärtig anamnestisch abstinert

5.4.1 Anlässlich seiner Begutachtung vom 11. Dezember 2014 habe der Beschwerdeführer leichte depressive Symptome sowie eine leichte psychophysische Erschöpfung aufgewiesen, weshalb ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit attestiert werden könne. Die Therapieoptionen seien in Bezug auf die Psychopharmakotherapie und Schlafmedikation nicht ausgeschöpft.

5.4.2 Aufgrund der Akten gehe er rückblickend von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit vom 22. Juli 2013 bis 13. Juli 2014 aus. Ab 14. Juli 2014 sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig gewesen und ab 14. Oktober 2014 zu 70 %, was er aus psychiatrischer Sicht auch gegenwärtig bestätigen könne. Ab 1. Februar 2015 sei mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu rechnen.

5.5 Im Abschlussbericht vom 22. Juli 2015 diagnostizierte Dr. M. _____ nebst einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21) auch einen Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (act. 47).

5.6 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. O. _____ bestätigte in seinem Bericht vom 14. August 2015 die im Abschlussbericht von Dr. M. _____ gestellten Diagnosen gegenüber der kantonalen IV-Stelle. Er beschrieb den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers als gelernter Maschinenbauer vom 25. Oktober 2013 bis 1. April 2014 als vollumfänglich, vom 1. April 2014 bis 3. November 2014 zu 50% und vom 3. November 2014 bis 1. Juni 2015 zu 30%. Seit 1. Juni 2015 sei der Beschwerdeführer wieder vollumfänglich arbeitsunfähig. Ab Oktober 2015 könne mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu 30 % gerechnet werden (act. 47).

5.7 Es folgten weitere Abklärungen der kantonalen IV-Stelle bei den behandelnden Ärzten: Am 18. August 2015 berichtete der Pneumologe Prof. Dr. P. _____ über die Behandlung eines – die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht einschränkenden – obstruktiven Schlafapnoe Syndroms, das im Juni 2014 erstmals diagnostiziert worden sei (act. 48). Die Fachärztin für ORL-Krankheiten Dr. med. Q. _____ berichtete am

1. September 2015 über einen passageren Tinnitus bei Stressanstieg, der direkt mit der Erschöpfungsdepression gekoppelt sei (ICD-10: F 32.9, H 93.1). Der seit 19. Juni 2015 behandelnde Psychiater Dr. med. R. _____ diagnostizierte in seinen Berichten vom 5. und 7. Oktober 2015 eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F 43.24) bei Persönlichkeit mit narzisstischen und anankastischen Zügen (F 61). Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres zu 80 % krankheitshalber arbeitsunfähig geschrieben und befinde sich im Pensum von 20 % in einer vom RAV angeordneten Massnahme (act. 52). In seinem Bericht vom 4. März 2016 bestätigte Prof. Dr. R. _____ seine bisherigen Diagnosen. Es bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Zudem empfahl er berufliche Integrations-Massnahmen (act. 62).

5.8 Aufgrund dieser Ausgangslage empfahl der RAD am 22. Dezember 2015 eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung (act. 53). Nachdem der Beschwerdeführer hierzu die Mitwirkung verweigerte, trat die kantonale IV-Stelle mit Verfügung vom 21. März 2016 nicht auf sein Leistungsbegehren ein (act. 67). In der Zwischenzeit berichtete Dr. R. _____ am 4. März 2016, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrage derzeit 80 % (in einer angepassten Tätigkeit); berufliche Integrationsmassnahmen seien empfehlenswert und sinnvoll. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F 43.24) bei Persönlichkeit mit narzisstischen und anankastischen Zügen (ICD-10: F 61).

5.9 Im April 2016 zog der Beschwerdeführer zurück nach Österreich und liess sich wieder von seiner Hausärztin Dr. E. _____ behandeln (act. 84). Aus dem Arztbericht vom 16. Dezember 2016 von Psychiater Dr. med. S. _____ geht die Diagnose einer Anpassungsstörung, im Sinne einer längerdauernden depressiven Reaktion bei exogener Belastungssituation (F 43.21) hervor (act. 86). Eine (undatierte) Beurteilung durch den HNO-Arzt Dr. med. T. _____ ergab die Diagnosen eines chronisch komplexen gut kompensierten Tinnitus aureum, funktionelle Halsbeschwerden nach Art eines Globusgefühls sowie ein zurzeit unversorgtes Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (act. 86). Ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt in X. _____ musste gemäss Austrittsbericht vom 27. Juni 2017 nach sieben Tagen abgebrochen werden. Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt: Zustand nach Burnout (Z 73.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1), Migräne, incipiente COPD (act. 81). Im Rahmen des Rentenbegehrens des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2017 berichtete der Psychiater Dr. I. _____ am 6. Oktober 2017 über die Hauptdiagnose "Burn

Out" (ICD-10: Z 73). Aktuell lasse sich beim Beschwerdeführer keine "Invalidität" aus psychiatrischen Gründen attestieren. Die Beschwerden seien besserungsfähig (act. 82). In seinem Bericht vom 20. November 2017 bestätigte Dr. med. U. _____ diese Einschätzung nach einer Untersuchung vom 6. September 2017 (act. 80).

5.10 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des F. _____-Gutachtens vom 6. Februar 2019 (act. 124) stellten die begutachtenden Personen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben gemäss ihrer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen:

- aktuell untherapierte schwergradige obstruktive Schlafapnoe, Erstdiagnose Juni 2014 bei wenig respektive keinen OSA-typischen Beschwerden, Status nach gescheiterter CPAP-Therapie wegen Maskeninakzeptanz
- Chronische Bronchitis bei Status nach Hämoptysen 2013/2014, anhaltendem Zigarettenrauchen (ca. 60-70 packyears) und ausgeschlossener COPD
- Neurapraxie Nervus ulnaris rechts
- Adipositas Grad I mit/bei BMI 33.5 kg/m²
- Splenektomie 1986 mit unbekanntem Impfstatus
- Anpassungsstörung (reaktive Depression) 2013

Aus somatischer Sicht sei seit Juni 2014 eine schwergradige obstruktive Schlafapnoe (OSA) bekannt. Die bis 2016 durchgeführte CPAP-Therapie sei an einer Maskenintoleranz und Wirkungslosigkeit bei entsprechender Malcompliance gescheitert. Die vorgetragenen Beschwerden seien nicht OSA-typisch. Es fehle insbesondere eine Tagesschläfrigkeit, was die Wirkungslosigkeit der CPAP-Therapie erklären könnte. Auf der anderen Seite handle es sich um eine schwere Schlafapnoe, die bekanntermassen die kognitiven Leistungen kompromittiere und daher ein Benefit unter einer konsequenten CPAP-Therapie zu erwarten sei. Bei persistierendem Nikotinabusus von 20-40 Zigaretten täglich bestehe eine chronische Bronchitis. Für eine in den Akten mehrfach genannte COPD gebe es keine Evidenz. Neurologische bestehe eine Neurapraxie des Nervus ulnaris rechts. Dies erkläre die nächtlich auftretenden Sensibilitätsstörungen im Ringfinger und Kleinfinger rechts bei fehlenden sensomotorischen Ausfällen in der neurologischen Untersuchung. Hinweise für eine zerebrovaskuläre Erkrankung oder eine Migräne lägen nicht vor. Der neurologische Untersuchungsbe fund sei vollkommen unauffällig ausgefallen. Internistisch bestehe eine

Adipositas Grad I, welche zusammen mit dem persistierenden Nikotinabusus, der positiven Familienanamnese, dem erhöhten Bauchumfang und der Belastungshypertonie ein Risikofaktor für eine Herzerkrankung darstelle.

Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen (Hervorhebung der eigenen Leistungen als besonders, leichte Kränkbarkeit) festgestellt werden, ohne dass von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gesprochen werden könnte. Die psychogen wahrgenommenen Sensationen und Phänomene am Körper hätten keinen direkten Krankheitswert. Deren mannigfaltiges Auftreten in der vom Beschwerdeführer beschriebenen Form müsse ohnehin bezweifelt werden. Auf psychiatrischem Gebiet könne aktuell keine aktive psychiatrische Diagnose festgestellt werden. Diese Feststellung ergebe sich auch aus dem weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund. Die diagnostische Einschätzung des letzten Burnouts im psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2014 als weitgehend remittierte Anpassungsstörung erscheine nach der aktuellen Exploration nachvollziehbar.

Polydisziplinär beständen weder somatische noch psychiatrische Erkrankungen, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mindern würden. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig. Das Burnout 2013 könne retrospektiv als Anpassungsstörung gedeutet werden. Definitionsgemäss halte diese nicht sehr lange an, in der Regel bis zu sechs Monaten. Allerdings sei im Gutachten vom 1. März 2014 (act. 11; Dr. L. _____) von einer mittelgradigen depressiven Episode gesprochen worden. Im Gutachten vom 18. Dezember 2014 (act. 37; Dr. N. _____) sei aber die Depression (nicht näher spezifiziert) weitgehend remittiert gewesen. Es sei daher davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit spätestens Anfang 2015 aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt gewesen sei. Für die Zeit von Oktober 2013 bis maximal ein Jahr könne in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit zu 30% angenommen werden. Eine punktuelle Terminierung der Entwicklung des depressiven Syndroms sei aber retrospektiv nicht möglich.

5.11 Nach der Begutachtung durch die F. _____ reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der behandelnden Psychiaterin sowie ein vom Landesgericht V. _____ eingeholtes Gutachten ein:

5.11.1 Im Bericht vom 26. November 2018 diagnostizierte Dr. G. _____ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F 61), narzisstische und anankastische Anteile, ein Erschöpfungssyndrom (Z 73.0) und rezidivierende depressive Episoden (F 33). Es zeige sich eine jahrelange Entwicklung mit Chronifizierungstendenz. Eine Besserungstendenz sei bis anhin leider nicht eingetreten und der berufliche Wiedereinstieg sei nicht möglich (act. 149).

5.11.2 Der Psychiater und Neurologe Dr. H. _____ berichtete im Gutachten vom 28. September 2018 zuhanden des Landesgerichts V. _____ über die Diagnosen einer leichtgradig ausgeprägten Depression sowie einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Anteilen. Auf neurologischen Gebiet lasse sich keine Krankheit oder Funktionsstörung feststellen. Der Beschwerdeführer könne seit dem 1. August 2018 keine Tätigkeiten mehr verrichten. Die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Eine medikamentöse antidepressive Therapie sei seit langer Zeit indiziert und auch absolut zumutbar. Er gehe davon aus, dass auch bei Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten eine wesentliche Besserung des Leistungskalküls nicht vor Jahresfrist eintrete (act. 150).

5.11.3 Der RAD wies in seiner Beurteilung vom 26. September 2019 darauf hin, dass der psychiatrische Gutachter diese beiden Dokumente im F. _____-Gutachten berücksichtigt und diskutiert habe (act. 152).

5.12 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer die folgenden Arztberichte ein:

5.12.1 Dr. G. _____ berichtete am 24. September 2019 bei gleichbleibenden Diagnosen (vgl. dazu oben E. 5.11.1) und schlechter Prognose, die Gesamtsituation sei weitgehend unverändert und von Seiten der depressiven Symptomatik leichtgradig gebessert (BVGer-act. 1, Beilage 2).

5.12.2 Im Bericht vom 11. Mai 2021 ergänzte Dr. G. _____, dass es beim Beschwerdeführer mit Medikation zu einer leichtgradigen Entspannung der Affektschwankungen gekommen sei. Das Zustandsbild habe sich nach wie vor nur unzureichend stabilisiert. Eine berufliche Wiedereingliederung sei völlig unrealistisch und aufgrund der Massivität des Störungsbilds auch langfristig nicht zu erwarten (BVGer-act. 22).

5.12.3 Im ärztlichen Bericht vom 26. Juli 2021 hielt Dr. G. _____ an ihren bisherigen Einschätzungen fest, wonach keine Arbeitsfähigkeit bestehe

und eine berufliche Wiedereingliederung nach wie vor unrealistisch sei. Auch diagnostisch habe sich die Situation nicht verändert (BVGer-act. 29).

5.13 Die österreichische PVA übermittelte der Vorinstanz am 25. November 2019 folgende Berichte:

5.13.1 Der Arztbericht vom 1. Oktober 2019, worin Dr. I. _____ die Diagnose einer somatoformen Funktionsstörung (ICD-10: F 45.3) und als Nebendiagnose eine gemischte Angststörung (ICD-10: F 41.0) festhielt. Eine Besserung des Gesundheitszustands sei in einem Zeitraum von 18 Monaten möglich. Geregelt Tätigkeiten seien nicht zumutbar (BVGer-act. 6).

5.13.2 Der Arztbericht von Dr. J. _____ vom 31. Oktober 2019 nimmt die Diagnose einer somatoformen Funktionsstörung (ICD-10: F 45.3) auf und stellt fest, dass der Beschwerdeführer keine Arbeit regelmässig verrichten könne. Zuletzt sei eher eine Verschlechterung mit suizidalen Gedanken zu beobachten. Allerdings sei keine Änderung zum vorherigen Bericht von Dr. I. _____ (vgl. oben E. 5.13.1) vorhanden (BVGer-act. 6).

5.14 In der Beurteilung vom 28. Mai 2021 verneint der RAD aufgrund der eingegangenen neuen Berichte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine stichhaltige und nachvollziehbare Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers beziehungsweise eine grundsätzlich anders einzuschätzende gesundheitliche Situation auf psychiatrischem Gebiet (BVGer-act. 24).

6.

6.1 In der angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2019 stellt die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre F. _____-Gutachten vom 6. Februar 2019 ab. Gestützt darauf kommt sie im Wesentlichen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Projektleiter nicht während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sei, so dass keine anspruchsbegründende Invalidität vorliege. In ihrer Vernehmlassung bekräftigt die Vorinstanz ihren Standpunkt gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachterpersonen im F. _____-Gutachten, dass weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht funktionelle Auswirkungen der Befunde bestehen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu mindern vermögen. Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine akzentuierte Per-

sönlichkeit mit narzisstischen Anteilen festgestellt werden, jedoch kein aktiver psychopathologischer Befund, welcher spätestens ab Anfang 2015 keinen Krankheitswert aufweise. Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 6. Februar 2019 beziehe sämtliche Vorakten mit ein, enthalte eine einlässliche Anamneseerhebung der jeweiligen Fachärzte und entspreche gänzlich den bundesgerichtlich geforderten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Es erlaube ein schlüssiges und zweifelsfreies Bild der vorliegenden Leiden und könne Aussagen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit treffen. Zusammenfassend stehe nach durchgeführter Begutachtung der Experten sowie anschliessender invalidenärztlicher Diskussion fest, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht nie eine Arbeitsunfähigkeit erlitten habe und aus psychiatrischer Betrachtung ab dem 25. Oktober 2013 zu 30 % eingeschränkt beziehungsweise ab 1. Februar 2015 gänzlich arbeitsfähig gewesen sei. Abschliessend weist die Vorinstanz darauf hin, dass der beschwerdeweise neu beigefügte ärztliche Bericht vom 24. September 2019 (Dr. G. _____; BVGer-act. 1, Beilage 2) aufgrund gleichbleibender Befunde keinen veränderten Sachverhalt zu begründen vermöge. Auch in ihrer Replik vom 7. Juni 2021 hält die Vorinstanz mit Bezug auf die neu eingebrachten medizinischen Berichte nach Rücksprache mit dem RAD fest, dass keine neuen medizinischen Sachverhaltselemente vorlägen, welche die bisherigen Einschätzungen zur gesundheitlichen Situation zu ändern vermögen.

6.2 In seiner Beschwerdeeingabe macht der Beschwerdeführer insbesondere geltend, aufgrund einer beigefügten Gesamtbeurteilung von Dr. G. _____ liege bei ihm eine massiv reduzierte Belastbarkeit, eine Affektlabilität und eine beträchtliche Rückzugstendenz vor. Er habe ein schwankendes kognitives Zustandsbild, es zeigten sich Ein- und Durchschlafstörungen und die Tage seien durchgehend gekennzeichnet von Erschöpfungssymptomen. Man müsse kein Mediziner sein um zu erkennen, dass diese Feststellungen sich massiv auf die Erwerbsfähigkeit auswirkten. Er könne sich die Diskrepanz zwischen den medizinischen Feststellungen von Dr. G. _____ und den medizinischen Kollegen in der Schweiz nicht erklären. Er ersuche um eine neuerliche Untersuchung. Implizit bringt der Beschwerdeführer vor, die Erstellung eines neuen Gutachtens sei auch angesichts des Zeitablaufs seit der letzten Begutachtung im Jahr 2018 erforderlich. Mit einer neuen Stellungnahme von Dr. G. _____ hält der Beschwerdeführer der Vernehmlassung der Vorinstanz entgegen, aufgrund seiner psychischen Situation sei ihm eine Arbeitsaufnahme und die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht mehr möglich. Zur Duplik der Vorinstanz erwidert der Beschwerdeführer erneut und unter Beilage einer

ärztlichen Stellungnahme von Dr. G._____, ihm sei eine Arbeitsaufnahme aufgrund seiner psychischen Situation nicht mehr möglich.

7.

Es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz nach Eingang der IV-Anmeldung von 3. Juli 2017 den rechtserheblichen Sachverhalt genügend abgeklärt und zu Recht eine anspruchsbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verneint hat, wobei vorliegend ein Rentenanspruch frühestmöglich ab dem 1. Januar 2018 entstehen konnte, sofern die Voraussetzungen nach Art. 28 Abs. 1 IVG erfüllt sind.

7.1 In somatischer Hinsicht wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der F._____-Begutachtung internistisch, neurologisch und pneumologisch abgeklärt.

7.1.1 Im internistischen F._____-Gutachten hielt Dr. med. W._____ zusammenfassend fest, aus rein internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit weder aktuell noch in der Vergangenheit längerfristig eingeschränkt. Der Beschwerdeführer leide an einer zunehmenden Adipositas sowie hohem Nikotinabusus. Zudem seien die kardialen Risikofaktoren erhöht (positive Familienanamnese, fortgesetzter Nikotinabusus, erhöhter Bauchumfang, eine Belastungshypertonie). Die allgemein-internistischen Berichte von Dr. O._____ und Dr. E._____ hätten in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch die pneumologischen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen berücksichtigt, was die Diskrepanz der Beurteilung erkläre. Die Einschränkungen des Aktivitätenniveaus seien nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen bestehend (Tätigkeit als Hausmann versus Eigeneinschätzung der kompletten Arbeitsunfähigkeit). Auch werde sowohl auf eine CPAP-Therapie wie auf eine Psychopharmakotherapie trotz entsprechender Symptomatik verzichtet (Leidensdruck?). Die geklagten Symptome und Funktionseinbußen seien weder konsistent und plausibel, noch mit den Untersuchungsergebnissen valide oder nachvollziehbar. Ressourcen seien in der guten Ausbildung des Beschwerdeführers zu sehen, sowie in der aktuellen Partnerschaft. Die Belastungen seien in erster Linie finanzieller Natur.

7.1.2 Im neurologischen F._____-Gutachten stellte Dr. med. X._____ als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit eine Neurapraxie des Nervus ulnaris rechts (Neuropraxie: Eine Form der Nervenläsion ohne Verletzung der Hüllstrukturen oder der Kontinuität der

Nerven, zum Beispiel durch Quetschung oder Dehnung, dadurch passagere Funktionsstörung). Die vom Beschwerdeführer beschriebene Kopfschmerzsymptomatik erfülle nicht die Kriterien eines definierten spezifischen neurologischen Kopfschmerz-Typus. Die in den Aktenunterlagen auftauchende Diagnose Migräne könne daher nicht bestätigt werden, die beschriebene Phänomenologie passe überhaupt nicht zu dieser Diagnose. Der neurologische Untersuchungsbefund sei insgesamt unauffällig ausgefallen. Auch die vom Beschwerdeführer angegebene Asymmetrie der Gesichtshälften lasse sich nicht objektivieren. Zusammenfassend liege keine neurologische Diagnose vor, die die Arbeitsfähigkeit einschränke. In gesundheitlicher Hinsicht scheine die psychische Komponente im Vordergrund zu stehen. Unter Berücksichtigung der aktenanamnestischen Angaben erscheine es unwahrscheinlich, dass die Sensibilitätsstörung der linken Gesichtshälfte im Jahr 2013 eine Transitorische Ischämische Attacke (TIA) gewesen sei, zumal im weiteren Verlauf der letzten Jahre zu einer TIA passende Symptome nicht mehr beschrieben worden seien. Dass die linke Gesichtshälfte auch eine Asymmetrie gegenüber rechts gezeigt haben solle, lasse sich aktuell nicht bestätigen. Eine neurologische Diagnose dürfte nie vorgelegen haben und eine spezifisch neurologische Behandlung finde daher nicht statt. In einem internistischen Bericht vom 2. Januar 2014 sei die Sensibilitätsstörung als Migraine accompagnée bezeichnet und differentialdiagnostisch eine TIA überlegt worden. Die Beschreibung der Kopfschmerzsymptomatik des Beschwerdeführers wäre mit einer Migräneattacke überhaupt nicht vereinbar. Im Entlassungsbericht Y. _____ vom 27. Juni 2017 und in einem ärztlichen Formularbericht an die Pensionsversicherungsanstalt vom 20. November 2017 sei diese Diagnose lediglich noch einmal erwähnt worden. Sie könne jedenfalls nicht bestätigt werden. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Sensibilitätsstörungen in der linken Gesichtshälfte seien eindeutig stressassoziiert, somit psychogen zu interpretieren. Aus neurologischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit bestanden.

7.1.3 Der Pneumologe Z. _____ holte für die Erstellung des pneumologischen F. _____-Gutachtens (act. 125) zusätzliche Aktenstücke, insbesondere diverse schlafmedizinische und pneumologische Berichte aus dem Kantonsspital B. _____ (vgl. dazu act. 126-137) ein, um sich ein genaueres Bild über die von ihm schliesslich diagnostizierte schwergradige obstruktive Schlafapnoe (OSA) sowie die chronische Bronchitis zu machen. Dabei erachtet er den grössten Teil der Beschwerden als nicht respiratorischer Natur und die beklagten Beschwerden als nicht OSA-

typisch. Es fehle insbesondere eine mit den Tagesaktivitäten interferierende Schläfrigkeit und damit bestehe eine Diskrepanz zwischen den Befunden und der Befindlichkeit. Obwohl der pneumologische Gutachter bei den diffus geäusserten Beschwerden nicht sagen konnte, welche durch die OSA mitverursacht seien und ob sie ein therapeutisches Potential besässen, empfahl er gleichwohl eine CPAP Therapie. Die vorgetragene kognitiven Defizite des Beschwerdeführers könnten dadurch nur verbessert werden und die CPAP-Therapie sei ihm zumutbar. Aus pneumologischer Sicht bestehe kein Ressourcen-Defizit. Ob mit oder ohne CPAP-Therapie sei der Beschwerdeführer sowohl angestammt als auch adaptiert zu 100% arbeitsfähig. Es sei denkbar, dass die unbehandelte schwergradige OSA bereits bei Ausbruch des Burnouts Oktober 2013 eine teilkasale Rolle gespielt habe. Eine Malcompliance während des ersten Therapieversuches bis 2016 lasse aber auf einen fehlenden Leidensdruck schliessen. Ein Grossteil der Beschwerden dürften selbst bei bestens etablierter OSA-Behandlung persistieren.

7.1.4 Die Feststellungen der F. _____-Gutachter decken sich mit den bisher dokumentierten Arztberichten hinsichtlich der körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers. So stellte bereits die Hausärztin Dr. E. _____ im Bericht vom 2. Januar 2014 mit Hinweis auf eine Vorstellung beim Neurologen Dr. med. AA. _____ fest, dass im Juli 2013 vom Beschwerdeführer beschriebene Kribbeln der linken Gesichtshälfte gründe auf einer psychogenen Überlagerung (act. 16). Der Pneumologe Dr. P. _____ wies im Bericht vom 18. August 2015 darauf hin, dass das im Juni 2014 diagnostizierte obstruktive Schlafapnoe Syndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe (act. 48). Gemäss Arztbericht vom 1. September 2015 der ORL-Fachärztin Dr. Q. _____ war der passagere Tinnitus direkt mit der Erschöpfungsdepression gekoppelt (act. 62). Dementsprechend erfolgte auch die Empfehlung des RAD zu einer monodisziplinären psychiatrischen Begutachtung (die schliesslich nicht stattfand; vgl. dazu oben E. 5.8). Auch aus einer undatierten Beurteilung von HNO-Arzt Dr. T. _____ – wonach der Tinnitus gut kompensiert sei und sich für die beklagte Missempfindung im Hals im Röntgenbild kein Anhalt finde – ergeben sich keine Hinweise auf Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein somatischen Gründen (act. 86).

Übereinstimmend mit dieser Vorgeschichte und unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sahen die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des F. _____-Gutachtens in

überzeugender Weise die Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit des Beschwerdeführers aus rein somatischen Gründen als nicht eingeschränkt an (vgl. act. 124 f.). Diese Einschätzung ist unbestritten und überzeugt aufgrund der dargelegten medizinischen Aktenlage.

7.2 Die dem Beschwerdeführer in der Vergangenheit attestierten Arbeitsunfähigkeiten beruhen vielmehr auf psychisch bedingten Einschränkungen. Dementsprechend begründet der Beschwerdeführer seine Rechtsmitteleingabe wie auch seine weiteren, mit psychiatrischen Arztberichten versehenen Eingaben ausschliesslich mit seiner psychischen Situation, welche ihm aus subjektiver Sicht keine Arbeitsaufnahme erlaube.

7.2.1 Wie bereits erwähnt, hält auch der F. _____-Gutachter, Neurologe und Psychiater Dr. X. _____ fest, dass die psychische Komponente in gesundheitlicher Hinsicht im Vordergrund zu stehen scheine. Der Beschwerdeführer halte bis zum Untersuchungszeitpunkt an der Diagnose eines "Burnout" fest. Er klage über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Tinnitus, Kribbeln der linken Gesichtshälfte bis zur Taubheit, Taubheit der Zunge mit Auswirkungen auf das Sprechen, Herzstolpern, Herzrasen, Schwindelgefühl, Durchfall und Verstopfung, Druck auf der Brust, Ziehen des linken Oberarms, Ziehen des linken Arms bis in die Fingerspitzen und Ziehen der linken Körperhälfte. Tinnitus, Schweissausbruch, Herzrasen und Suizidgedanken habe der Beschwerdeführer nach seinen Angaben bereits nach der ersten Einnahme von Psychopharmaka entwickelt und diese Symptome seien immer wieder aufgetreten. Seine jetzigen Leiden würden gemäss den Angaben des Beschwerdeführers unter Stress, also bei Menschenansammlungen und lauten Stimmen, ausgelöst. Seine Strategie im Umgang mit den Beschwerden sei sozialer Rückzug und Erholung von zwei bis drei Wochen. Wenn ein Rückzug in solchen Situationen nicht möglich sei, werde er aggressiv. Es sei, so der Beschwerdeführer, keine organische Ursache gefunden worden und er akzeptiere den Zusammenhang zu seiner Psyche.

7.2.2 In psychiatrischer-diagnostischer Hinsicht kommt Dr. X. _____ im F. _____-Gutachten nach durchgeführter Untersuchung zum Ergebnis, es könne nicht einmal auf eine leichte Depression geschlossen werden, wenn man die Kriterien für eine depressive Störung gemäss ICD zugrunde lege. Zur Begründung legt er dar, dass der Affekt, das Denken und der Antrieb nicht in einer typischen dynamischen Weise reduziert seien, um eine solche Diagnose stellen zu können. Die Emotionalität sei sehr gut spürbar,

es bestehe kein Blockiertsein. Insofern könne auch die Diagnose Burnout nicht (mehr) vorliegen, zumal ein spezifischer Bezug zur Arbeitssituation nicht gegeben wäre. Der Beschwerdeführer beschreibe durchaus mögliche stress-assoziierte psychophysische Aktivierungsprozesse, die sehr mannigfaltig seien. Sie könnten allerdings nicht objektiviert werden. Sie erinnerten deskriptiv an somatoforme Symptome, liessen sich allerdings in der vom Beschwerdeführer geschilderten Form nicht unter einem spezifischen Syndrom subsumieren. Deshalb sei auch die Krankheitswertigkeit dieser mannigfaltigen Symptome in Frage zu stellen. Es bleibe lediglich die Feststellung, dass narzisstische Persönlichkeitszüge vorliegen (Hervorhebung der eigenen Leistungen als besonders, leichte Kränkbarkeit), ohne dass von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gesprochen werden könnte. Denn mit einer solchen Persönlichkeitsstörung (die definitionsgemäss schon seit dem frühen Erwachsenenalter vorliegen müsste) hätte er nicht viele Jahre arbeiten können und wäre er auch nicht in der Lage gewesen, die aktuelle Beziehung über acht Jahre zu führen. Ein Suchtleiden liege nicht vor. Zusammenfassend lägen keine Symptome, Beeinträchtigungen, Defizite oder Phänomene mit Krankheitswert auf psychiatrischem Gebiet vor. Eine konkrete psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne daher nicht benannt werden. Die vom psychiatrischen F._____ -Gutachter diagnostizierte Anpassungsstörung (reaktive Depression) habe 2013 bestanden und sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da sie aktuell nicht mehr vorliege. Wiederholt eingeleitete medikamentöse antidepressive Behandlungen habe der Beschwerdeführer nicht fortgesetzt mit der Begründung, diese nicht zu vertragen, was auffällig sei. Diesbezüglich bestehe eine mangelhafte Compliance, wobei er die regelmässigen Termine bei der Psychiaterin wahrzunehmen scheine. Dass der Beschwerdeführer jeglichen Benefit von laufenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen verneine, untermauere, dass es sich nicht um krankheitswertige Phänomene handle, sondern allenfalls um normal-psychologische Reaktionen oder psychogene Prozesse, die insofern keiner Psychotherapie bedürften. Eingliederungspotential wäre gegeben und insofern sei der Beschwerdeführer nicht psychisch instabil.

7.2.3 Dr. med. AB._____, Facharzt für Allgemeine Medizin vom medizinischen Dienst der IVSTA, stellte sich zum F._____ -Gutachten vom 6. Februar 2019 aus somatischer Sicht auf den Standpunkt, dass aufgrund des unbehandelten Schlafapnoe-Syndroms eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit möglich sei. Einerseits liege Malcompliance vor und der Beschwerdeführer vertrage die Maske nicht. Andererseits schlafe der Beschwerdeführer mit seiner Partnerin auf der "Couch", was sich ebenfalls

negativ auf seine Schlafqualität auswirke. Obwohl der Beschwerdeführer einer Schadenminderungspflicht unterliege, stelle sich die Frage, ob eine psychische Gesundheitseinschränkung für seine Malcompliance verantwortlich sein könnte. Dr. AB._____ bat daher um interne Stellungnahme eines Psychiaters zur gemäss dem F._____ -Gutachter fehlenden psychischen Gesundheitseinschränkung angesichts der seit 2013 bestehenden Diagnosen. Zudem solle sich dieser ebenfalls zu im polydisziplinären F._____ -Gutachten geäusserten Inkonsistenzen und Diskrepanzen äussern (Stellungnahme vom 8. Juli 2019 [act. 145]).

7.2.4 Daraufhin nahm Psychiater Dr. med. AC._____ vom medizinischen Dienst der IVSTA am 17. Juli 2019 zu diesen Fragen folgendermassen Stellung (act. 146): Das psychiatrische Gutachten von Dr. X._____ halte überzeugend fest, dass keine Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers vorliege. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden liessen keine medizinisch erklärbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu. Das "Burn-Out" werde als Anpassungsstörung diagnostiziert und im psychiatrischen Gutachten würden zudem narzisstische Persönlichkeitszüge festgestellt. Auf der anderen Seite habe der Beschwerdeführer gute Ressourcen (insbesondere in den komplexen Ich-Funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktverhalten, Interaktionskompetenz, Regressionsfähigkeit und Intentionalität), durch die er Einschränkungen überwinden könne. Funktionelle Einschränkungen seien durch alle Gutachterpersonen verneint worden. Inkonsistenzen fänden sich zwischen der vom Beschwerdeführer geltend gemachten vollumfänglichen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit gegenüber seinen Ressourcen im alltäglichen Leben. Zudem hinterfragten die begutachtenden Personen den Leidensdruck des Beschwerdeführers, zumal er Behandlungen und Psychotherapien nicht (wirklich) beanspruche. Die Gutachter gingen von einer Arbeitsunfähigkeit zu 30 % ab Oktober 2013 für die Dauer von maximal einem Jahr aus. Spätestens Anfang 2015 sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt und vollumfänglich in allen Aktivitäten wiederhergestellt gewesen. Eine Psychotherapie sei angesichts der Schadenminderungspflicht des Beschwerdeführers ebenso wie eine Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms zumutbar.

7.2.5 Diese Beurteilung des Psychiaters Dr. AC._____ erscheint nicht zuletzt auch angesichts dessen, dass der psychiatrische F._____ -Gutachter nach gründlicher Untersuchung des Beschwerdeführers einen weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund erhoben hat (vgl. act. 124 S. 59 ff.), nachvollziehbar und schlüssig und stimmt in den

Schlussfolgerungen mit der gutachterlichen Einschätzung überein. Hinweise auf eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bestehen nicht (vgl. u.a. auch: act. 125 S. 13 f.). Dr. X._____ setzte sich mit Blick auf die geklagten Beschwerden insbesondere auch eingehend mit den medizinischen Vorakten und den darin gestellten Diagnosen vertieft auseinander. So hielt er einlässlich und nachvollziehbar fest: Die diagnostische Einschätzung des letzten "Burnout" im psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2014 (Arztbericht Dr. N._____: act. 37) als weitgehend remittierte Anpassungsstörung erscheine nach der aktuellen Exploration nachvollziehbar. Eine generalisierte Angststörung lasse sich aber aktuell nicht feststellen und sei dazumal ebenfalls als weitgehend remittiert bezeichnet worden. In einem psychiatrischen Bericht vom 22. Juli 2015 (Abschlussbericht Dr. M._____; act. 47) sei der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung geäußert worden. Aufgrund der obigen Überlegungen favorisiere der psychiatrische F._____-Gutachter narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitszüge als Beschreibung. Im Übrigen sei die Behandlung damals abgebrochen worden. Auch eine andere Praxismgemeinschaft sei in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2015 (Arztbericht Prof. Dr. R._____; act. 52) zu der Einschätzung einer Persönlichkeit mit narzisstischen und anankastischen Zügen gekommen, wobei bei der Codierung doch eine Persönlichkeitsstörung zugrunde gelegt worden sei. Das sei widersprüchlich. Obwohl der Bericht der gleichen Praxismgemeinschaft vom 4. März 2016 (act. 62), wonach der Beschwerdeführer beruflicher Massnahmen bedürfe, bestätigt werden könne, erscheine die seinerzeitige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als 80% nicht nachvollziehbar, denn die Anpassungsstörung habe 2016 nicht mehr vorliegen können (kein akutes belastendes Ereignis in zeitlicher Nähe bekannt). Es erscheine nicht nachvollziehbar, dass der Y._____ in seinem Entlassungsbericht vom 27. Juni 2017 (act. 81) die oben beschriebenen psychogenen Sensationen des Beschwerdeführers als undifferenzierte Somatisierungsstörung klassifiziert habe, da diese Phänomene nicht anhaltend (gewesen) seien. Ein Wechsel der verschiedenen Organsysteme finde auch nicht statt. In einem psychiatrischen Gutachten vom 6. Oktober 2017 (Dr. I._____; act. 82) sei gegenüber der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt zwar die Diagnose "Burnout" zugrunde gelegt, eine Invalidität jedoch verneint worden. Dies könne auch nach der aktuellen Exploration bestätigt werden. Unverstanden blieben die Einschätzungen im letzten psychiatrischen Gutachten vom 28. September 2018 (Dr. H._____; act. 150): Einerseits sei von einer leichten Depression gesprochen worden, andererseits sei der Beschwerdeführer aber praktisch als vollständig und dauerhaft arbeitsunfähig eingeschätzt worden. Zu einer gleichen Einschätzung komme auch die behandelnde Psychiaterin in ihrem

Bericht vom 26. November 2018 (act. 149), wobei sie ihre Einschätzung nicht begründe. Sie komme gar zum Schluss, dass ein beruflicher Wiedereinstieg nicht mehr möglich sein werde, wobei sie kurz zuvor eine antidepressive Medikation eingeleitet haben wolle. Die einzelnen dort aufgeführten Diagnosen würden nicht ausreichend begründet und diskutiert, die allfälligen funktionellen Einschränkungen blieben unerwähnt.

Dasselbe lässt sich hinsichtlich der von Dr. I. _____ zu einem späteren Zeitpunkt gestellten und von Dr. J. _____ übernommenen Diagnose einer somatoformen Funktionsstörung sagen (vgl. BVGer-act. 6): Es fehlt bereits eine Begründung dafür, weshalb Dr. I. _____ von seiner am 6. Oktober 2017 gestellten Hauptdiagnose (act. 82) abweichend rund zwei Jahre später hauptsächlich eine somatoforme Funktionsstörung und als Nebendiagnose eine gemischte Angststörung diagnostiziert. Demgegenüber hat der psychiatrische F. _____-Gutachter glaubhaft dargelegt, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen mannigfaltigen psychophysischen Symptome, welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers stress-assoziiert auftreten würden, sich nicht unter ein spezifisches Syndrom subsumieren lassen.

Zusammenfassend erscheint die Diagnose von narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitszügen nachvollziehbar.

7.2.6 Die im Einwand- und Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin Dr. G. _____ (vgl. dazu act. 149, BVGer-act. 1, Beilage 2, BVGer-act. 22 und BVGer-act. 29) vermögen die Einschätzungen des psychiatrischen F. _____-Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen. Sie enthalten weder neue Befunde noch andere Aspekte, die bei Erstellung des F. _____-Gutachtens noch nicht bekannt gewesen waren. Vielmehr bestätigen sie die bereits im Bericht vom 26. November 2018 von Dr. G. _____ geäusserten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen, mit denen sich der psychiatrische F. _____-Gutachter bereits eingehend auseinandergesetzt hat. Insbesondere lassen die Stellungnahmen von Dr. G. _____ eine vertiefte Begründung, weshalb sie – entgegen dem psychiatrischen F. _____-Gutachten – an den Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Anteilen, rezidivierenden depressiven Episoden sowie Zustand nach Erschöpfungssyndrom festhält und gestützt darauf weiterhin auf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers schliesst (zuletzt mit Stellungnahme vom 26. Juli 2021 [BVGer-act. 29]), vermissen.

Ebenso setzte sich der psychiatrische F. _____-Gutachter bereits kritisch mit dem Gutachten von Dr. H. _____ vom 28. September 2018 auseinander und kam nachvollziehbar zum Schluss, dass angesichts der von Dr. H. _____ gestellten Diagnose einer leichten Depression dessen Einschätzung einer vollständigen und dauerhaften Arbeitsunfähigkeit unverständlich erscheint. Es fällt auf, dass Dr. H. _____ trotz weitgehend unauffällig erhobenen objektiven Untersuchungsbefunden – im Psychostatus fiel im Wesentlichen einzig auf, dass der Explorant im Auftreten subdepressiv erscheine und sich Hinweise für narzisstische Persönlichkeitszüge zeigten, während etwa Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis unauffällig waren und auch keine Angstsymptomatik vorlag – in seiner Befundbeurteilung und Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit offenbar unkritisch der subjektiven Sichtweise und Einschätzung des Probanden, schwerwiegend psychisch krank zu sein (vgl. dazu etwa das Ergebnis im durchgeführten Test der Beck'schen Depressionskala, welcher auf rein subjektiven Angaben des Probanden beruht, vgl. act. 150 S. 7) und daher überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, folgte, ohne diese Beurteilung und Schlussfolgerung – insbesondere auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung – nachvollziehbar zu begründen. Dies gilt umso mehr, als Dr. H. _____ selbst nur Hinweise für narzisstische Persönlichkeitszüge objektiviert. Teilweise ist die Befunderhebung auch widersprüchlich (zum Beispiel betreffend Hinweisen für sozialen Rückzug). Ohnehin enthält das Gutachten von Dr. H. _____ keinerlei Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten, weshalb es von vornherein als Grundlage für eine fundierte Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausser Betracht fällt.

7.2.7 Zudem hat der psychiatrische F. _____-Gutachter auch die massgebenden Standardindikatoren in seine Beurteilung mit einbezogen (vgl. dazu oben E. 4.7).

Im Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) wie auch im Rahmen der Kategorie «Funktioneller Schweregrad» im Komplex «Gesundheitsschädigung» beim Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» waren im Rahmen der Untersuchung einzig narzisstische Persönlichkeitszüge festzustellen, die sich durch die Hervorhebung der eigenen Leistungen als besonders sowie durch leichte Kränkbarkeit äussern. Wie bereits oben festgestellt, profitiert der Beschwerdeführer demgegenüber von vielen persönlichen Ressourcen. So stellte der medizinische Dienst der IVSTA übereinstimmend mit

dem psychiatrischen F._____-Gutachter gute Ressourcen des Beschwerdeführers insbesondere in den komplexen Ich-Funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktverhalten, Interaktionskompetenz, Regressionsfähigkeit und Intentionalität fest. Seine gute Ausbildung bildet ebenfalls eine Ressource, wie die internistische F._____-Gutachterin festgehalten hat. Der Beschwerdeführer ist in der Selbstwertregulation zwar beeinträchtigt, aber durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. In Anlehnung an das Mini-ICF-APP stellten die F._____-Gutachterpersonen fest, dass beim Beschwerdeführer keine Beeinträchtigungen vorlägen, die ihn daran hindern würden, eine seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angemessene Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten.

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» wurde eine ungünstige Prognose gestellt, da der Beschwerdeführer neben einer ungenügenden Behandlungs-Compliance absolut determiniert ist in der Annahme, keine Arbeitsfähigkeit mehr aufzuweisen. Die F._____-Gutachterpersonen und der medizinische Dienst der IVSTA weisen jedoch nachvollziehbar darauf hin, dass diese subjektive Haltung und Sichtweise des Beschwerdeführers nicht Ausdruck einer krankheitswerten Störung ist (vgl. act. 124 S. 8 und act. 152 S. 2 f.).

Beim Indikator «Komorbiditäten» ist ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom zu berücksichtigen, das im Juni 2014 erstmals diagnostiziert worden war. Den F._____-Gutachterpersonen zufolge kompromittiert eine schwergradige OSA die kognitiven Leistungen, wobei beim Beschwerdeführer OSA-typische Beschwerden nicht vorhanden seien. Da sich eine OSA (ICD-10: G47.31) durch die Leitsymptome exzessive Tagesschläfrigkeit, lautes und unregelmässiges Schnarchen und Atemstillstände während des Schlafens auszeichnet, erscheint es schlüssig, dass die F._____-Gutachterpersonen diese Diagnose bei fehlender mit den Tagesaktivitäten interferierender Tagesschläfrigkeit kritisch insbesondere auch betreffend die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit prüften, umso mehr, als die geäusserten Beschwerden als nicht OSA-typisch beurteilt wurden (vgl. dazu etwa C. Hader et al., Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom – Diagnostik, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004; 129; 566-569). Insofern sahen sie die OSA unabhängig davon, ob eine CPAP-Therapie erfolgt oder nicht, nicht als Grund für eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, was insbesondere angesichts

der fehlenden Tagesschläfrigkeit auch im vom Beschwerdeführer beschriebenen Tagesablauf und der Ergebnisse zusätzlich durchgeführter Untersuchungen einleuchtet (vgl. act. 124 S. 59, act. 125 S. 7). Insgesamt erscheint damit auch die Einschätzung, dass selbst wenn sich der Gesundheitszustand (unabhängig von der Arbeitsfähigkeit) hinsichtlich Schlafqualität und/oder –quantität verbessern liesse, eine Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms zumutbar beziehungsweise eine Malcompliance nicht mit psychischen Gründen erklärbar sei, begründet und nachvollziehbar (vgl. oben E. 7.2.3).

Hinsichtlich der Kategorie «Sozialer Kontext» bestehen beim Beschwerdeführer nebst seiner seit Jahren andauernden Beziehung zur Partnerin auch der Umgang mit dem im selben Haushalt lebenden Stiefsohn sowie der regelmässige Kontakt zu seinen beiden erwachsenen Kindern und zwei Kollegen als interpersonelle Ressourcen. Damit ist die gutachterliche Einschätzung eines intakten unmittelbaren sozialen Umfelds plausibel. Ein Rückzug aus sozialen Bereichen liegt damit höchstens teilweise vor.

Zur Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) gehört einerseits die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits der Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck. Zu Ersterem ist festzuhalten, dass durch die vorgetragene psychischen Beschwerden keine gleichmässige Einschränkung besteht. Insbesondere bestehen Diskrepanzen zwischen den Bereichen Haushalt, Freizeitgestaltung, Benutzung von Verkehrsmitteln und Führungs- und Kontrollfunktionen. Die F._____ -Gutachterpersonen wiesen weiter auf Inkonsistenzen im Längsschnitt-Verlauf hin. So habe der Beschwerdeführer 2016 den Umzug von der Schweiz nach Österreich bewältigen können. 2014 habe er einen neuntägigen Kurs besucht, 2015 an einer RAV-Massnahme teilgenommen. 2016 habe er ein Fitnesscenter besucht. Er betreue täglich den Sohn seiner Freundin, könne Einkäufe erledigen, gehe spazieren, treffe seine Freunde draussen, übernachtete in einem Hotel, verbringe Ferien in einem anderen Land (während der Ferienzeit), nehme die verordneten Medikamente nicht ein und meine, von der regelmässig besuchten Psychotherapie nicht zu profitieren. Zum zweiten Punkt ist zu erwähnen, dass eine Diskrepanz zwischen den Befunden entsprechend einer schwergradigen OSA und der Befindlichkeit des Beschwerdeführers besteht. Die Medikamentencompliance ist nicht gegeben und auch die OSA blieb, von vorübergehenden

den CPAP-Behandlungen abgesehen, unbehandelt, was den Leidensdruck hinsichtlich der geltend gemachten psychischen Beschwerden und der von ihm vorgetragene Schlafstörungen relativiert.

Nach dem Gesagten umfasste die polydisziplinäre Beurteilung der F. _____-Gutachterpersonen somit das gesamte Leistungsprofil des Beschwerdeführers mit sowohl negativen als auch positiven Aspekten. Die attestierte vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten berücksichtigt angesichts der gering ausgeprägten objektiven Befunde alle vorhandenen Belastungen, aber auch die guten Ressourcen des Beschwerdeführers. Die F. _____-Gutachterpersonen sind somit bei der Beantwortung der Frage, wie sie das Leistungsvermögen einschätzen, den einschlägigen Indikatoren gefolgt. Ihre Einschätzung, dass aus psychiatrischer Sicht und in Kenntnis des entsprechenden Anforderungsprofils keine Einschränkung in der angestammten Tätigkeit besteht, steht im Einklang mit der Rechtsprechung, wonach nur dann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit als geleistet betrachtet werden kann, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2, 144 V 50 E. 4.3 und 143 V 418 E. 6, 141 V 281 E. 6). Das ist hier nicht der Fall.

7.3 Zusammenfassend bildet das polydisziplinäre F. _____-Gutachten vom 6. Februar 2019 eine taugliche Grundlage für die vorinstanzliche Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers. Es wurde im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt, beruht, wie aufgezeigt, auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen fachärztlichen (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pneumologie und Psychiatrie) Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Gutachterpersonen legten, wie dargestellt, die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzten sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander und nahmen eine interdisziplinäre Beurteilung vor. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit erfolgten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, in Kenntnis des beruflichen Anforderungsprofils in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers, unter Beachtung der rechtsprechungsmässigen Anforderungen auch hinsichtlich der Indikatoren und werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet

(vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 137 V 210 E. 1.2.2 S. 223). Die Experten sind lege artis vorgegangen. Damit erfüllt dieses Gutachten die rechtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Entscheidungsgrundlage (vgl. oben E. 4.5 - E. 4.7.4), weshalb darauf abzustellen ist (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 und E. 4.1.2 mit Hinweisen). Dagegen enthalten die Berichte der behandelnden Ärzte, auf die sich der Beschwerdeführer beruft, keine neuen Aspekte, und dem Behandlungsauftrag entsprechend nur wenige verlässliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und vermögen den praxisgemäss Anforderungen nicht zu genügen (vgl. oben E. 7.2.5 f.).

7.4 Da im Übrigen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der F._____ -Begutachtung bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung weder geltend gemacht wurde noch ersichtlich ist, durfte die Vorinstanz somit gestützt auf das polydisziplinäre F._____ -Gutachten vom 6. Februar 2019 davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit seit Anfang 2015 keine Arbeitsunfähigkeit erlitten hat. Damit ist der Beschwerdeführer insbesondere in seiner bisherigen Tätigkeit, die er in einem Vollzeitpensum ausgeübt hat, in der vorliegend bis im Oktober 2019 zu beurteilenden Zeitperiode vollumfänglich arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer hat sich bei der Vorinstanz im Juli 2017 für den Leistungsbezug angemeldet. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte somit frühestens am 1. Januar 2018 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Der medizinische Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt worden. Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3). Schliesslich steht das Alter des Beschwerdeführers (zum Zeitpunkt der Begutachtung beziehungsweise bei Verfügungserlass 51 resp. 52 Jahre) einer Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit nicht entgegen (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.2, Urteil des BGer 9C_899/2015 vom 4. März 2016 E. 4.3.1). Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt stehen ihm nicht zuletzt aufgrund seiner guten Ausbildung die angestammte, daneben aber auch viele andere Tätigkeiten offen. Da bereits in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, durfte die Vorinstanz ohne Durchführung eines Einkommensvergleichs das Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität verneinen (zum Grundsatz der Schadenminderungspflicht, vgl. auch Urteil des BGer. 9C_441/2021 vom 24. Januar 2022 E. 4). Aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer vom österreichischen Versicherungsträger gestützt auf einen vor Gericht

geschlossenen Vergleich am 14. Februar 2019 für die Dauer der vorübergehenden Invalidität Anspruch auf Rehabilitationsgeld zugesprochen wurde (act. 140), kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten, weil die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2019 ist damit zu bestätigen. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen. Allfällige gesundheitliche Verschlechterungen, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten sind, wären vom Beschwerdeführer im Rahmen einer neuen Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Vorinstanz geltend zu machen.

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

8.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

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

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Della Batliner

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: