



Urteil vom 12. August 2022

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richterin Regina Derrer,
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Stephanie C. Elms, schadenanwaelte AG,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;
(Verfügung der IVSTA vom 8. November 2019).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1960 geborene, verwitwete, italienische Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist in Deutschland wohnhaft. Der gelernte Automechaniker war in den Jahren 2004 bis 2014 mit Unterbrüchen als Maschinist im Grenzgängerstatus bei der B._____ AG in (...) tätig und leistete entsprechende Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Der Versicherte reiste im Jahr 2014 aus Deutschland in die Schweiz ein und war in (...) wohnhaft (vgl. dazu auch B.e nachfolgend). Er war weiterhin bei der B._____ AG in (...) als Maschinist angestellt, bis das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen per 30. November 2016 aufgelöst wurde. Seither ging er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (Akten der Invalidenversicherungs-Stelle C._____ [nachfolgend: IV-Stelle C._____] vom 2. Juni 2020 [nachfolgend: IV-act.] 2; 9; 12; 17; 18).

B.

B.a Im November 2016 meldete sich der Versicherte erstmals unter Hinweis auf Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Beine bei der IV-Stelle C._____ zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (undatierte Anmeldung; Eingang am 18. November 2016 bei der IV-Stelle C._____ [IV-act. 2]). Die IV-Stelle C._____ nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (IV-act. 7-26; 29).

B.b Mit Schreiben vom 20. Juni 2017 teilte die IV-Stelle C._____ dem Versicherten mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und stellte ihm die Prüfung seines Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 30).

B.c Nach weiteren medizinischen Abklärungen (IV-act. 31-41; 44; 46; 47; 50-53; 55) gab die IV-Stelle C._____ am 11. Dezember 2018 eine medizinische Begutachtung bei Dr. med. D._____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, Manuelle Medizin SAMM, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, in Auftrag (IV-act. 57 und 58). Nach Vorliegen des rheumatologischen Gutachtens vom 6. März 2019 (IV-act. 59) holte die IV-Stelle C._____ am 18. März 2019 eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD) ein (IV-act. 60). Dr. med. E._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, befand das rheumatologische Gutachten von Dr. D._____ als gut begründet und nachvollziehbar, weshalb darauf ab-

gestellt werden könne. Für eine somatoforme Schmerzstörung oder Depression lägen keine Hinweise vor und der Gesundheitszustand sei stabil. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich (IV-act. 63).

B.d Mit Vorbescheid vom 25. April 2019 stellte die IV-Stelle C._____ dem Versicherten eine befristete ganze Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Juni 2017 bis zum 1. November 2017 in Aussicht (IV-act. 68 und 69). Hiergegen erhob der Versicherte summarisch Einwand (IV-act. 71; 73; vgl. auch IV-act. 75); die entsprechenden, materiell begründeten Einwendungen des nunmehr beigezogenen Vertreters, F._____, Sozialversicherungsfachmann, datieren vom 16. August 2019 (IV-act. 86). In der Folge sah sich die IV-Stelle C._____ veranlasst, erneut eine Stellungnahme des RAD einzuholen (IV-act. 88). Der RAD-Arzt Dr. med. E._____ kam zum Schluss, es könne aus medizinischer Sicht am Vorbescheid festgehalten werden. Der Gesundheitszustand sei stabil und es werde keine zwischenzeitliche Verschlechterung geltend gemacht (IV-act. 89).

B.e Die IV-Stelle C._____ erliess am 19. September 2019 einen dem Vorbescheid vom 25. April 2019 entsprechenden Beschluss (IV-act. 90 und 91). Infolge des zwischenzeitlichen Wegzugs des Versicherten nach Deutschland (aus den Akten geht keine Wegzugsmeldung hervor; die neue Adresse ist erstmals einem Schreiben des Versicherten vom 27. Dezember 2015 zu entnehmen [IV-act. 64]) erliess die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) am 8. November 2019 die entsprechende Verfügung (IV-act. 93). Zur Berechnung der IV-Rente des Versicherten von monatlich Fr. 801.– berücksichtigte die IVSTA bei 36 Versicherungsjahren des Jahrgangs eine Versicherungszeit von 12 Jahren und 4 Monaten, unter Anwendung der Rentenskala 15, sowie ein massgebendes durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 98'700.–.

C.

Gegen diese Verfügung liess der Versicherte, wiederum vertreten durch F._____, mit Eingabe vom 4. Dezember 2019 beim Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1):

1. Die Verfügung vom 8. November 2019 sei aufzuheben.
2. Es sei eine Rente aus der eidg. Invalidenversicherung auch für die Zeit ab dem 1.11.2017 zuzusprechen.

3. Es sei ein invaliditätsbezogener Abzug von 20% zu gewähren.
4. Eventualiter: Die Sache sei an die Vorinstanz zur Vorwegnahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen.
5. Eventualiter: Es sei Obergutachten zu anzuordnen.
6. Eventualiter sei die Sache an die IV zur erneuten Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen.
7. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.
8. Es sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, das durch die IV-Stelle C._____ in Auftrag gegebene Gutachten würde die Anforderungen an die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 nicht erfüllen. Das Gutachten sei nicht vollständig und nicht widerspruchsfrei, weshalb ihm jeglicher Beweiswert aberkannt werden müsse. Die IV-Stelle C._____ sei sodann ihrer Substantiierungspflicht nicht nachgekommen und es werde bezweifelt, dass es auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einfache Lager-, Reinigungs- oder Montagearbeiten gebe, welche 13 Kriterien erfüllen müssten. Die IV-Stelle C._____ habe einen leidensbezogenen Abzug von lediglich 10 % vorgenommen, obschon die versicherte Person gemäss den medizinischen Akten und aufgrund der Begutachtungen multiple Einschränkungen zu beklagen habe. Unter Berücksichtigung des individuellen Gesamtbildes des vorliegenden Einzelfalles (nachgewiesene sprachliche und körperliche Einschränkungen etc.) rechtfertige es sich, auf dem Tabellenlohn einen leidensbedingten Abzug von 20 % vorzunehmen.

D.

Mit Verfügung vom 12. Februar 2020 überwies das Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ die Verfahrensakten zuständigkeitshalber an das Bundesverwaltungsgericht. Dabei wies es darauf hin, dass aus der der Beschwerde beiliegenden Verfügung nicht ersichtlich gewesen sei, ob die IV-Stelle für Versicherte im Ausland oder aber die IV-Stelle C._____ die Verfügung erlassen habe. Zudem sei in der kopierten Verfügung ausschliesslich das Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ als Einreichungsort einer Beschwerde sichtbar. Erst aus den Beilagen zur Beschwerdeantwort sei deutlich geworden, dass die IV-Stelle für Versicherte im Ausland verfügende Behörde gewesen sei und damit die Unterlagen zuständigkeitshalber an das Bundesverwaltungsgericht zur weiteren Behandlung weiterzuleiten seien (BVGer-act. 2).

E.

Auf Aufforderung der Instruktionsrichterin vom 18. Februar 2020 (BVGer-act. 3) liess der Beschwerdeführer am 26. Februar 2020 eine Prozessvollmacht (BVGer-act. 8) sowie am 11. April 2020 das ausgefüllte Formular «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege» sowie einige Belege einreichen (BVGer-act. 9). Mit Zwischenverfügung vom 16. April 2020 (BVGer-act. 10) hiess die Instruktionsrichterin das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege gut und wies das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung ab.

F.

Mit Vernehmlassung vom 5. Juni 2020 stellte die Vorinstanz unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle C._____ vom 2. Juni 2020 den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 13 samt Beilage).

G.

Mangels Eingang einer Replik innert angesetzter Frist schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – mit Zwischenverfügung vom 28. Juli 2020 (BVGer-act. 15).

H.

Mit unaufgeforderter Eingabe vom 11. August 2020 liess der Beschwerdeführer dem Gericht den Rentenbescheid der deutschen Rentenversicherung G._____ vom 6. Mai 2020, mit welchem ihm eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 1. April 2019 zugesprochen wurde, zukommen (BVGer-act. 16).

I.

Im Rahmen der prozessleitenden Verfügung vom 22. Oktober 2021 wurde dem Beschwerdeführer die Möglichkeit eingeräumt, bis zum 22. November 2021 zur beabsichtigten Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen Stellung zu nehmen oder die Beschwerde allenfalls zurückzuziehen (BVGer-act. 19).

J.

Mit Eingabe vom 16. Dezember 2021 zeigte der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht die Auflösung des Rechtsvertretungsmandats zufolge Unerreichbarkeit seines bisherigen Vertreters an und ersuchte um Gewährung einer Fristerstreckung (BVGer-act. 25). Innert zweifach er-

streckter Frist nahm der Beschwerdeführer, neu vertreten durch Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, mit Eingabe vom 1. Februar 2022 zur angedrohten reformatio in peius Stellung und hielt an seiner Beschwerde vom 4. Dezember 2019 fest. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Verbeiständung und um Beiordnung von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms (BVGer-act. 28).

K.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidungsfindung 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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG). Nachdem die unentgeltliche Rechtspflege am 16. April 2020 gewährt wurde (BVGer-act. 10) und die formgerechte Beschwerde vom 4. Dezember 2019 fristwahrend an das unzuständige Sozialversicherungsgericht des Kantons C. _____ eingereicht wurde, ist darauf einzutreten (Art. 21 Abs 2 i.V.m. Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 i.V.m. Art. 39 Abs. 2 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 8. November 2019 (Beilage 2 zu BVGer-act. 1), mit welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine befristete ganze Invalidenrente rückwirkend für den Zeitraum vom 1. Juni 2017 bis zum 1. November 2017 zugesprochen hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die IV-Rente

des Beschwerdeführers zu Recht bis zum 1. November 2017 befristet hat und in diesem Zusammenhang, ob sie den Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

3.

3.1 Zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen ist die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben (Art. 40 Abs. 1 Bst. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über (Art. 40 Abs. 2^{quater} IVV).

3.2 Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt seiner Anmeldung im Jahr 2016 (vgl. IV-act. 1 und 2 und B.e. hiervor) seinen Wohnsitz in (...), Kanton C. _____. Somit hat die IV-Stelle C. _____ zu Recht Abklärungen zum Leistungsanspruch vorgenommen. Mit der Verlegung seines Wohnsitzes nach Deutschland (vgl. insbesondere Beilage 3 zu BVGer-act. 9) ging die Zuständigkeit indes auf die IVSTA über, womit diese auch für den Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. November 2019 zuständig war.

4.

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

5.

5.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens,

die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; BENJAMIN SCHINDLER, in: Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Art. 49 N. 1 ff.).

5.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 8. November 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (MO-SER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

5.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. November 2019 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBI 2017 2535) im IVG, in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) sowie im ATSG nicht anwendbar.

5.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes we-

gen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

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 der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug, IV-act. 8 sowie Sachverhalt A. hiervor), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

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

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

6.6 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).

7.

Gemäss dem Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 6. Mai 2020 wurde dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2019 bis längstens zum 31. November 2026 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen (BVGer-act. 16, Beilage 1). Aus diesem Umstand kann er jedoch für das vorliegende Verfahren grundsätzlich nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn sein allfälliger schweizerischer Rentenanspruch bestimmt sich alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

8.

Mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. November 2019 hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine befristete ordentliche Rente für den Zeitraum vom 1. Juni 2017 bis zum 1. November 2017 zugesprochen. Damit hat sie einerseits den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente mit Wirkung ab dem 1. Juni 2017 bejaht, diese Rentenleistung jedoch andererseits mit derselben Verfügung mit Wirkung ab dem 1. November 2017 wieder aufgehoben.

8.1 Nach der Rechtsprechung sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 m.w.H.), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die

massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteile des BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 m.w.H.). Nach Absatz 1 dieser Norm kann eine Rente aufgehoben werden, nachdem die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit drei Monate ohne wesentliche Unterbrechung angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich in dieser Konstellation durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung der Rente (Urteil des BGer 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 m.w.H.).

8.2 Damit ist vorliegend einerseits zu prüfen, ob für die Zeit ab dem 1. Juni 2017 die Voraussetzungen für das Entstehen eines Rentenanspruchs gegeben waren und andererseits (mittels Vergleichs des Zeitpunkts der Entstehung des Rentenanspruchs per 1. Juni 2017 sowie des Zeitpunkts der Aufhebung dieses per 1. November 2017), ob die Vorinstanz die dem Beschwerdeführer zugesprochene Invalidenrente zu Recht bis zum 1. November 2017 befristet hat.

9.

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen (in chronologischer Reihenfolge):

9.1 Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie, Zentrum I._____, Standort (...), führt in seinem Arztbericht vom 22. Juli 2016 aus, ein Röntgen Thorax in zwei Ebenen habe in der seitlichen Ebene eine abgrenzbare 36 x 30 mm grosse Konsolidierung über dem Hilus rechts als möglichen Restzustand nach Pneumonie rechts gezeigt. Es liege ein Befund wie bei Peribronchitis um die Unterlappenbronchien, rechts betont, vor. Im rechten Oberlappen perihilar zeigten sich noch pleuropulmonale narbige Schwielen bei einem Status nach Infiltrat im Februar (IV-act. 17, S. 2).

9.2 Dem vorläufigen Austrittsbericht des Kreiskrankenhauses J._____, Innere Medizin, unterzeichnet durch Dr. K._____, Oberarzt, und L._____, Assistenzarzt, betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 8. August 2016 bis 13. August 2016 sind folgende (teilweise abgekürzt aufgeführte) Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 6, S. 7-10 = S. 18-21 = IV-act. 11, S. 13-16):

- Lendenwirbelsäulen-Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine
 - Multisegmentale Bandscheibenvorwölbung Punktum maximum im Bandscheibensegment LWK5/S1 rechts mit Nervenwurzelkompression L5
 - Parästhesien der Füße, Differenzialdiagnose: Polyneuropathie (Beispiel äthyltoxisch)
- Infiltrat rechts, Differenzialdiagnose postentzündliche Veränderungen, Therapie mit Ceftriaxon
- Hyperchrome makrozytäre Erythrozyten, Vitamin B12 normwertig, Differenzialdiagnose bei Alkoholabusus
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus
- Pneumonie 01/2016, stationäre Aufnahme im Kreiskrankenhaus J. _____
- Meniskus-OP rechts

In der neurologischen Untersuchung habe sich eine unauffällige Kraft und Sensibilität bei Pallhypästhesie malleolar beidseits und fraglicher Hyperpathie gezeigt. Das durchgeführte Magnetresonanztomographie (nachfolgend: MRT) der Lendenwirbelsäule (nachfolgend: LWS) habe eine multisegmentale Bandscheibenvorwölbung mit punctum maximum im Bandscheibensegment LWK 5/S1 mit Nervenwurzelkompression der L5 Wurzel gezeigt, wobei jedoch aktuell keine Indikation zur operativen Entlastung bestehe. Bei differenzialdiagnostisch entzündlichem Geschehen habe man eine Blutsenkung durchgeführt, in der sich stark erhöhte Werte mit 60 mm nach einer Stunde und 110 mm nach zwei Stunden zeigten. Zum Ausschluss eines zentralen Geschehens habe man eine Lumbalpunktion mit normwertigem Befund durchgeführt. Bei möglicherweise neuropathischen Schmerzen habe man einen Therapieversuch mit Lyrica begonnen, worunter sich eine Verbesserung der Beschwerden gezeigt habe. Eine bei Verdacht auf C2-Abusus durchgeführte Sonographie des Abdomens zeigte sich, bis auf eine Steatosis hepatis mit leicht inhomogenem Parenchym, jedoch keinem Nachweis einer Leberzirrhose, unauffällig.

9.3 In seinem ärztlichen Erstbericht vom 31. August 2016 zuhanden der Versicherung M. _____ (nachfolgend: M. _____) diagnostizierte Dr. med. N. _____, Onkologie O. _____, eine Thrombozytopenie von 22.000/ μ l. In den Untersuchungen habe sich am ehesten der Hinweis auf eine idiopathische Thrombozytopenie gezeigt. Die Ursache hierfür habe nicht genau evaluiert werden können. Häufig seien Infekte Auslöser für eine solche Erkrankung. Unter der Substitution von Dexamethason hätten sich die Thrombozyten rasch ansteigend bis auf Normalwerte gezeigt. Da der Versicherte, trotz normaler Blutwerte, weiterhin über Schwindel und

Rückenschmerzen geklagt habe, habe man eine stationäre Aufnahme vereinbart. Hier habe ebenfalls keine klare Ursache evaluiert werden können. Die LWS-Beschwerden seien am ehesten auf eine Bandscheibenprotrusion zurückzuführen. Bezüglich der Blutwerte habe der Patient nach der Behandlung komplett Normalwerte erreicht (IV-act. 6, S. 3).

9.4 In seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 18. Oktober 2016 zuhanden der M._____ hält Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, fest, der Versicherte sei seit dem 27. Juni 2016 zu 0 % arbeitsfähig, sowohl in seiner angestammten, wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Es bestehe ein Zustand nach einer Pneumonie sowie ein chronifiziertes, rezivierendes LWS-Syndrom (IV-act. 6, S. 11-13)

9.5 Med. pract. Q._____, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, führt in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 25. Oktober 2016 zuhanden der M._____ folgende Diagnosen auf (IV-act. 6, S. 14-17):

- LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung in die beiden Beine
 - Multisegmentale Bandscheibenvorwölbung Punktum maximum im Bandscheibensegment LWK 5/S 1 rechts mit Nervenwurzelkompression L5
 - Parästhesien der Füße, Differenzialdiagnose: Polyneuropathie (z.B. äthyltoxisch)
- Infiltrat rechts, differenzialdiagnostisch postentzündliche Veränderungen
 - Therapie mit Ceftriaxon
 - 2016: Gemäss konventionellen Röntgenaufnahmen ist a priori eine Raumforderung rechts zentral nicht auszuschliessen, allerdings fand sich hierzu in einer CT-Thorax 01/2016 kein Korrelat
 - Emphysemthorax
- Hyperchrome makrozytäre Erythrozyten
 - Vitamin B12 normwertig
 - Differenzialdiagnose bei Alkoholabusus
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus
- Pneumonie 01/2016, stationäre Aufnahme im Kreiskrankenhaus J._____
- Meniskus-OP rechts
- Sonografie Abdomen Erwachsene: am 9. August 2016
 - Steatosis hepatis mit leicht inhomogenem Parenchym, keine Zeichen einer Leberzirrhose

Med. pract. Q._____ stellte eine 100 % Arbeitsunfähigkeit des Versicherten für die Zeiträume vom 19. September 2016 bis zum 23. September

2016 sowie vom 24. September 2016 bis zum 30. Oktober 2016 fest. Aktuell bestehe ein Problem mit einer unklaren Polyneuropathie, welche zurzeit in Abklärung sei. Deshalb sei auch die Prognose in Bezug auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit noch offen.

9.6 Dem ärztlichen Bericht von PD Dr. med. R._____, Chefarzt Neurologie Spital S._____, (...), Klinik für Neurologie, vom 7. November 2016 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 11, S. 10 f.):

- Verdacht auf Small-fibre-Polyneuropathie mit ausgeprägten Schmerzen in den Füßen rechtsbetont
- Rezidivierende lumbale und lumboschialgieforme Schmerzen, aktuell nicht im Vordergrund stehend

PD Dr. R._____ führt aus, die Konstellation mit normaler Neurographie und ausgeprägten Schmerzen, Zeichen einer autonomen Dysregulation und verminderter Temperaturwahrnehmung sei sehr suggestiv für das Vorliegen einer Small-Fiber-Polyneuropathie. Das relativ rasche Auftreten und die ausgeprägten Schmerzen seien verdächtig für ein symptomatisches Geschehen. Anamnestisch bestehe zumindest der Verdacht für ein Sjögren-Syndrom assoziiertes Geschehen mit berichteter deutlicher Abnahme des Geschmacks- und Geruchsinnes sowie trockenen Augen. Der Versicherte sei vom 1. November 2016 bis voraussichtlich 15. Dezember 2016 arbeitsunfähig (ohne Angabe von Prozenten [IV-act. 11, S. 8 = IV-act. 18, S. 1]).

9.7 Aus dem Austrittsbericht des Kreiskrankenhauses J._____, Klinik für Innere Medizin, unterzeichnet durch Dr. med. K._____, Oberarzt, und L._____, Assistenzarzt, betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 8. August 2016 bis 13. August 2016 gehen folgende Diagnosen hervor (IV-act. 16, S. 4-7):

- LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine
 - Multisegmentale Bandscheibenvorwölbung Punktum maximum im Bandscheibensegment LWK5/S1 rechts mit Nervenwurzelkompression L5
 - Parästhesien der Füße, Differenzialdiagnose Polyneuropathie (zum Beispiel: äthyltoxisch)
- Infiltrat rechts, Differenzialdiagnose postentzündliche Veränderungen
 - Therapie mit Ceftriaxon
- Hyperchrome makrozytäre Erythrozyten
 - Vitamin B12 normwertig

- Differenzialdiagnose bei Alkoholabusus
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus

Vorerkrankungen:

- Pneumonie 01/2016, stationäre Aufnahme im Kreiskrankenhaus J. _____
- Meniskus-OP rechts

9.8 Gemäss einem ärztlichen Zeugnis vom 28. November 2016, unterzeichnet von med. pract. Q. _____, war der Beschwerdeführer in den Zeiträumen vom 19. September 2016 bis zum 23. September 2016 sowie vom 24. September 2016 bis zum 30. Oktober 2016 zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 11, S. 9).

9.9 Im Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf Rente zuhanden der IV-Stelle C. _____ vom 29. November 2016 listet med. pract. Q. _____ nochmals die gleichen Diagnosen auf wie schon in seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 (IV-act. 11, S. 1-7, vgl. 9.5 hiervoor).

9.10 In seinem ärztlichen Bericht vom 6. Dezember 2016 zuhanden der IV-Stelle C. _____ wiederholte Dr. N. _____ seine Ausführungen aus dem ärztlichen Erstbericht vom 31. August 2016 zuhanden der M. _____ (vgl. E. 9.3 hiervoor [IV-act. 6, S. 3]). Ergänzend führte er aus, der Versicherte sei seither nicht mehr in seiner Praxis erschienen. Einen Kontrolltermin am 21. November 2016 habe er nicht mehr wahrgenommen. Von ihrer Seite aus sei der Versicherte wieder voll arbeitsfähig (IV-act. 19 = IV-act. 21, S. 2).

9.11 PD Dr. R. _____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. Dezember 2016 folgende Krankheitsbilder (IV-act. 29, S. 21 f.):

- Verdacht auf Small-fibre-Polyneuropathie mit ausgeprägten Schmerzen in den Füssen rechtsbetont
 - Laborchemisch kein Hinweis für eine symptomatische Erkrankung
 - Unter Einnahme von Neurontin bis 3 x 300 mg keine Veränderung der Symptomatik
- Rezidivierende lumbale und lumboischialgiforme Schmerzen, aktuell nicht im Vordergrund stehend

9.12 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2016 zuhanden der IV-Stelle C. _____ fest, am 8. Dezember 2016 eine Untersuchung und Befragung des Versicherten durchgeführt

zu haben. Dieser gebe Schmerzen in den Füßen und dem Rücken an. Bis vor kurzem sei der Versicherte vermutlich schwerer Alkoholiker gewesen, seit zwei Monaten sei der Konsum sistiert. Der Versicherte werde nach seinem Arbeitsplatzverlust (nicht aus medizinischen Gründen) noch von Dr. Q. _____ zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Es liege eine äthylische Steatosis Hepatis mit noch normaler Syntheseleistung, keine Zirrhose vor, wobei sich erholte Leberwerte seit dem Sistieren des Alkoholkonsums vor zwei Monaten zeigten. Es bestehe eine äthyltoxische Polyneuropathie mit schmerzhaften Missempfindungen an den Füßen bei normaler Nervenleitgeschwindigkeit sowie einem normalen klinischen Neurostatus. Es sei ein kleiner Bandscheibenschaden mit Wurzelkompression LWK5/S1 im MRT vom 9. August 2016 festgestellt worden, aber zu keinem Zeitpunkt sensorische Ausfälle in den mehrfachen, auch neurologischen Abklärungen. Die Rückenbeschwerden stünden derzeit nicht im Vordergrund. Aufgrund der bisher vorliegenden klinischen und Laborbefunde sei nicht von einer erheblichen Einschränkung auszugehen. Eine psychische Beeinträchtigung sei nicht aufgefallen. Eine abschliessende Beurteilung könne aber noch nicht vorgenommen werden, da noch somatische Untersuchungen angekündigt worden seien (IV-act. 14).

9.13 PD Dr. R. _____ führt in seinem Bericht vom 22. Dezember 2016 aus, beim Versicherten bestehe aller Wahrscheinlichkeit nach eine Small-Fiber-Polyneuropathie mit ausgeprägten Schmerzen in den Füßen. Die Einnahme von 2 x 75 mg Lyrica habe keinen wesentlichen Effekt gehabt. Er habe den Versicherten gebeten, Lyrica weiter auf 2 x 100 mg und ggf. bei guter Verträglichkeit auf 2 x 150 mg aufzudosieren (IV-act. 29, S. 20).

9.14 Dem Bericht des Spitals T. _____, Hals-Nasen-Ohren-Klinik, vom 13. Januar 2017, unterzeichnet von Dr.med. U. _____, Oberarzt, und Dr. med. V. _____, Assistenzarzt, sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 29. S. 18 f.):

- Kompensierter Tinnitus auris links
- Leukoplakie Retromolar und Alveolarkamm rechts
 - Nikotinabusus
 - Leukokeratosis nicotinic palati
- Chronische Rhinopathie
- Generalisierte Parodontitis

9.15 Dem histopathologischen Befund des Spitals T._____, Pathologie, vom 27. Januar 2017, unterzeichnet von PD Dr. med. W._____, Oberärztin, sind folgende, als vorläufig bezeichnete Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 29. S. 16):

- 3513: Mundhöhle, retromolar rechts (Biopsie): Dysplasiefreies Plattenepithel mit Hyper-Parakeratose und Verkalkungen im Stroma. Kein Pilznachweis.
- 3514: Mundhöhle, retromolar links (Biopsie): Akanthotisches Plattenepithel mit Hyper-Parakeratose. Kein Pilznachweis.

Gemäss dem zweiten Bericht von PD Dr. W._____ vom 30. Januar 2017 ergaben sich auf den zusätzlich durchgeführten Stufenschnitten keine neuen Befunde, weshalb sich an der Diagnose nichts ändere (IV-act. 29, S. 15).

9.16 PD Dr. R._____ berichtete mit Schreiben vom 30. Januar 2017 Prof. Dr. med. X._____, Spital T._____, Neurologie, über den Versicherten. Es bestehe der Verdacht auf eine Small-Fiber-Polyneuropathie. Als ätiologischer Faktor komme ein langjähriger intensiverer Alkoholkonsum in Frage, wobei in den letzten vier Monaten versucht worden sei, den Alkoholkonsum etwas zu reduzieren. Zudem bestehe anamnestisch der Verdacht auf ein Mundbodenkarzinom, sodass theoretisch auch eine paraneoplastische Symptomatik vorliegen könnte. Weitere Labordiagnostik habe keine wegweisenden Befunde ergeben (IV-act. 29, S. 14).

9.17 Dem Bericht des Spitals T._____, Hals-Nasen-Ohren-Klinik, vom 13. Januar 2017, unterzeichnet von Dr. med. U._____, Oberarzt, und Dr. med. V._____, Assistenzarzt, verfasst nach durchgeführtem cMRI (26. Januar 2017) und Reintonaudiogramm (25. Januar 2018) in Ergänzung des Berichts vom 13. Januar 2017 (IV-act. 29, S. 18 f.), sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 29. S. 12 f.):

- Kompensierter Tinnitus auris links
- Leukoplakie Retromolar und Alveolarkamm rechts
 - Leukokeratosis nicotinic palati
- Chronische Rhinopathie, Septumdeviation, Anosmie
 - cMRI 26.01.2017: Deutliche Hypoplasie (Differentialdiagnose: Atrophie) des Bulbus olfactorius beidseits. Keine posttraumatischen Läsionen supra- oder infratentoriell. Über das Altersmass hinausgehende globale Himparenchymatrophie.
- Generalisierte Parodontitis

9.18 Prof. Dr. med. Y._____, leitende Ärztin der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Sprechstunde Tinnitus des Spitals T._____, diagnostiziert in ihrem Bericht vom 13. März 2017 das Folgende (IV-act. 29, S. 10):

- Sehr schwerer, dekomensierter Tinnitus links
- bei leichtgradiger hochtonbetonter sensorineuraler Hörminderung links mehr als rechts
- Status nach Leukoplakie retromolar und Alveolarkamm rechts und Biopsie
- Anosmie beidseits unklarer Ätiologie DD (Differenzialdiagnose) idiopathisch, DD im Rahmen einer neurodegenerativen Erkrankung

Der Versicherte habe angegeben, den Tinnitus linksseitig seit etwa vier bis fünf Monaten zu haben. Dieser habe im Sinne eines Pfeiftons plötzlich begonnen, sei konstant vorhanden und störe ihn insbesondere am Abend beim ins Bett gehen. Bei Bewegung oder bei Ablenkung stehe der Tinnitus weniger im Vordergrund. Er habe selber bemerkt, dass Angst und Aufmerksamkeit den Tinnitus eher in den Vordergrund rücken lassen. Zudem habe er Angst, dass dieser möglicherweise ein Vorbote eines Schlaganfalls sei. Im Rahmen der Konsultation sei der otoskopische Befund nochmals erhoben worden. Nach Entfernung von Cerumen sei dieser blande, das Trommelfell beidseits differenziert und intakt, Weber mittig, Rinne beidseits positiv, Valsalva beidseits positiv. Das erneut durchgeführte Reintonaudiogramm zeige eine diskrete Hochtonsenke links im Vergleich zu rechts, der Hörverlust betrage rechts 2.7 % und links 10.1 %. Eine retrocochleäre Läsion habe allerdings mit dem MRT ausgeschlossen werden können. Gemäss dem Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller liege aktuell ein sehr schwerer, dekomensierter Tinnitus links vor. Man habe den Versicherten über den Zusammenhang zwischen Angst und Aufmerksamkeit und vermehrter Wahrnehmung des Tinnitus ausführlich informiert. Insbesondere habe man ihn auch darüber informiert, dass der Tinnitus nicht als Vorbote eines Schlaganfalls zu sehen sei. Auf seinen Wunsch hin sei nochmals das Symfona rezeptiert worden sowie einige Einzelkonsultationen bei Dr. phil. Z._____, Psychosomatik, empfohlen worden. Daneben empfehle man eine neurologische Abklärung.

9.19 In seinem Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf Rente zuhanden der IV-Stelle C._____ vom 21. März 2017 hielt med. pract. Q._____ fest, die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht in unklarem zeitlichem Rahmen noch zumutbar. Dabei bestünde eine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 29, S.1-5 [vgl. insbesondere Ziff. 1.7]).

9.20 Dem undatierten, ambulanten Bericht des Spitals T._____, Neurologie, Aa._____, Zentrum, unterzeichnet durch Prof. Dr. med. X._____, leitender Arzt, und Bb._____, Assistenzärztin, betreffend die Untersuchung des Versicherten am 29. März 2017 ist die nachfolgende Diagnose zu entnehmen (IV-act. 29, S. 6-8):

- Verdacht auf vorwiegende Small-Fiber-Neuropathie, Erstsymptome ca. 06/2016
 - DD hereditär bei positiver Familienanamnese (vergleichbare Symptomatik bei Schwester)
 - Klinik: Neuropathische Schmerzen sowie Allodynie der distalen unteren Extremitäten, Thermhypästhesie, ASR-Ausfall, längenabhängige Pallhypästhesie
 - ENG (PD Dr. R._____) vom 11/2016: Regelrechte Neurographie des N. peroneus und tibialis rechts sowie des N. peroneus superficialis rechts und regelrechte Myographie des M. tibialis anterior, ohne Hinweis auf Affektion der grossen Fasern
 - Laboranalyse unauffällig (inklusive TSH, Serumelektrophorese, HbA1c, HBC/HIV-Serologie, Rheumafaktor/ANA, ANCA, BSR 11, Antineuronale Antikörper)
 - Behandlungsversuch mit Lyrica (aktuell 300 mg/d) ohne Erfolg

9.21 Am 30. März 2017 fand eine Besprechung zwischen dem Beschwerdeführer, dessen Hausarzt med. pract. Q._____, sowie der Case Managerin Cc._____ der Dd._____ AG statt. Dem Besprechungsprotokoll ist zu entnehmen, dass es sich aus Sicht von med. pract. Q._____ um eine komplexe Krankheitsgeschichte handle, welche noch eine längere Zeit andauere. Medizinisch sei man am Anschlag. Es handle sich um eine Erkrankung des peripheren Nervensystems. Dabei seien die kleinen Nervenstränge betroffen. Die Erkrankung sei mit jener bei einem Diabetiker zu vergleichen. Therapien oder Medikamente gäbe es dagegen nicht. Die Diagnose sei weiter unklar, weshalb noch eine Biopsie erfolge. Vor dem Sommer 2017 sei mit keiner endgültigen Diagnose zu rechnen. Das Rückenleiden stehe nicht im Vordergrund. Der Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit könne nicht gegeben werden. Erst nach einer Diagnose mit entsprechender Behandlung könne das weitere Prozedere aufgegleist werden. Die bisherige Tätigkeit als Maschinist könne definitiv nicht mehr ausgeführt werden. Auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht möglich (IV-act. 24, S. 3 = IV-act. 26, S. 3).

9.22 PD Dr. R._____ stellte in seinem Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf Rente zuhanden der IV-Stelle C._____

vom 20. Juni 2017 fest, es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 0 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (IV-act. 33, S. 2-5). Zur Begründung verwies er auf seinen Arztbericht vom 23. August 2017 (IV-act. 33, S. 8 f.). Diesem sind die nachfolgenden Diagnosen zu entnehmen:

- Verdacht auf Small-Fiber-Polyneuropathie, Erstsymptome ca. 06/2016 mit ausgeprägten Brennschmerzen
 - Aktuell unter Saroten 25 mg fast komplettes Sistieren der Schmerzsymptomatik
- Aktuell im Vordergrund stehen: Lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in den dorsalen Oberschenkel auf der rechten Seite verstärkt bei längerem Sitzen

Bezüglich der Small-Fiber-Polyneuropathie und den damit assoziierten Schmerzen bestehe eine fast komplette Sistenz unter niedrigen Dosen von Saroten 25 mg. Diese Symptomatik sei aktuell auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht mehr relevant. Es sei insgesamt davon auszugehen, dass bei Sistenz des Alkoholkonsums die Symptomatik weitgehend stabil sei. Es bestehe zwar eine Oberflächensensibilitätsstörung an den Füßen beidseits, die Propriozeption scheine jedoch intakt, sodass das Autofahren dadurch nicht wesentlich eingeschränkt sein sollte. Aktuell berichte der Beschwerdeführer über vermehrte lumbale Schmerzen mit Einstrahlung in den dorsalen Oberschenkel rechtsseitig, diese seien bei längerem Sitzen derart ausgeprägt, dass er nicht länger autofahren könne. Bei Verdacht auf lumbospondylogene Schmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung seien die Kollegen der Rheumatologie um Aufbietung des Versicherten gebeten worden. Zum jetzigen Zeitpunkt sei nicht ganz klar, welche Auswirkung die bereits anamnestisch seit längerem bestehenden lumbalen Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit hätten.

9.23 In seiner Stellungnahme vom 14. November 2017 zuhanden der IV-Stelle C._____ hielt der RAD-Arzt Dr. E._____ fest, aus den bisher vorliegenden medizinischen Akten gehe kein invalidisierendes Leiden hervor. Es bestehe ein primärer Alkoholismus ohne relevante psychische Morbidität. Eine Leberzirrhose bestehe noch nicht. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Polyneuropathie habe sich in einer bereits durchgeführten Neuromyographie ein unauffälliger Befund ohne Hinweis auf Affektion der grosskalibrigen Fasern gezeigt. Differenzialdiagnostisch komme aufgrund der Symptomkonstellation (mit vordergründiger Affektion des Temperatursinns, Schmerzsyndrom sowie fraglich begleitender autonomer Dysregula-

tion mit vermehrter Schweißneigung im Bereich der Füße, jedoch ebenfalls Angabe von einer leichten Sicca-Symptomatik okulärbetont sowie einer Anosmie) eine Small-Fibre-Neuropathie in Frage. Auch klinisch würden sich Zeichen einer Polyneuropathie mit Reflexausfall des Achillessehnenreflexes (ASR), längenabhängiger Pallhypästhesie und leichter sensibler Gangataxie, insgesamt betont der unteren Extremitäten, ergeben. Hinweise auf eine Myopathie würden sich bei zwar insgesamt hypotrophem Muskelstatus, jedoch ohne fokale Atrophien und Paresen, aktuell nicht ergeben. Ein Einfluss der Small-Fiber-Neuropathie auf die Arbeitsfähigkeit sei zuletzt im Bericht des Spitals S. _____ vom 23. August 2017 nicht gesehen worden. Ebenso sei keine Einschränkung durch den bekannten Tinnitus anzunehmen. Bis Ende Juli 2017 könne daher keine Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden (IV-act. 35).

9.24 Dem Arztbericht von Dr. med Ee. _____, Oberarzt, Spital S. _____, Ambulatorium für Rheumatologie, zuhanden der IV-Stelle C. _____ vom 21. Dezember 2017 sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IV-act. 37, S. 7-9):

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Beginnende Gonarthrose rechts
- Clavus Strahl I Fuss rechts plantar

Der Versicherte sei bis zum 20. Januar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestünden erhebliche körperliche Einschränkungen, welche ihn in der Ausübung seiner Arbeit als Baustellen-Mitarbeiter und Maschinist beeinträchtigten. Zum jetzigen Zeitpunkt sei ihm eine Tätigkeit im angestammten Beruf nicht zumutbar. Es bestehe eine relativ gute Prognose nach einer weiteren Infiltrationstherapie und Weiterführung der ambulanten physiotherapeutischen und segmental stabilisierenden Therapie. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht gerechnet werden, es bleibe der weitere Verlauf nach Infiltration abzuwarten.

9.25 Im Kurzbericht des Spitals S. _____, Klinik für Rheumatologie, ohne Unterschrift, vom 27. Februar 2018 betreffend den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 13. Februar 2018 bis 28. Februar 2018 werden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 44, S. 3):

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
 - Differenzialdiagnostisch lumboradikulär, aktuell ohne sensomotorisches Defizit
 - MRI LWS/ISG mit KM 19.09.17: Multiple Wirbelkörperhämangiome zwischen BWK11 kranial und LWK5 kaudal, grösster Befund expansiv gegen Deckplatte BWK12, keine Wirbelkörperosteolysen. Rechts betonte, aktivierte hypertrophe Spondylarthrose LWK3/4. linksseitig erosiv ödematös aktivierte Osteochondrosen LWK4/5 und LWK5/SWK1 mit Diskusprotrusion. Rechts intraforaminale Hernierung LWK5/SWK1, links aktivierte hypertrophe Spondylarthrose LWK4/5
 - Epidurale Infiltration LWK5/SWK1 links 02.10.2017 mit gutem Ansprechen
 - Röntgen Funktionsaufnahmen LWS 14.02.2018: In der Inklination zeigt sich ein leichter Vorschub von LWK 3 gegenüber LWK 4, Aufhebung in der Reklination, Befund hinweisend auf eine moderate Instabilität bei Pseudolisthesis Grad I bei bilateraler Spondylarthrose. Deutliche Osteochondrose L4/5 sowie L5/S1 mit begleitender bilateraler Spondylarthrosen. Keine Frakturen.
 - Psychiatrisches Konsil 16.02.2018: keine psychiatrische Diagnose
 - Neurologisches Konsil Dr. R. _____ vom 19.02.2018 mit EMG-Untersuchung: leichtgradige frische Schädigungszeichen Myotom L5 rechts
 - Wurzelinfiltration L5 rechts 23.02.2018 mit gutem Ansprechen
- Vitamin D-Mangel
 - 30nmol/l 02/18
 - Adaptation Substitutionstherapie 02/18

9.26 Der entsprechende Austrittsbericht vom 5. März 2018, unterzeichnet von Dr. med. Ff. _____, Leitende Ärztin, und Dr. med. Gg. _____, Assistenzarzt, wiederholt die im Kurzbericht vom 27. Februar 2018 genannten Diagnosen. Ergänzend werden folgende Befunde genannt (IV-act. 59, S. 57-60):

- Small-Fiber-Neuropathie, EM 06/2016
 - Klinik (02/2018): Dys- und Parästhesien Füsse beidseits
 - Röntgen Fuss rechts 20.02.2018: kein Fersensporn

Nebenbefunde: Tinnitus. In HNO-ärztlicher Beurteilung und Behandlung Psychosomatik Spital T. _____, Status nach C2-Abusus, Persistierender Nikotin-Abusus, Gonarthrose rechts. ED 09/2017

9.27 Gemäss dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 4. April 2018, unterzeichnet von Dr. med. Ee._____, Oberarzt Rheumatologie, Spital S._____, war der Versicherte vom 6. Februar 2018 bis zum 4. Juni 2018 zu 0 % arbeitsfähig (IV-act. 44, S. 2).

9.28 Dr. Ee._____ stellte in seinem Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf Rente zuhanden der IV-Stelle C._____ vom 19. April 2018 fest, dass beim Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 5. Juni 2018 bestehe. Dies bei den folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom;
 - DD lumboradikulär, bei fehlendem sensomotorischem Defizit
- Beginnende Gonarthrose rechts
- Polyneuropathie

Aufgrund der langzeitigen Arbeitsunfähigkeit müsse, trotz stufenweiser Besserung der Beschwerden, von einer schwierigen Prognosestellung ausgegangen werden. Erfahrungsgemäss sei von weiteren mehreren Monaten bis zur vollständigen Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit auszugehen. Psychische Auswirkungen bestünden aus rheumatologischer Sicht nicht. Die Auswirkungen der körperlichen Einschränkungen wirkten sich belastungsabhängig auf die Arbeit aus. Ende 2017 habe eine kurzfristige Arbeitsfähigkeit von drei Stunden körperlicher Tätigkeit bestanden, wo hernach die Beschwerden wieder eingesetzt hätten. Die Fähigkeit, die bisherige Tätigkeit fortzusetzen, müsse aus medizinischer Sicht in Frage gestellt werden (IV-act. 46, S. 2-5).

9.29 Der RAD-Arzt Dr. E._____ empfahl mit Stellungnahme vom 12. Juli 2018 die nochmalige Einholung eines Arztberichts des Spitals S._____, mit der Bitte, sich auch detailliert zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit zu äussern und ein Belastungsprofil zu definieren (IV-act. 50). In der Folge führte Dr. Ee._____ mit Arztbericht vom 6. August 2018 präzisierend aus, dem Versicherten seien ab dem 30. Juli 2018 lediglich noch wechselbelastende Tätigkeiten für zwei bis drei Stunden, das Heben/Tragen von maximal 10 kg sowie das Treppensteigen von maximal einer Etage zumutbar. Zudem brauche er regelmässige Physiotherapie (2 x pro Woche) sowie selbstständige Übungen (5 x 10 min pro Tag) (IV-act. 52).

9.30 In einem Kurzbericht des Spitals T._____, Radiologie und Nuklearmedizin, Muskuloskeletale Diagnostik, vom 24. Oktober 2018 betreffend

das gleichentags durchgeführte Orthoradiogramm, stellte Hh._____, Assistenzarzt, Folgendes fest (IV-act. 59, S. 61):

- Die mechanische Beinachse beträgt links 4 Grad Valgus und rechts 3 Grad Valgus
- Rechts vorbekannte Deformation der Fibula-Köpfchen beidseits
- Synostierte Tibiofibulargelenke
- Leichtgradige medial betonte Genarthrose beidseits, mit dort betonter Gelenkspaltverschmälerung und geringen Osteophyten
- Unauffällige Hüft- und OSG-Region
- Osteopenie

9.31 Aus dem Arztbericht des Spitals T._____, Orthopädie und Traumatologie, unterzeichnet von Dr. med. li._____, Oberarzt, und Dr. med. Jj._____, Assistenzärztin, vom 8. November 2018 gehen folgende Diagnosen hervor (IV-act. 59, S. 53 f.):

- Knie rechts: Beginnende, mediale Gonarthrose

Nebendiagnosen: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Unklare Hepatopathie mit Paraproteinämie, DD äthylisch, Status nach missbräuchlichem C2-Konsum, Verdacht auf Small-Fiber-Neuropathie

9.32 In seiner Stellungnahme vom 14. November 2018 kommt der RAD-Arzt Dr. E._____ zum Schluss, dass eine unabhängige rheumatologische Begutachtung erfolgen sollte. Dies, da Dr. Ee._____ die Einsatzfähigkeit des Versicherten lediglich mit den vom Versicherten geklagten Schmerzen begründe. Er teile zudem den Funktionsumfang des Achsenorgans nicht mit, weshalb der RAD-Arzt erhebliche Zweifel an dessen Beurteilung habe (IV-act. 55).

9.33 Dr. li._____ wiederholte in seinem Verlaufsbericht vom 29. Dezember 2018 die Diagnosen seines Berichts vom 8. November 2018 (vgl. E. 9.31 hiervor [IV-act. 59, S. 53 f.]). Ergänzend führte er aus, sollte es weiterhin zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität kommen, wäre dann allenfalls der Teilgelenkersatz zu indizieren (IV-act. 59, S. 55 f.).

9.34 Dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. D._____, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 6. März 2019 sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IV-act. 59, S. 40):

- Chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung rechts, Differenzialdiagnose intermittierende Reizsituation nicht ausgeschlossen mit/bei
 - ausgeprägter Fehlform (Rundrücken)
 - ausgeprägte Multi-tagendegeneration mit Osteochondrosen L2/3, L3/4, L4/5 erosiv
 - mit Protrusion L4/5, Osteochondrose L5/S1 mit rechts intraforaminaler Diskushernie L5/S1 (MRI LWS 09.08.2016, 19.09.2017), Traction spurs auf L2/3, L3/4 und L4/5 (Röntgen LWS)
 - multiplen Wirbelkörperhämangiomen Th11 kranial - L5 kaudal, grösster Befund expansiv gegen Deckplatte BWK 12 ohne Osteolysen
 - diskrete Antelisthesis L3/4 mit leichter Instabilität (Funktionsaufnahmen LWS 14.02.2018)
 - klinisch Hinweise für Instabilität (Aufrichteschmerz, Hochkletterphänomen)
- Small-Fiber-Polyneuropathie (ES ca. 06 2016)
 - Status nach guter Einstellung unter Saroten, aktuell nicht behandelt und darum symptomatisch

Folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Beginnende Genarthrose rechts mit/bei
 - Status nach Meniskus-OP rechts ca. Ende der 90iger Jahre
- Tinnitus (HNO, US Basel 02/2017)
- Status nach Alkoholabusus, derzeit Angabe keines Konsums
- Nikotinabusus
- Status nach rechtsseitiger Pneumonie 01/2016

Es bestehe eine ausgesprochen deutliche Polyneuropathie beidseitig, welche ihren Niederschlag auch in einem ataktischen breitbeinigen unsicheren Gangbild finde. Lumbal sei ein Waddell-Zeichen positiv, dies sei in Anbetracht der erheblichen Rückenpathologie nicht verwertbar. Es bestehe eine ausgesprochene Muskelatrophie, dies an den Armen und Beinen, so sei die Oberarmmuskulatur noch ausgeprägter atroph als die Unterarmmuskulatur. Auch im Schultergürtelbereich sei die Muskulatur ausgesprochen atroph, was auf eine deutliche Inaktivität zurückgeführt werden könne. Lumbal bestehe ein deutlicher Aufrichteschmerz und auch ein Hochkletterphänomen, hinweisend auf eine Instabilität im lumbalen Bereich, dies sei gut deckungsgleich mit der radiologisch nachgewiesenen Instabilität. Zusammengefasst bestehe ein deutliches Lumbovertebralsyndrom mit erheblichen muskulären Druckdolenzen und auch Verspannungen, es bestehe derzeit eine spondylogene Ausstrahlung rechts. Das Röntgendossier zeige

eine schwere Multitagedegeneration lumbal, welche aufgrund der Beschreibung der Röntgenbefunde zu wenig hervortrete. Es bestünden schwere Abnutzungen praktisch sämtlicher lumbalen Bandscheibenräume. Es handle sich um Traction spurs, klare Zeichen einer lumbalen Instabilität. Diese Instabilität sei auch in den Funktionsaufnahmen vom 14. Februar 2018 nachgewiesen worden. Damit können die lumbalen Beschwerden sehr wohl erklärt werden. Aufgrund des MRI's vom 19. September 2017 bestehe nebst diesen degenerativen Veränderungen auch eine rechts intraforaminale Diskushernie L5/S 1, welche für die intermittierend radikuläre Reizsituation verantwortlich sein dürfte. Im Moment könne keine eindeutige radikuläre Reizsituation verzeichnet werden, diese dürfte jedoch aufgrund der Anamnese bestanden haben.

Es sei kein Labor getätigt worden. In den Akten sei ein deutlicher Alkoholkonsum zu verzeichnen. So zeige der Versicherte diverse Stigmata eines chronischen Aethylabusus mit Dollarpapierhaut, Rubeosis faciei, Teleangiectasien und Spider nävi im Gesicht und am Oberkörper. Er sei aber nicht «entkernt», nicht enthemmt, die Kooperation sei jederzeit gegeben und es zeigten sich auch klinisch keine Zeichen einer vorgeschrittenen Hepatopathie, sodass auf das Labor verzichtet werden könne. Dieses helfe in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht weiter. Es sei in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit irrelevant ob weiterhin ein Alkoholkonsum bestehe oder nicht, der Alkoholkonsum per se habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

In den Akten seien keine Hinweise für Therapieabbrüche vorhanden. Ebenso seien keine Hinweise für eine Compliance-Problematik erwähnt. Weitere Behandlungsoptionen könnten nicht genannt werden. Der Explorand tätige wenig in seinem Alltag, dies seinen Möglichkeiten entsprechend. Er wohne derzeit bei seinem Sohn und kümmere sich etwas um den Haushalt, fraktioniert diese Tätigkeiten auf. Er koche für den Sohn. Die meiste Zeit verbringe er mit TV, Zeitung lesen und Radio hören. Er tätige also geringe Aktivitäten. Der Gutachter habe keinen Anhaltspunkt, an diesen Angaben bezüglich der Tätigkeiten zu zweifeln. Mit den Alltagsaktivitäten, welche der Explorand durchführe, werde aber auch dokumentiert, dass gewisse Ressourcen bestünden. Der Gutachter habe den Eindruck, dass der Explorand jene Aktivitäten tätige, welche er könne. Es bestünden für ihn keine Inkonsistenzen. Der Versicherte habe als Bauarbeiter und Maschinist gearbeitet. Hierbei handle es sich um eine körperlich mittelschwere bis schwere Arbeit. Diese Arbeit sei nicht mehr zumutbar. Als Bauarbeiter und Maschinist bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Dies gelte ab dem

27. Juni 2016 auf Dauer. In einer angepassten Tätigkeit kämen keine dauernd schweren oder dauernd mittelschweren Arbeiten mehr in Frage. Es kämen nur leichte Arbeiten in Frage. Es bestünden deutliche Restriktionen:

Rücken:

- Er könne nicht dauernd sitzen, nicht dauernd stehen, nicht in Zwangsstellungen wie zum Beispiel der Vorhalte arbeiten, nicht dauernd repetitiv sich vornüberbeugen oder bücken, nicht dauernd Überkopf arbeiten.
- Er könne keine Gewichte über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen, es sei günstig, wenn er nicht repetitiv an dieses Gewichtslimit herangehen müsse.

Füße:

- Aufgrund der Polyneuropathie könne er nicht über 200 m gehen, wobei es günstig sei, wenn er dies nicht repetitiv tun müsse.
- Er könne nicht auf Leitern oder Gerüste steigen, dies aus Sicherheitsgründen.
- Er könne nicht auf unebenem Boden gehen.
- Er könne nicht repetitiv Treppensteigen, gelegentliches Treppensteigen sei aber erlaubt.

Für eine Tätigkeit, welche diese Restriktionen berücksichtige, welche also rückschonend und fussschonend sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bezogen auf ein Ganztagspensum. Der Gutachter attestiere einen vermehrten Pausenbedarf von 20 %, dies aufgrund der erheblich zu wertenden Rückenproblematik. Mit der 20 %igen Einschränkung sei auch die Polyneuropathie berücksichtigt. Diese führe nicht zu einer zusätzlichen Einschränkung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Einschränkung auf eine Arbeitsfähigkeit von 80% sehe er durch die Rückenproblematik definiert. Vom 27. Juni 2016 bis zum 23. August 2017 habe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit bestanden. Diese habe sich initial durch die Small-Fiber Neuropathie und die Rückenproblematik definiert. Am 23. August 2017 gehe PD Dr. R. _____ davon aus, dass die Small-Fiber Neuropathie keine Relevanz mehr habe in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit. Dies sei vorübergehend so gewesen, heute habe sie aber wieder eine Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit, da sie stark symptomatisch sei. Man könne sie allerdings behandeln. Es sei unklar, warum sie derzeit nicht behandelt sei, dies hänge wahrscheinlich auch mit der einfachen Persönlichkeitsstruktur des Versicherten zusammen. Ab dem 24. August 2017 bestehe dann eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit. Der Referent sei sich bewusst, dass er diesen Zeitpunkt relativ arbiträr gewählt habe, er habe sich aber hier an den Akten orientiert. Realistischerweise könne die Arbeitsfähigkeit nicht mehr durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Es

frage sich allerdings, ob man Saroten, welches früher bei der Polyneuropathie gut geholfen habe, nicht doch wieder einsetzen sollte. Er würde dies unbedingt empfehlen, dies im Hinblick auf eine Symptomminderung. Letztendlich gehe er aber bei einer fortgeschrittenen Polyneuropathie nicht davon aus, dass der Einsatz von Saroten zu einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen werde, da die Multitagen-Degeneration des Rückens zu ausgeprägt sei.

9.35 In seiner Stellungnahme vom 1. April 2019 führt der RAD-Arzt Dr. E. _____ aus, im Vordergrund der Beschwerden stehe ein chronisches, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne sensomotorische Defizite bei degenerativen LWS-Veränderungen. Aufgrund dieser Diagnosen sei der Versicherte nicht mehr als Bauarbeiter einsetzbar. Eine beginnende Gonarthrose rechts und eine beginnende Polyneuropathie hätten qualitative Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit, die im Belastungsprofil berücksichtigt worden seien. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Polyneuropathie habe sich in einer bereits durchgeführten Neuromyographie ein unauffälliger Befund ohne Hinweis auf Affektion der grosskalibrigen Fasern gezeigt. Differenzialdiagnostisch komme aufgrund der Symptomkonstellation mit vordergründiger Affektion des Temperatursinns, Schmerzsyndrom sowie fraglich begleitender autonomer Dysregulation mit vermehrter Schweißneigung im Bereich der Füße, jedoch ebenfalls bei Angabe einer leichten Sicca-Symptomatik okulär betont sowie einer Anosmie, eine Small-Fiber-Neuropathie in Frage. Auch klinisch würden sich Zeichen einer Polyneuropathie mit Reflexausfall des ASR, längenabhängiger Pallesthesie und leichter sensibler Gangataxie, insgesamt betont der unteren Extremitäten, ergeben. Hinweise auf eine Myopathie würden sich bei zwar insgesamt hypotrophen Muskelstatus, jedoch ohne fokale Atrophien und Paresen aktuell nicht ergeben. Ein Einfluss der Small-Fiber-Neuropathie auf die Arbeitsfähigkeit sei zuletzt im Bericht des Spitals S. _____ vom 23. August 2017 nicht gesehen worden, die Gangunsicherheit müsse aber im Belastungsprofil berücksichtigt werden. Es bestehe ein primärer Alkoholismus ohne psychische Komorbidität im Sinne eines riskanten Alkoholkonsums, bisher ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Leberzirrhose bestehe noch nicht. Ebenso sei keine Einschränkung durch den bekannten Tinnitus anzunehmen. Bei Bewegung oder bei Ablenkung stehe der Tinnitus weniger im Vordergrund. Konzentrationsvermögen und Auffassungsvermögen seien dadurch nicht eingeschränkt. Das nun vorliegende rheumatologische Gutachten von Dr. D. _____ sei gut begründet und nachvollziehbar. Darauf könne abgestellt werden. Für eine somatoforme Schmerzstörung oder eine Depression würden keine Hinweise vorliegen. Ein psychiatrisches

Konsil im Spital S. _____ am 16. Februar 2018 hätte keine psychische Diagnose ergeben. Der Gesundheitszustand sei stabil. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich (IV-act. 63).

9.36 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die IV-Stelle C. _____ erneut eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. E. _____ ein. Dieser führte in seiner Beurteilung vom 18. September 2019 aus, die Small-Fiber-Polyneuropathie sei bereits im Vorfeld des rheumatologischen Gutachtens bei Dr. D. _____ umfangreich bei Prof. X. _____ neurologisch abgeklärt worden, der in seinem Bericht vom 5. April 2017 eine leichte sensible Gangataxie festgestellt habe. Hinweise auf eine Myopathie hätten sich bei zwar insgesamt hypotrophem Muskelstatus, jedoch ohne fokale Atrophien und Paresen nicht ergeben. Diese Beschwerden schränkten die Arbeitsfähigkeit qualitativ ein. So sollte der Versicherte nicht auf Leitern und Gerüste steigen und auch nicht in unebenem Gelände gehen. Darüberhinausgehende Einschränkungen seien durch diese Befunde nicht begründbar. Das Gutachten Dr. D. _____ berücksichtigte sowohl die Small-Fiber-Neuropathie, wie auch die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ein Einfluss der Small-Fiber-Neuropathie auf die Arbeitsfähigkeit sei zuletzt im Bericht des Spitals S. _____ vom 23. August 2017 nicht gesehen worden, die Gangunsicherheit müsse aber im Belastungsprofil berücksichtigt werden, was Dr. D. _____ in sein Gutachten integriert habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. _____ sei aus medizinischer Sicht nicht zu bezweifeln. Dieser habe eine völlig korrekte Beurteilung der rheumatologischen und neurologischen Gesichtspunkte vorgenommen. Ein rheumatologischer Gutachter könne durchaus auch die Einschränkungen durch eine Small-Fiber-Neuropathie (Diabetes mellitus, Alkoholismus) beurteilen, wenn eine umfassende neurologische Voruntersuchung stattgefunden habe, an welcher er sich orientieren könne. Er stelle in der klinischen Untersuchung die gleichen Befunde fest wie Neurologe Prof. X. _____. Die Gangunsicherheit sei bestätigt worden und auch korrekt in das Belastungsprofil eingeflossen. Eine zusätzliche neurologische Begutachtung würde nichts anderes feststellen. Der Gesundheitszustand sei stabil und eine zwischenzeitliche Verschlechterung sei nicht geltend gemacht worden, weshalb keine weiteren medizinischen Abklärungen erforderlich seien (IV-act. 89).

9.37 Im Kurzbericht von PD Dr. med. Kk. _____, LI. _____ AG, vom 31. Oktober 2019 wurde gleichentags ein MRT LWS nativ aufgrund unklarer Schmerzen der LWS bei bekannten Diskusprotrusionen durchgeführt.

Dem Kurzbericht ist folgende Beurteilung zu entnehmen (Beilage 3 zu BVGer-act. 1):

- Wahrscheinlich eher ältere Deckplattensinterung von LWK 1.
- Multisegmentale Degenerationen mit schweren Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 sowie aktivierter Facettengelenksarthrose L3/4 rechts bei teils deutlichen Facettengelenksarthrosen an der distalen LWS.
- Foraminaler Anulus fibrosus-Riss rechts auf L2/3 mit Kontakt von Diskusmaterial zur rechten L2-Wurzel.
- Foraminaler Anulus fibrosus-Riss rechts auch auf L3/4. Zusammen mit der Facettengelenksarthrose mässige Foraminalstenose mit leicht abgeflachter L3-Wurzel rechts.
- Moderate Foraminalstenose auch auf L4/5 links und gering auf L5/S1 bds. ohne eindeutige neurale Affektion.
- Keine relevante Spinalkanalstenose.

9.38 Im Beschwerdeverfahren bat die IV-Stelle C._____ den RAD-Arzt Dr. med. Mm._____, Facharzt für Orthopädie sowie Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, zur Beschwerde und den Vorbringen zum Gutachten von Dr. D._____ Stellung zu nehmen. In seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2020 führte der RAD-Arzt aus, es liege jetzt einzig neu der Befund MRT LWS vom 31. Oktober 2019 vor. Die Befundung nehme keinen Bezug auf die reichhaltigen radiologischen Voruntersuchungen, erwähne nur eine Computertomographie (CT)-Untersuchung vom gleichen Tag, die nicht mit vorgelegt worden sei. Ferner fehle die Fragestellung, die zur erneuten radiologischen Untersuchung geführt habe, zudem lägen keinerlei anamnestische oder klinische Befunde vor. Somit handle es sich nur um eine kleine Facette der gesamten medizinischen Situation, die keine Rückschlüsse auf die Funktion und Belastbarkeit zulasse. Die beschriebenen multiplen Wirbelkörperhämangiome, das grösste im BWK 12, seien bereits in den Vor-MRI Untersuchungen beschrieben. Seitens des LWK 1 entscheidend sei, dass die Hinterkante nicht eingesintert sei, damit würden sich keine neurologischen Ausfälle ergeben, sondern nur eine eingeschränkte mechanische Belastbarkeit. Diese sei im Rahmen der Begutachtung von Dr. D._____ bereits berücksichtigt worden. Die multisegmentalen Degenerationen mit schweren Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 sowie teilweiser aktivierter Facettengelenksarthrose seien vorbekannt und bereits entsprechend berücksichtigt worden. Damit würden sich aus dem MRI Befund LWS vom 31. Oktober 2019 keine neuen medizinischen Aspekte ergeben, weder radiologisch noch hinsichtlich der funktionellen Belastbarkeit. Die radiologischen Befunde an sich würden eine

deutliche biomechanische Minderbelastbarkeit der LWS nach sich ziehen. Diese sei im Rahmen des rheumatologischen Gutachtens von Dr. D._____ vom 6. März 2019, Untersuchung am 1. März 2019, vollumfänglich im Rahmen des positiven / negativen Leistungsbilds berücksichtigt worden (IV-act. 96).

10.

10.1 Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer mit vorinstanzlicher Verfügung vom 8. November 2019 rückwirkend eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Juni 2017 bis 1. November 2017 zugesprochen (IV-act. 93). Die Vorinstanz berechnete für den frühestmöglichen Entstehungszeitpunkt des Rentenanspruches im November 2016 (Anmeldung am 12. Mai 2016) einen Invaliditätsgrad von 100 %. Die mit gleicher Verfügung per 1. November 2017 aufgehobene Rente stützte die Vorinstanz auf die Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV, da sie für die Zeit ab August 2017 von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging und einen Invaliditätsgrad von 34 % berechnete.

10.2 Der Beschwerdeführer war unbestrittenermassen ab dem 27. Juni 2016 vollständig arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 6, S. 2). Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit im Juni 2017 ab. Die entsprechende Festsetzung des Rentenbeginns durch die Vorinstanz ist korrekt. Die für den vorliegenden Sachverhalt massgebenden Vergleichszeitpunkte sind somit der 1. Juni 2017 (Rentenbeginn) sowie der 1. November 2017 (Rentenaufhebung; vgl. E. 8.2 hiervor).

11.

11.1 Die Vorinstanz stützt sich für die Befristung der Rente bis zum 1. November 2017 in medizinischer Hinsicht primär auf das rheumatologische Gutachten von Dr. D._____ vom 6. März 2019 (IV-act. 59) und die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E._____ vom 1. April 2019 (IV-act. 63) sowie vom 18. September 2019 (IV-act. 89). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers als Bauarbeiter und Maschinist. Andere körperlich leichte wechselbelastende rücken- und fussschonende Tätigkeiten seien in einem Pensum von 80 % seit August 2017 zumutbar, wobei die 20 %ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs infolge der Rückenproblematik zugestanden worden sei und auch die durch die Polyneuropathie verursachten Beschwerden berücksichtige.

11.2 Demgegenüber macht der Beschwerdeführer zusammengefasst geltend, das Gutachten von Dr. D. _____ vom 6. März 2019 sei nicht widerspruchsfrei und der Gutachter nicht unvoreingenommen. Es sei kein strukturiertes Beweisverfahren erfolgt und der medizinische Sachverhalt aufgrund einer jüngeren MRT Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 31. Oktober 2019 nicht restlos geklärt. Die Einschätzung von Prof. X. _____ vom 5. April 2017 sei zudem unberücksichtigt geblieben. Entsprechend komme dem Gutachten kein Beweiswert zu. Der Beschwerdeführer hält zudem einen leidensbedingten Abzug von 20 % aufgrund der gesundheitlichen und sprachlichen Einschränkungen für angezeigt (BVGer-act. 1).

12.

Zunächst ist in formeller Hinsicht auf den bereits im Verwaltungsverfahren erhobenen Einwand des Beschwerdeführers einzugehen, wonach auf die Einschätzung des Gutachters infolge Befangenheit nicht abgestellt werden dürfe.

12.1 In der Beschwerde wird hierzu ausgeführt, Dr. D. _____ habe in mehreren Passagen die einfache Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers hervorgehoben. Diese Aussagen seien tendenziös gegen den Versicherten gerichtet. Dadurch sei der Gutachter nicht unvoreingenommen (BVGer-act. 1, S. 7).

12.2 Die Vorinstanz hält dem in ihrer Vernehmlassung entgegen, Dr. D. _____ habe als Gutachter die Aufgabe, den Versicherten als ganzheitliche Person zu erfassen, die gesundheitlichen Einschränkungen festzustellen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu ermitteln. Wenn er angebe, der Versicherte habe eine relativ einfach strukturierte Persönlichkeit, sei dies keine tendenziöse Feststellung, sondern stelle Teil einer objektiven Sachverhaltsermittlung dar. Zudem habe Dr. D. _____ darauf hingewiesen, dass er seine Einschätzung nicht als despektierlich verstanden haben möchte. Es würden somit keine Hinweise vorliegen, welche den Gutachter oder seine Beurteilung als befangen erscheinen liessen (BVGer-act. 13, Beilage 1, S. 2).

12.3 Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen

inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1; SVR 2013 IV Nr. 35 S. 105; 9C_689/2012 E. 2.2; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 2.1.3). Die formelle Natur der Verletzung des Anspruchs auf einen unabhängigen Experten führt dazu, dass ein Gutachten, das die erforderlichen Attribute nicht aufweist, als Beweismittel auszuschliessen ist, unabhängig davon, wie es sich mit den materiellen Einwendungen tatsächlich verhält (BGE 137 V 210 E. 2.1.3).

12.4 Soweit der Beschwerdeführer die Befangenheit des Gutachters geltend macht, ist zunächst festzuhalten, dass sich aus dem Gutachten selbst keinerlei Hinweise auf eine Voreingenommenheit des Gutachters ergeben. Wie die Vorinstanz zu Recht darauf hinweist, gehört es gerade zur Aufgabe des Gutachters, sich zur Persönlichkeit der versicherten Person zu äussern. Der Gutachter führt vorliegend nachvollziehbar aus, dass die einfach strukturierte Persönlichkeit den Umgang des Beschwerdeführers mit den Schmerzen zum Teil erkläre sowie sich dadurch auch die Anamnese als schwierig gestalte, da der Versicherte oft die Fragen etwas umständlich beantworte und immer wieder zur Kernfrage zurückgeführt werden müsse. Die Einschätzung des Gutachters kann damit nicht als tendenziös gegen den Versicherten gerichtet betrachtet werden, sondern muss vielmehr als zur Vollständigkeit des Gutachtens und im Speziellen der Nachvollziehbarkeit der Anamneseerhebung gehörend verstanden werden. Selbst wenn man von ungeschickten Formulierungen des Gutachters ausgehen wollte, erreichten die beanstandeten Textpassagen nicht die von der Rechtsprechung geforderte Intensität, um daraus eine ausstands begründende Antipathie des Rheumatologen gegenüber dem Beschwerdeführer abzuleiten (vgl. Urteil des BGer 1B_214/2016 vom 28. Juli 2018 E. 3.5).

12.5 Insgesamt lassen sich dem rheumatologischen Gutachten von Dr. D. _____ keine objektiven Anzeichen für eine Voreingenommenheit

entnehmen. Von einem formellen Ausschluss des Gutachtens als Beweismittel ist daher abzusehen.

13.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Sachverhalt im vorliegend relevanten Zeitraum in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

13.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, die Vorinstanz habe die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens durchzuführen sei (BGE 141 V 281), nicht beachtet. Im Weiteren sei der Bericht der LI. _____ AG vom 31. Oktober 2019 nicht in die medizinische Beurteilung eingeflossen. Sodann sei der Zeitpunkt der 80 %igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch den Gutachter Dr. D. _____ willkürlich festgesetzt worden. Eine Begründung finde sich im Gutachten nicht. Auch sei das Gutachten nicht widerspruchsfrei. So führe Dr. D. _____ einerseits aus, es sei mit der 20 % Einschränkung auch die Polyneuropathie eingeschlossen, andererseits werde aber auch als Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 % die Rückenproblematik genannt. Die Gründe für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit würden somit widersprüchlich widergegeben. Ebenfalls bleibe bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die aktenkundige Diagnose der Small-Fiber Neuropathie völlig unberücksichtigt. Das rheumatologische Gutachten sei somit als Entscheidungsgrundlage unverwertbar. Schliesslich werde bezüglich Verweistätigkeit daran gezweifelt, dass es auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einfache Lager-, Reinigungs- oder Montagearbeiten gebe, welche 13 Kriterien erfüllen müssten (BVGer-act. 1). Es sei insbesondere auch in Frage zu stellen, ob der Beschwerdeführer nicht auch in weiteren Fachdisziplinen – mindestens in der Fachdisziplin Neurologie – hätte begutachtet werden müssen (BVGer-act. 28).

13.2 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte monodisziplinäre Gutachten vom 6. März 2019 basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Der Gutachter setzt sich einlässlich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

13.3 Die RAD-Ärzte Dres. E. _____ und Mm. _____ stufen die Leistungsbeurteilung des Gutachtens mit Stellungnahmen vom 1. April 2019 (IV-act. 63), vom 18. September 2019 (IV-act. 89) sowie vom 21. Januar

2020 (IV-act. 96) als sachlich fundiert und nachvollziehbar ein, wobei auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit medizinisch nicht zu beanstanden sei.

13.4 Was der Beschwerdeführer gegen das rheumatologische Gutachten einwendet, vermag dessen Beweiskraft grundsätzlich nicht infrage zu stellen.

Der rheumatologische Gutachter Dr. D. _____ diagnostizierte beim Beschwerdeführer ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung rechts sowie eine Small-Fiber-Polyneuropathie, wodurch sich eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter und Maschinist ab dem 27. Juni 2016 auf Dauer ergebe. In einer angepassten Tätigkeit bestehe demgegenüber wieder eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit ab 24. August 2017. Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vom 27. Juni 2017 bis zum 23. August 2017 definiere sich initial durch die Small-Fiber-Neuropathie und die Rückenproblematik. Am 23. August 2017 gehe PD Dr. R. _____ davon aus, dass die Small-fiber-Neuropathie keine Relevanz mehr habe in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit. Dies sei vorübergehend so gewesen, heute habe sie aber wieder eine Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit, da sie stark symptomatisch sei. Man könne sie allerdings behandeln. Wie der Beschwerdeführer zu Recht darauf hinweist, hält der Gutachter selbst zwar fest, den Zeitpunkt der 80 %igen Arbeitsfähigkeit ab dem 24. August 2017 relativ arbiträr gewählt zu haben. Mit Blick auf die Akten und insbesondere den Bericht von PD Dr. R. _____ ist dieser Zeitpunkt jedoch nachvollziehbar gewählt. So geht PD Dr. R. _____ ab diesem Zeitpunkt von einem fast kompletten Sistieren der Schmerzsymptomatik bezüglich der Polyneuropathie bei Sistieren des Alkoholkonsums und unter Saroten 25 mg aus (IV-act. 33, S. 8).

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, das Gutachten sei unvollständig, zumal der LI. _____ Bericht vom 31. Oktober 2019 (Beilage 3 zu BVGer-act. 1) durch Dr. D. _____ nicht berücksichtigt worden sei, ist dem entgegenzuhalten, dass der kurz gehaltene Bericht weder anamnestische oder klinische Befunde enthält, keinen Bezug auf die radiologischen Voruntersuchungen nimmt und sich denn auch nicht zur Auswirkung der gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussert. Wie der RAD-Arzt, Dr. med. Mm. _____, Facharzt für Orthopädie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2021 (IV-act. 96) zu Recht darauf hinweist, ergeben sich denn auch

aus dem MRI-Befund keine neuen medizinischen Aspekte, weder radiologisch noch hinsichtlich der funktionellen Belastbarkeit. Die deutliche biomechanische Minderbelastbarkeit der LWS wurde denn auch vollumfänglich im Rahmen des Gutachtens von Dr. D. _____ berücksichtigt.

13.5 Mit dieser Sicht auf die rheumatologische Beurteilung kann es jedoch nicht sein Bewenden haben. Vielmehr hat die Vorinstanz aufgrund der nachfolgenden Erwägungen die gutachterlichen Ausführungen ergänzen zu lassen (vgl. hierzu bspw. Urteil des BGer 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151, 9C_85/2009 E. 3.5). Insofern erweist sich der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als noch nicht vollständig rechtsgenügend abgeklärt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb), und es kann bei dieser Sachlage nicht auf weitere Abklärungen verzichtet werden (vgl. zum Verzicht auf solche resp. zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Dazu, was folgt:

13.5.1 Den Akten sind zahlreiche Berichte zu entnehmen, in welchen die Diagnose eines Alkoholabusus (auch C2-Abusus) oder eines Status nach Alkoholabusus genannt wird. So wird bereits im vorläufigen Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses J. _____, Klinik für Innere Medizin, vom 12. August 2016 ausgeführt, die Genussmittelanamnese habe einen Konsum von ca. 0,5-0,75 Liter Wein pro Tag ergeben. Die durchgeführte Sonographie des Abdomens zeigte sich, bis auf eine Steatosis hepatis mit leicht inhomogenem Parenchym, ohne Nachweis einer Leberzirrhose, unauffällig (IV-act. 6, S. 18-21; vgl. auch IV-act. 16, S. 4 ff.). Es finden sich darüber hinaus die nachfolgenden Ausführungen betreffend den Alkoholkonsum des Beschwerdeführers in den Akten (in chronologischer Reihenfolge):

- «Bis vor einiger Zeit wahrscheinlich intensiverer Alkoholgenuss» (PD Dr. R. _____, 7. November 2016 [IV-act. 11, S. 10])
- «Bis vor kurzem vermutlich schwerer Alkoholiker, seit 2 Monaten sistiert.» (RAD-Arzt Dr. E. _____ anlässlich der Untersuchung vom 8. Dezember 2016 [IV-act. 14, S. 2])
- «Früher viel Alkohol getrunken, aktuell bis maximal 2-3 Bier/Tag gelegentlich.» (Spital T. _____, Neurologie, Dr. U. _____, Dr. V. _____, 13. Januar 2017 [IV-act. 29, S. 18])

- «Es besteht der Verdacht auf eine Small-Fiber-Polyneuropathie. Als aetiologischer Faktor kommt ein langjähriger intensiverer Alkoholkonsum in Frage, wobei in den letzten 4 Monaten versucht wurde, den Alkoholkonsum etwas zu reduzieren.» (PD Dr. R._____, 20. Januar 2017 [IV-act, 14])
- «Alkoholabusus aktiv innerhalb der letzten 3 bis 4 Jahre (3 Dosen Bier, 1 Flasche Wein pro Tag), seit ca. einem halben Jahr eigenanamnestisch geminderter Konsum mit zwei bis drei Gläsern Wein pro Tag» (Spital T._____, Prof. X._____, 29. März 2017 [IV-act. 29, S. 7])
- «Bezüglich der small-Fiber-Polyneuropathie und den damit assoziierten Schmerzen besteht erfreulicherweise eine fast komplette Sistenz unter niedrigen Dosen von Saroten 25 mg. Diese Symptomatik ist aktuell auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht mehr relevant. Es ist insgesamt davon auszugehen, dass bei Sistenz des Alkoholkonsums die Symptomatik weitgehend stabil ist.» (PD Dr. R._____, 23. August 2017 [IV-act. 33, S. 8])
- «Es besteht ein primärer Alkoholismus ohne psychische Komorbidität im Sinne eines riskanten Alkoholkonsums, bisher ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» (RAD-Arzt Dr. E._____, 1. April 2019 [IV-act. 63])

13.5.2 Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 9.34 hiavor), diagnostiziert Dr. D._____ in seinem rheumatologischen Gutachten als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Alkoholabusus. Er habe im Rahmen seiner Untersuchung den Beschwerdeführer befragt, ob PD Dr. R._____ ihm nahegelegt habe, den Alkoholkonsum zu sistieren, was dieser bejaht habe. Seine Schmerzen seien auch etwas besser geworden mit der Reduktion des Alkohols. Der Beschwerdeführer sei jedoch der Meinung, dass seine Nervenschmerzen eher vom Rauchen, als vom Alkohol gekommen seien (IV-act. 59, S. 31). Der Gutachter gibt an, der Beschwerdeführer zeige diverse Stigmata eines chronischen Äthylabusus mit Dollarpapierhaut, Rubeosis faciei, Teleangiektasien und Spider nävi im Gesicht und am Oberkörper. Er sei aber nicht «entkernt», nicht enthemmt, die Kooperation sei jederzeit gegeben und es zeigten sich auch klinisch keine Zeichen einer vorgeschrittenen Hepatopathie, sodass auf das Labor verzichtet werden könne. Es sei in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit irrelevant, ob weiterhin ein Alkoholkonsum bestehe oder nicht, der Alkoholkonsum per se habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 59, S. 48).

13.6 Mit Entscheid BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (BGE 145 V 215 E. 5.3.3; Urteil des BGer 8C_245/2019 vom 16. September 2019 E. 4).

Das Bundesgericht hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei könne und müsse im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen – wie auch bei anderen psychischen Störungen – oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern halte willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (BGE 145 V 215 E. 5.3.1).

13.6.1 Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteile des BGer 8C_245/2019 vom 16. September 2019 E. 5; 8C_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

13.6.2 Die von einer sachverständigen medizinischen Fachperson, namentlich einer Psychiaterin oder einem Psychiater, vorzunehmende Prüfung der Standardindikatoren (vgl. dazu eingehend BGE 141 V 281) ist vorliegend offensichtlich nicht erfolgt, weshalb insbesondere allfällige Auswirkungen der Suchterkrankung vollständig ungeklärt geblieben sind.

13.6.3 Die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters Dr. D. _____ vermögen demgegenüber die unvollständigen Beweisabklärungen nicht zu kompensieren. Denn zum einen ist unklar geblieben, in welcher Ausprägung der Alkoholmissbrauch effektiv besteht. Insbesondere wurden weder Laborwerte erhoben, noch diskutiert. Die blosser Feststellung, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben den Konsum sistiert habe und auf eine Laboruntersuchung verzichtet werden könne, da es in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit irrelevant sei, ob weiterhin ein Alkoholkonsum bestehe oder nicht, stellt keinesfalls eine hinreichende Auseinandersetzung mit den Befunden dar. In diesem Zusammenhang bedarf es einer eingehenden Auseinandersetzung mit der Art und Ausprägung der festgestellten Befunde sowie einer nachvollziehbaren Herleitung der Diagnose(n) unter Bezugnahme auf die Anamnese des Substanzgebrauchs, einer körperlichen Untersuchung, gegebenenfalls des Einsatzes alkohol- bzw. suchtspezifischer Fragebögen und der Erhebung und Bewertung von Laborwerten (vgl. dazu S3-Leitlinie, S. 9 ff.; HORST DILLING/WERNER MONBOUR/MARTIN H. SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 110 ff.).

13.6.4 Dies gilt umso mehr, als der Gutachter Dr. D. _____ auch bei der Festlegung des Zeitpunkts der Wiedererlangung der 80 %igen Arbeitsfähigkeit ab dem 24. August 2017 ausdrücklich auf den Bericht von PD Dr. R. _____ Bezug nimmt, welcher zwar von einer Sistenz der Small-Fiber-Polyneuropathie spricht, aber diesbezüglich ausdrücklich auf eine Sistenz des Alkoholkonsums verweist, unter welcher die Symptomatik weitgehend stabil sei (vgl. IV-act. 33, S. 3). Damit ist der durch den rheumatologischen Gutachter retrospektiv gewählte Zeitpunkt massgeblich durch die vorliegend nicht rechtsgenügend abgeklärte Suchterkrankung des Beschwerdeführers beeinflusst.

13.6.5 Die Auffassung des Gutachters, wonach irrelevant sei, ob weiterhin ein Alkoholkonsum bestehe oder nicht, da dieser per se keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-act. 59, S. 48), ist durch die vorstehend dargelegte Rechtsprechung ebenfalls überholt. Entgegen der Argumentation

des rheumatologischen Gutachters (vgl. IV-act. 59, S. 35) würde zudem auch eine vorübergehende Alkoholabstinenz eine Alkoholabhängigkeit nicht von vornherein ausschliessen (vgl. hierzu DILLING/MONBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 99).

13.6.6 Sodann spielt die fachliche Qualifikation eines Arztes für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht müssen sich auf die Fachkenntnisse des Verfassers eines medizinischen Berichts, auf welchen sie abstellen wollen, verlassen können. Der berichtende oder zumindest der den Bericht visierende Arzt muss sich daher über eine allgemein anerkannte Facharztausbildung in der gefragten medizinischen Disziplin ausweisen können (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 mit diversen Hinweisen). Damit kann auch mangels einer fachärztlichen psychiatrischen Qualifikation auf die Aussagen des Rheumatologen Dr. D._____, sowie des RAD-Arztes Dr. E._____, Facharzt für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, nicht abgestellt werden. Insbesondere die Feststellung von Dr. E._____, wonach bei dessen Untersuchung vom 8. Dezember 2016 eine psychiatrische Beeinträchtigung nicht aufgefallen sei (IV-act. 14, S. 33), ist vorliegend nicht beweiskräftig. Es kann im Weiteren ebenfalls nicht auf die Angabe im Austrittsbericht des Spitals S._____, wonach ein psychiatrisches Konzil am 15. Februar 2018 keine psychische Diagnose ergeben habe (IV-act. 59, S. 58), abgestellt werden, da es mithin in den Akten an einem korrespondierenden, nachvollziehbaren und schlüssigen Bericht fehlt. Es ist denn aus den Akten auch nicht erkennbar, von wem die entsprechende psychiatrische Untersuchung vom 16. Februar 2018 durchgeführt wurde. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass durch Prof. Dr. Y._____ im Rahmen der Tinnitusprechstunde aufgrund bestehender Ängste des Beschwerdeführers ebenfalls Konsultationen durch eine Psychosomatikerin empfohlen wurden (IV-act. 29, S. 11). Den Akten ist jedoch nicht zu entnehmen, ob entsprechende Konsultationen durch den Versicherten auch wahrgenommen wurden.

13.6.7 In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass trotz der bereits damals aktenkundigen Diagnose des C2-Abusus keine Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen wurde, obwohl zum Zeitpunkt der Einholung des rheumatologischen Gutachtens durch die Vorinstanz sowie der RAD-ärztlichen Stellungnahme von Dr. E._____ vom 1. April 2019 sowohl das die Indikatoren-Rechtsprechung begründende Grundsatzurteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 als auch insbesondere der im Zusammenhang mit dieser Diagnose ergangene konkretisierende Entscheid BGE

142 V 106 (dieses Urteil datiert vom 12. Februar 2016) bereits ergangen waren.

13.7 Zusammenfassend ist im vorliegenden Fall zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich der C2-Abusus im konkreten Fall auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Wenn sich die Vorinstanz ungeachtet der offensichtlichen Hinweise auf eine bestehende Suchtproblematik auf die blosser Feststellung eines primären Alkoholismus beschränkt hat, ohne diesbezüglich weitere Abklärungen in die Wege zu leiten, ist sie der ihr obliegenden Untersuchungspflicht mit Blick auf die neuste bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht rechtsgenügend nachgekommen.

13.8 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend die Vorinstanz den Leistungsanspruch – in Bezug auf die Suchtproblematik – noch nicht nach einer geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit der Prüfung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer Alkoholabhängigkeit in einem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch völlig ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

13.9 Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V

418; 143 V 409; 141 V 281] und der allfälligen Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs im Lichte der zwischenzeitlich mit BGE 145 V 215 angepassten Rechtsprechung) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

13.10 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

13.11 Schliesslich ist die Vorinstanz darauf hinzuweisen, dass, sollte aufgrund der medizinischen Abklärungen eine Restarbeitsfähigkeit festgestellt werden, mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auch die nach den Umständen des Einzelfalls zu klärende Frage zu beantworten sein wird, ob eine allenfalls festgestellte Restarbeitsfähigkeit in casu auch verwertbar ist (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2 und E. 3 mit weiteren Hinweisen).

13.12 Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 8. November 2019 (IV-act. 93) zugesprochene, vom 1. Juni 2017 bis 30. Oktober 2017 befristete ganze IV-Rente allenfalls in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig mit prozessleitender Verfügung vom 22. Oktober 2021 das rechtliche Gehör gewährt (BVGer-act. 19). Mit Eingabe vom 1. Februar 2022 liess der Beschwerdeführer an seiner Be-

schwerde vom 4. Dezember 2019 festhalten und die beabsichtigte Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen befürworten (vgl. BVGer-act. 28, S. 3).

14.

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 8. November 2019 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

15.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

15.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Die mit Zwischenverfügung vom 16. April 2020 gewährte unentgeltliche Prozessführung kommt aufgrund ihres subsidiären Charakters nicht zur Anwendung. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

15.2

15.2.1 Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i. V. m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE).

15.2.2 Mit Zwischenverfügung vom 16. April 2020 (BVGer-act. 10) hiess die Instruktionsrichterin das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege gut und wies das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und Beordnung von F._____ ab (vgl. Sachverhalt E). Mit Eingabe vom 16. Dezember 2021 zeigte der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht die Auflösung des Rechtsvertretungsmandats zufolge Unerreichbarkeit seines bisherigen Vertreters, F._____, an

(BVGer-act. 25). Der Beschwerdeführer zeigte dem Gericht mit Eingabe vom 1. Februar 2022 seine neue Vertretung an und liess erneut um unentgeltliche Verbeiständung und um Beiordnung von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms ersuchen (BVGer-act. 28; Sachverhalt J).

15.2.3 Ein persönlicher Anspruch des amtlichen Rechtsvertreters auf eine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege besteht grundsätzlich nur – aber immerhin –, wenn die bedürftige Partei unterliegt oder bloss teilweise obsiegt (vgl. THOMAS GEISER, in: Basler Kommentar, Bundesgerichtsgesetz, 3. Aufl. 2018, Art. 64 N. 38). Obsiegt die anwaltlich vertretene bedürftige Partei, ist die Gegenpartei oder die Vorinstanz zu verpflichten, ihr eine Parteientschädigung zu entrichten. Der persönliche Anspruch des amtlichen Rechtsvertreters auf eine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege entfällt in entsprechendem Umfang. Wurde hingegen über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege noch nicht entschieden, ist dieses zu Folge Obsiegens als gegenstandslos geworden abzuschreiben (vgl. Urteil des BVGer A-3403/2013 vom 17. November 2014 E. 5.3; KAYSER/ALTMANN, in: VwVG - Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren Kommentar, 2. Aufl. 2019, Art. 65 N. 82; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, a.a.O., S. 284 Rz. 4.123).

15.2.4 Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist somit gestützt auf Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE eine Parteientschädigung zuzusprechen, womit das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und Beiordnung von Stephanie C. Elms vom 1. Februar 2022 (BVGer-act. 28) als gegenstandslos abzuschreiben ist.

15.2.5 Das Bundesverwaltungsgericht legt die Parteientschädigung aufgrund der eingereichten Kostennote oder, wenn keine Kostennote eingereicht wird, aufgrund der Akten fest (Art. 8 ff. VGKE).

15.2.6 Der Sozialversicherungsfachmann F. _____ vertrat den Beschwerdeführer bereits im vorinstanzlichen Vorbescheidverfahren (vgl. IV-act. 86). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte er die Beschwerde vom 4. Dezember 2019 (BVGer-act. 1) sowie das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 11. April 2020 (BVGer-act. 9) ein und liess dem Gericht einen Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung mit sehr kurzer Stellungnahme zukommen (BVGer-act. 16). Auf Aufforderungen des Gerichts zur Einreichung einer Replik oder einer Stellungnahme zur beabsichtigten Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen (vgl. BVGer-act. 14 und 19) gingen

keine weiteren Eingaben des ehemaligen Vertreters ein. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). In Anbetracht dessen, dass er den Beschwerdeführer bereits im vorinstanzlichen Verfahren vertreten hatte und deshalb mit dem Sachverhalt vertraut war, unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes sowie der Komplexität, erachtet das Bundesverwaltungsgericht für den nichtanwaltlichen Vertreter für das vorliegende Verfahren einen zu entschädigenden Aufwand von Fr. 1'650.– (inklusive Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.– und höchstens Fr. 300.–]) als angemessen.

15.2.7 Rechtsanwältin Stephanie C. Elms betreute das Mandat ab Einreichung einer Stellungnahme zur beabsichtigten Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen (vgl. BVGer-act. 28). Als notwendiger Aufwand der Rechtsvertreterin zu berücksichtigen ist ihr Aufwand für den zweiten Antrag auf Verbeiständung (BVGer-act. 28), der notwendige Zeitaufwand für die Stellungnahme zuhanden des Gerichts (BVGer-act. 28) sowie für das entsprechende Aktenstudium und der voraussichtlich notwendige Aufwand für Abschlussarbeiten. Dabei ist zu bemerken, dass sich die Stellungnahme der Rechtsvertreterin vom 1. Februar 2022 (BVGer-act. 28) zu grossen Teilen materiell mit der Wiederholung von Vorbringungen und Ausführungen der Beschwerdeschrift begnügt. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 500.– (inklusive Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.– und höchstens Fr. 400.–]) gerechtfertigt.

15.2.8 Demnach wird dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'150.– (ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29.8.2011 m.H.]; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen.

15.2.9 Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 8. November 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 1. Februar 2022 um unentgeltliche Verbeiständung und Beiordnung von Stephanie C. Elms als unentgeltliche Rechtsvertreterin wird infolge Obsiegens als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

4.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'150.– zugesprochen.

5.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Rahel Schöb

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: